

PONTÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

ROSÂNGELA MACHADO MOREIRA

ESPECIFICIDADES DO TRABALHO NA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E
SUAS POSSÍVEIS INTERFACES COM A PSICANÁLISE

Porto Alegre
2019

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA O RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**ESPECIFICIDADES DO TRABALHO NA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E
SUAS POSSÍVEIS INTERFACES COM A PSICANÁLISE**

ROSÂNGELA MACHADO MOREIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Porto Alegre
2019

PONTÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**ESPECIFICIDADES DO TRABALHO NA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E
SUAS POSSÍVEIS INTERFACES COM A PSICANÁLISE**

ROSÂNGELA MACHADO MOREIRA

ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a KÁTIA BONES ROCHA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Porto Alegre
Dezembro, 2019

PONTÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**ESPECIFICIDADES DO TRABALHO NA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E
SUAS POSSÍVEIS INTERFACES COM A PSICANÁLISE**

ROSÂNGELA MACHADO MOREIRA

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a SANDRA DJAMBOLAKDJIAN TOROSSIAN
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Dr.^a LOIVA DOS SANTOS LEITE
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE/ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prof.^a Dr.^a KÁTIA BONES ROCHA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ORIENTADORA

Porto Alegre
Dezembro, 2019

Ficha Catalográfica

M838e Moreira, Rosângela Machado

Especificidades do trabalho na gestão de serviços de saúde mental e suas possíveis interfaces com a psicanálise / Rosângela Machado Moreira . – 2019.

74 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Kátia Bones Rocha.

1. Reforma Psiquiátrica. 2. Serviços de Saúde Mental. 3. Gestão em Saúde. 4. Gestor de Saúde. 5. Psicanálise. I. Rocha, Kátia Bones. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Salete Maria Sartori CRB-10/1363

AGRADECIMENTOS

Conforme Foucault, não há saber neutro, todo saber é político. Compreendo, dessa maneira, que esta pesquisa, para além dos alicerces científicos que a sustentam, fala de um posicionamento político da pesquisadora, calcado, sobretudo, na sua história de vida e na sua visão de mundo, através das lentes que a subjetivam.

Nesse sentido, meu primeiro agradecimento é aos meus pais e irmãos, que, a seu modo, através de trajetórias de vulnerabilidade, sofrimento e luta, contribuíram para a forma como percebo as relações e as questões sociais.

Ao meu esposo, Cleomir, pela gentileza, cumplicidade e parceria com que se coloca do meu lado. Nestes dois anos, o seu companheirismo se deu pelo afeto, apoio e compreensão. Mas também se deu de forma concreta, elaborando tabelas, figuras, apresentações, formatações, entre outros, para as disciplinas e para a dissertação. Também agradeço ao seu posicionamento político na vida, que vai ao encontro do meu.

À minha orientadora, Kátia Bones Rocha. A vida nos possibilitou um encontro inusitado, a partir da aposentadoria da orientadora anterior, ainda no primeiro semestre do mestrado. Como muitos encontros não planejados, esse foi inicialmente de estranhamento, até de desconfiança. Contudo, em analogia a um casamento, esse teria sido um daqueles em que, apesar da não escolha do/a parceiro/parceira, deu certo. Aprendi com a sua postura ética e visão de mundo.

Às minhas colegas do CREAS de Gravataí, por me inspirarem e me incentivarem, através da própria experiência como mestrandas, a buscar a pós-graduação. Esse foi um espaço de trabalho potente, com trabalhadoras que assumem movimentos de luta e resistência nas (e pelas) políticas sociais. Os aprendizados contribuíram para a minha trajetória profissional e pessoal.

Aos colegas do grupo de pesquisa, por terem me acolhido enquanto “estrangeira”, que chegava de outro grupo. O sentimento de estrangeirismo nunca cessou e nem o deveria, pois era assim que eu me constituía nesse novo grupo; contudo, sentia uma composição, assim como acontece com outros emigrantes, entre as minhas experiências e contribuições e as do grupo.

Aos novos encontros que a vida me proporcionou, por meio da entrada na Secretaria Estadual da Saúde. As semelhanças na forma de apreender as políticas e as questões sociais e, em especial, as diferenças produziram em mim desacomodações, reflexões e o desafio de composição com o diferente.

Às gestoras participantes da pesquisa, por se disporem a compartilhar suas experiências e conhecimentos. Suas contribuições foram imprescindíveis para a produção de sentido e pluralidade das discussões realizadas nesta pesquisa.

Aos professores da PUCRS, especialmente ao professor Juremir Machado da Silva, por contribuir para a minha aproximação com o campo da sociologia, principalmente por meio das leituras de Pierre Bourdieu, as quais ampliaram o meu entendimento acerca da divisão de classes e das desigualdades sociais, sobretudo as brasileiras. Também no entendimento da minha própria busca por ‘distinção’.

À minha terapeuta, pelo pedido de que eu fosse gentil comigo mesma durante esse período e pela capacidade de compreender a culpa para além daquela psicanalítica, ou seja, aquela relacionada às relações de classe.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos e pelo incentivo à pesquisa.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	9
2 RESUMO EXPANDIDO	10
3 ABSTRACT EXPANDED.....	12
4 SEÇÃO TEÓRICA.....	14
4.1 SAÚDE COLETIVA E SAÚDE MENTAL: ALGUMAS QUESTÕES	14
4.2 GESTÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO SUS E DOS PROCESSOS GERENCIAIS.....	17
4.3 ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE	21
5 ARTIGO 1:	24
O trabalho na gestão dos serviços substitutivos de saúde mental: aproximações entre Saúde Coletiva, Saúde Mental e Psicanálise	24
6 ARTIGO 2:	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
8 REFERÊNCIAS	63
9 ANEXOS	66

1 APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é resultado de uma pesquisa de mestrado realizada pela psicóloga Rosângela Machado Moreira, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, participante do Grupo de Pesquisa Psicologia, Saúde e Comunidades, coordenado pela Prof^a Dr^a Kátia Bones Rocha. Esse grupo tem desenvolvido estudos que envolvem duas linhas de pesquisa: Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e A avaliação de políticas públicas de saúde.

A pesquisa aborda o tema das Especificidades do Trabalho na Gestão de Serviços de Saúde Mental e está apresentada no formato de dois artigos, conforme Ato de Deliberação 05/2012, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. O primeiro artigo, intitulado “O trabalho na gestão dos serviços substitutivos de saúde mental: aproximações entre Saúde Coletiva, Saúde Mental e Psicanálise”, buscou investigar as inter-relações entre os campos da saúde coletiva, da saúde mental e da psicanálise, na gestão de serviços de saúde mental, no contexto do Sistema Único de Saúde. O segundo artigo, intitulado “A atuação na gestão de serviços de saúde mental a partir de modelos de gestão clássica e colegiada: especificidades e desafios”, explora as especificidades e os desafios do trabalho na gestão de serviços de saúde mental, a partir de modelos de gestão clássica e colegiada.

O interesse pelo tema desta pesquisa surgiu a partir do contexto das políticas sociais no qual estou inserida como trabalhadora. Por quase 10 anos, desenvolvi minhas atividades profissionais na política de Assistência Social, tendo experienciado, nesse período, as vicissitudes do trabalho como gestora de um Centro de Referência de Assistência Social. Há oito meses, atuo no Departamento de Ações em Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, na Área Técnica da Saúde de Adolescentes. Soma-se a isso a minha história de vida, marcada por vivências, ainda na infância, que me aproximaram das questões de saúde/doença mental, em um período em que não havia os avanços viabilizados pela Reforma Psiquiátrica, os quais só começaram a surgir posteriormente. A minha aproximação com a psicanálise ocorreu na graduação, me cativando a produção de sentido que possibilita para as experiências. Por outro lado, fui me deparando, ao longo da minha trajetória como acadêmica, trabalhadora e paciente (nos consultórios psicanalíticos privados), com distintas psicanálises e diferentes psicanalistas. Atualmente, considero, assim como algumas entrevistadas desta pesquisa, que a potência da psicanálise diz respeito à sua capacidade de se interseccionar com o social, depreendendo os processos subjetivos e intersubjetivos como resultado do entrelaçamento do sujeito com o contexto no qual está inserido.

2 RESUMO EXPANDIDO

Este estudo teve como objetivo geral investigar as especificidades do trabalho na gestão de serviços de saúde mental, no contexto da saúde coletiva, a partir da percepção de profissionais gestores, identificados com a psicanálise. Como objetivos específicos, pretendeu-se: explorar as especificidades do trabalho na gestão de serviços de saúde mental; identificar, a partir da experiência dos gestores, as semelhanças e diferenças entre o seu trabalho e aquele desenvolvido pelos demais profissionais da equipe (que não atuam como gestores); explorar o que os participantes consideram como habilidades profissionais e pessoais necessárias a um gestor que atua no campo da saúde mental; averiguar os entraves na atuação na gestão de serviços de saúde mental e investigar como profissionais gestores de serviços de saúde mental, identificados com a psicanálise, utilizam os conhecimentos e conceitos psicanalíticos no seu processo de trabalho.

A pesquisa possui delineamento qualitativo, de caráter exploratório. As participantes deste estudo foram seis profissionais identificadas com a psicanálise, com um período mínimo de seis meses de prática na gestão de serviços de saúde coletiva, no campo da saúde mental, mais especificamente nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e nos Centros de Atenção Psicossocial. Os dados foram coletados por meio do preenchimento de uma Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos, elaborada para este estudo. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas com duração média de 1 hora, as quais foram compostas por questões abertas, conduzidas pelos seguintes eixos temáticos: especificidade do trabalho na gestão de serviços de saúde mental; utilização de dispositivos de gestão participativa e cogestão propostos pelo SUS e interfaces com a psicanálise. Para atender à Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, as participantes foram informadas pela pesquisadora sobre os objetivos da pesquisa, e, posteriormente, convidadas a formalizar sua aceitação em participar através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas, depois de gravadas e transcritas, foram examinadas por meio da Análise Temática, proposta por Braun e Clarke.

O estudo apresenta dois artigos. O primeiro teve como propósito investigar as inter-relações entre os campos da saúde coletiva, da saúde mental e da psicanálise, na gestão de serviços de saúde mental. Os resultados apontam as dificuldades e os desafios para o gestor diante da coexistência de diferentes lógicas de cuidado em saúde mental. A psicanálise é assumida como um posicionamento ético-político a partir da escuta dos processos inconscientes dos sujeitos, que se dão no campo transferencial, contribuindo no suporte à compreensão dos

casos e no manejo dos aspectos relacionais e institucionais. Por outro lado, há a necessidade de sua aproximação com o contexto da saúde mental. O segundo artigo teve como finalidade investigar as especificidades e os desafios do trabalho na gestão de serviços de saúde mental, a partir de modelos de gestão clássica e colegiada. Os resultados demonstram que, independentemente do modelo de gestão adotado, há a imprescindibilidade do compartilhamento das decisões. A coordenação é vista como assumindo um papel diferente dos outros membros da equipe e como suporte e manejo no modelo de gestão clássica. A prerrogativa de indissociabilidade entre gestão e atenção à saúde é encontrada no modelo de gestão colegiada e na gestão clássica onde a coordenação assume as duas funções, de gestora e de técnica. Por fim, os resultados assinalam os desafios e entraves para a atuação na gestão, os quais estão presentes em ambos os modelos.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Serviços de Saúde Mental, Gestão em Saúde, Gestor de Saúde, Psicanálise.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 – Psicologia

Subárea conforme classificação CNPq: 7.07.05.00-3 – Psicologia Social

3 ABSTRACT EXPANDED

This study aimed to investigate the specificities of work in the management of mental health services in the context of collective health, based on the perception of management professionals identified with psychoanalysis. Specific objectives were: to explore the specificities of work in the management of mental health services; to identify, from the experience of the managers, the similarities and differences between their work and that developed by the other professionals of the team (who do not act as managers); explore what the participants consider to be the professional and personal skills needed by a manager in the field of mental health; to investigate the obstacles in the management of mental health services and to investigate how professionals who manage mental health services, identified with psychoanalysis, use psychoanalytic knowledge and concepts in their work process.

The research has a qualitative, exploratory character. The participants of this study were six professionals identified with psychoanalysis, with a minimum period of six months of practice in the management of collective health services, in the field of mental health, more specifically in the Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) and in the Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). The data were collected through the completion of a Personal and Sociodemographic Data Sheet, prepared for this study. We also conducted semi-structured interviews with an average duration of 1 hour, which were composed of open questions, driven by the following thematic axes: work specificity in the management of mental health services; utilization of participatory management and co-management mechanisms proposed by SUS and interfaces with psychoanalysis. In order to comply with Resolution 510/2016 of the National Health Council, the participants were informed by the researcher about the research objectives and, later, they were invited to formalize their acceptance in participating through the signing of the Informed Consent Term. The interviews, after being recorded and transcribed, were examined through the Thematic Analysis, proposed by Braun and Clarke.

The study presents two articles. The first one aimed at investigating the interrelationships between the fields of collective health, mental health and psychoanalysis, in the management of mental health services. The results point out the difficulties and challenges to manage it in the face of the coexistence of different mental health care logics. Psychoanalysis is assumed as an ethico-political positioning from listening to the unconscious processes of the subjects, which occur in the transferential field, contributing in the support to the understanding of the cases and in the management of relational and institutional aspects. On the other hand,

there is a need to approach it with the context of mental health. The second article aimed to investigate the specificities and challenges of work in the management of mental health services, from classic and collegiate management models. The results show that, regardless of the management model adopted, there is a need for sharing decisions. Coordination is seen as assuming a different role from other team members and as support and management in the classical management model. The prerogative of indissociability between management and health care is found in the model of collegiate management and classical management where coordination assumes the two functions, manager and technical. Finally, the results point out the challenges and obstacles to performance in management, which are present in both models.

Keywords: Psychiatric Reform, Mental Health Services, Health Management, Health Manager, Psychoanalysis.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 - Psychology

Sub-área conforme classificação CNPq: 7.07.05.00– 3 – Social Psychology

4 SEÇÃO TEÓRICA

4.1 SAÚDE COLETIVA E SAÚDE MENTAL: ALGUMAS QUESTÕES

Os conhecimentos e as intervenções sobre a saúde em uma perspectiva coletiva, através de iniciativas políticas e sociais, têm início no período mercantilista e com o desenvolvimento do Estado Moderno (Vieira-da-Silva, Paim, & Schraiber, 2014). As formas pelas quais as sociedades identificam, explicam e se organizam para enfrentar os seus problemas de saúde variam historicamente e dependem de determinantes estruturais econômicos, políticos e ideológicos. Nesse sentido, depreende-se que um conjunto de movimentos ideológicos, sociais, políticos e de produção de conhecimentos permeou o campo social da saúde na passagem do feudalismo para o capitalismo e concebeu vetores para a delimitação do campo da Saúde Pública e da Saúde Coletiva (Paim, 2006).

Acerca dos antecedentes do campo da Saúde Pública, postulam-se as influências dos movimentos ideológicos que constituíram a Polícia Médica, a Higiene e a Medicina Social e também dos movimentos sociais que compuseram a Medicina Social na França e na Alemanha no século XIX (Paim, 2006). Sendo assim, a Saúde Pública que se construiu nos países desenvolvidos ao longo do século XX é subserviente ao liberalismo econômico para o qual a ação estatal tem um caráter suplementar para aquilo que o indivíduo e a iniciativa privada não são capazes de fazer. Nessa ótica, as ações sanitárias consideradas de abrangência coletiva são de responsabilidade do Estado, enquanto as dirigidas para os indivíduos devem ser exercidas pela medicina privada (Paim, 1992). Em outras palavras, a Saúde Pública torna-se subordinada ao modelo médico hegemônico em muitos contextos (Paim, 2006).

Conforme Paim (2006), a Saúde Coletiva latino-americana se instituiu a partir da crítica à Medicina Preventiva, à Medicina Comunitária, à Medicina da Família e foi embasada pela Medicina Social do século XIX e pela saúde pública institucionalizada, seja nos serviços de saúde, seja na academia. Para o autor, a Saúde Coletiva “envolve um conjunto articulado de práticas técnicas, ideológicas, políticas e econômicas desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas organizações de saúde e em instituições de pesquisa vinculadas a diferentes correntes do pensamento resultantes de projetos de reforma em saúde” (Paim, 2006, p. 128), tendo um caráter interdisciplinar.

A Reforma Sanitária no Brasil surgiu nos anos 1970, em meio a um cenário de profunda crise econômica e de movimentos de transição democrática, sendo que as principais bandeiras eram a melhoria das condições de saúde da população; o reconhecimento da saúde como direito

social universal; a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade e a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços (Mercadante, 2002).

Há uma forte articulação entre o campo da Saúde Coletiva e a Reforma Sanitária brasileira no que concerne às suas origens e na conjuntura de transição democrática. Contemporaneamente, contudo, compreende-se a Saúde Coletiva como um espaço específico e autônomo, e como tal, em contínuo processo de reafirmar-se socialmente (Vieira-da-Silva et al., 2014).

L'Abbate (2003) aponta que as relações entre o coletivo e o individual se instituem como analisadores históricos para a constituição e compreensão do campo de saberes e práticas da saúde coletiva. Propõe-se, desta forma, a integração das polaridades individual e social, coletivo e singularidade, através de ações que atuem nos coletivos. Coletivos entendidos como o espaço onde ocorrem, simultaneamente, o singular e o comum. Postula-se uma atuação profissional pautada na criação de espaços coletivos, marcados pela expressão das singularidades e ao mesmo tempo da busca pelo comum. Defende-se que os sujeitos sejam respeitados e, inclusive, estimulados a expressarem suas queixas e insatisfações. Nessa perspectiva, são necessárias a criação e a estimulação de espaços de expressão das diferenças, em que essas são vistas não como ameaças ao singular, mas como potencial para o crescimento de cada sujeito e conjuntamente do coletivo (Barros & Pimentel, 2012), sendo tais processos postos, eles mesmos, em análise (L'Abbate, 2003).

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, por sua vez, é contemporâneo da eclosão do movimento sanitário e busca a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, na defesa da saúde coletiva, na equidade na oferta dos serviços, no protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e na produção de tecnologias de cuidado. Assim, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (Brasil, 2005).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros, como foi o caso do Rio Grande do Sul (Lei Estadual nº 9.716/1992), as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Na década de 1990, também circunscrita pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de

Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental começa a ganhar contornos mais definidos. Entram em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005).

Entretanto, é somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado (Lei Federal nº 10.216/2001) é sancionada no país. A aprovação, porém, é de um substitutivo do Projeto de Lei original e redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, discorre sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da Lei nº 10.216/2001 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (Brasil, 2005).

Em 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.088 (Brasil, 2011), a qual instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 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 (SUS). As finalidades dessa rede são a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para esses indivíduos, possibilitando acesso em todos os níveis, com ênfase nas discussões intersetoriais.

A RAPS ficou então formada pelos seguintes componentes e pontos de atenção: I) Atenção Básica em Saúde, operacionalizada através da Unidade Básica de Saúde (UBS), das Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do Centro de Convivência; II) Atenção Psicossocial Especializada, a partir das diferentes modalidades de CAPS; III) Atenção de Urgência e Emergência, organizando-se a partir da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); IV) Atenção Residencial de Caráter Transitório, tendo como pontos de atenção a Unidade de Acolhimento (UA) Adulto, a UA infantojuvenil e a Comunidade Terapêutica; V) Atenção Hospitalar, através de Leitos e Enfermaria Especializada; VI) Estratégias de Desinstitucionalização, por meio do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e do Programa de Volta para Casa (PVC); e VII) Reabilitação Psicossocial, que se operacionaliza por meio das Cooperativas (Brasil, 2011).

No que se refere ao uso de mecanismos de gestão para sua implementação e avanço, o

processo da Reforma Psiquiátrica brasileira pode ser compreendido em três períodos: o primeiro, entre 1992 a 2001, corresponde àquele em que houve a implementação de estratégias de desinstitucionalização, a ampliação da rede ambulatorial em saúde mental e o início do financiamento e da implantação dos novos serviços substitutivos; o segundo, entre os anos de 2000 e 2002, é marcado pela aprovação da Lei nº 10.216 de 2001 e pela expansão da rede de atenção psicossocial; e o terceiro, de 2003 [até 2016], é caracterizado pela consolidação da hegemonia reformista, através de uma maior articulação de políticas intersetoriais e de projetos específicos para situações que exigem tal especificidade, como o Programa de Volta para Casa, o qual corresponde a um benefício financeiro para usuários que saíram de alta após longo período de internação (Barros & Salles, 2011).

Atualmente, o país vem adotando, no entanto, severas políticas de austeridade que atingem as políticas sociais, através do corte de recursos e do congelamento dos investimentos por 20 anos – Emenda Constitucional nº 95, de 2016, a partir da PEC 55/2016 (Brasil, 2016). Também aos trabalhadores, por meio da recentemente aprovada reforma trabalhista – Lei Federal nº 13.467, de 2017 (Brasil, 2017), que precariza e terceiriza o trabalho, e da iminente reforma previdenciária. Especificamente na Política de Saúde Mental, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), através da Resolução nº 32 (Brasil, 2017), aprovou mudanças, anunciadas pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas do Ministério da Saúde (CGMAD/MS), que rompem com as proposições da Reforma Psiquiátrica.

4.2 GESTÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO SUS E DOS PROCESSOS GERENCIAIS

A Norma Operacional Básica (NOB)-SUS/96 (Brasil, 1997) define a gerência como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Gestão, por sua vez, é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Nessa conceituação, os gestores do SUS são os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, os quais representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal. O Ministério da Saúde, através da 11ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2001), por seu turno, considerou gestores também os de serviços de saúde, com ênfase nos processos de planejamento e gerenciamento

participativo com trabalhadores e usuários, à luz do controle da sociedade sobre o SUS, ou seja, são priorizados processos de gestão participativa e cogestão.

Conforme Passos (2006, p. 27), a gestão participativa é a “construção de espaços coletivos em que é feita a análise das informações e a tomada das decisões. Nestes espaços estão incluídos a sociedade civil, o usuário e os seus familiares, os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde”. A cogestão, por sua vez, “é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo portanto uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde” (Brasil, 2009, p. 10).

A Política Nacional de Humanização distingue dois grupos de arranjos/dispositivos de cogestão. O primeiro grupo diz respeito à organização do espaço coletivo de gestão que possibilite o acordo entre os desejos e interesses de todos os atores que compõem o SUS, isto é, usuários, trabalhadores e gestores. O segundo grupo refere-se aos mecanismos que garantam a participação ativa no cotidiano dos serviços de saúde de usuários e familiares, favorecendo tanto a inserção desses nos projetos terapêuticos e acompanhamento do tratamento, como a manutenção de seus laços sociais (Brasil, 2009).

A cogestão abrange duas diretrizes. Uma delas é a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão, através da análise de contexto e problemas e dos processos de tomada de decisão. Desse modo, ela seria exercida por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização e não por poucos ou alguns (oligo-gestão), haja vista que todos gestionam seus processos de trabalho. A outra orientação recompõe a ideia de cogestão para além de manter a organização funcionando, por meio de processo de ampliação da democracia e a ênfase no trabalho como espaço de produção de sujeitos mais livres, autônomos e capazes de contrair responsabilidades (Brasil, 2009). As mudanças incluem:

[...] nova arquitetura, novo arranjo da organização que permite o exercício do cogoverno; partilhamento do processo decisório e de responsabilidades sem renúncia de interesses e desejos; aproximação entre política (gestão) e clínica, ou da gestão da saúde com a produção de saúde; todo sistema de saúde, cada um de seus componentes, podem ser cogovernados (Brasil, 2009, p. 46).

A necessidade de se produzir novos modos de gestão em saúde tem se caracterizado como um dos principais desafios do SUS, através da ultrapassagem das formas tradicionais predominantes, as quais não atendem à perspectiva democrática da Reforma Sanitária. Atualmente, os estudos têm apontado para a criação de modelos organizacionais com recorte democrático, descentralizado, com ênfase na autonomia, direção colegiada em todos os níveis da organização, linha dos contratos de gestão, organogramas horizontalizados, entre outros

(Araújo & Pontes, 2012).

Segundo Melo, Goulart e Tavares (2011), a gestão em saúde ainda está centrada no modelo biomédico, valorizando o trabalho em saúde focado na cura, nas ações individuais e fragmentadas e, sobretudo, na doença. Campos (2000) destaca a influência do modelo administrativo clássico, fundamentado nas concepções taylorista-fordista, que têm como eixos centrais de gestão a disciplina, o controle e a centralização do poder, buscando limitar a autonomia e a iniciativa dos trabalhadores. Considera-se, ainda, a ação do modelo econômico capitalista, que não leva em conta as aptidões, capacidades, necessidades e aspirações dos indivíduos, forçando-os a trabalhar para outros como se estivessem trabalhando para a sociedade e para si mesmos. A força de trabalho, então, se torna alienada e reduzida à mercadoria (Chauí, 1999; Marx, 2001).

De acordo com Gaulejac (2007), o capitalismo financeiro exige que o Ego de cada sujeito, bem como a própria família tornem-se um capital produtivo. Por meio do taylorismo, provoca-se a instrumentalização do sujeito, capaz de adaptar-se às linhas de montagens; com a tecnocracia, há a normalização do humano, onde cada um deve se adaptar a normas, regras e processos; a gestão gerenciada, da sua parte, opera através de uma rentabilização do humano, na qual cada sujeito é gestor da própria vida, manejando seus objetivos e desempenho para tornar seu tempo lucrativo.

Tem havido, assim, uma evolução do apelo à subjetividade nos processos gerenciais. Nos anos 1980, esses operavam através da preconização de um projeto de excelência. Atualmente, produz-se uma subjetividade fluida, a qual deve estar preparada para lidar com os infortúnios da existência e do mercado, em seus momentos de expansão ou regressão. Nesse novo contexto, o apelo aos gestores é que sejam “managers da alma” (Gaulejac, 2007, p. 188).

As proteções sociais são tidas hoje, pelos patronatos e gestores, como um obstáculo ao desenvolvimento da economia, apregoando-se a flexibilidade das condições de trabalho, que, por sua vez, produz precariedade. Além disso, há uma ambiguidade no discurso que postula a ‘modernização’ das condições de trabalho, pois, ao mesmo tempo em que conjuga flexibilidade à liberdade, produz práticas que intensificam o controle, a prescrição e a exigência (Gaulejac, 2007). Conforme Gaulejac (2007), a ideia da desregulamentação do trabalho como liberdade é falsa e esta deve ser garantida através do direito trabalhista e social.

A política também tem sofrido mudanças no contexto da atenção gerenciada, através de novas expectativas que advêm sobre ela e da inversão das relações entre o econômico e o político. Os homens políticos estão virando homens de negócios, enquanto que homens de

negócios apoderam-se do poder político, em nome da competência e do desempenho, ainda que não tenham qualquer experiência nesse campo. A gestão privada torna-se referência central para governar os homens, e o modelo gerencialista desvaloriza a ação pública. O Estado então parece incapaz, por seu esmaecimento, “de manter seu papel de instância de regulação entre uma economia que lhe escapa e uma sociedade cuja coesão se encontra ameaçada” (Gaulejac, 2007, p. 263).

Segundo Testa (2007), quem decide em saúde é o Estado, caracterizado por ser um espaço de conflitos entre classes sociais, e, enquanto espaço social, pode ser um espaço físico ou virtual, onde se encontram os atores. Os atores do Estado, por sua vez, são os sujeitos ou as organizações que introduzem temas de debates na agenda estatal. A forma como os diversos atores irão decidir, que é outra questão levantada por Testa (2007), dependerá do modo como se constituirão os atores sociais, o que, por seu turno, é dependente da maneira como são elaborados as contradições e os conflitos que afetam os sujeitos e os grupos. E por que se dá dessa forma?, questiona o autor. Porque o problema enfrentado se insere estruturalmente na própria vida social, o que exige a necessidade de soluções sociais para problemas subjetivos.

Para Höfling (2001), as diferentes visões de sociedade e de Estado geram distintos projetos na área das políticas sociais. A autora discorre sobre o que ela chama de ‘questões de fundo’ presentes no Estado capitalista, a partir de uma concepção de Estado democrático liberal ou social-democrático. O modelo neoliberal tem características voltadas aos aspectos individuais e marcado pela lógica da meritocracia. Assim, refere-se a uma perspectiva que não considera as desigualdades sociais, de raça, de gênero, dentre outras, tais como as que caracterizam a sociedade brasileira, extremamente desigual e heterogênea. Tal modelo situa no mercado a capacidade de regular os direitos individuais e as relações.

A concepção de Estado social democrático, por outro lado, tem sua raiz nas formulações marxistas, as quais enfatizam que as ações estatais estariam voltadas, sobretudo, para garantir a acumulação do capital e o desenvolvimento do capitalismo. Contemporaneamente, tem se produzido novas análises, a partir dessa tradição, que se debruçam sobre as relações entre a autonomia e a ação do Estado capitalista frente a trabalhadores e setores que não são beneficiados pelo desenvolvimento capitalista. O Estado, nesse contexto, tem o papel regulador das relações sociais que atuam na manutenção dos interesses capitalistas em seu conjunto, e não somente nos do capital (Höfling, 2001).

Sob esse enfoque, de um gestor em saúde espera-se a capacidade de governar as distintas relações de natureza social que perpassam esse campo. Ou seja, as relações políticas entre os

diferentes sujeitos sociais envolvidos no cenário saúde, nas quais interagem Estado e sociedade na construção das políticas sociais; as relações organizacionais entre os distintos sujeitos que governam o dia a dia dos serviços de saúde; as relações produtivas, que implicam na conformação de determinadas modalidades do cuidado em saúde e as “relações entre produtores e beneficiários dos atos em saúde” (Merhy, 2002, p. 157).

4.3 ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE

Freud (1969), embora não tenha se aprofundado na discussão dos aspectos intersubjetivos que permeiam as relações nas instituições e nos grupos, discorre sobre a psicologia individual na sua justaposição com a psicologia social e na conclusão de que o sujeito se constitui na relação com o outro. Afirma o autor:

O contraste entre a psicologia individual e a psicologia social ou de grupo, que à primeira vista pode parecer pleno de significação, perde grande parte de sua nitidez quando examinado mais de perto. [...] Algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente, de maneira que desde o começo, a psicologia individual [...] é, ao mesmo tempo, também psicologia social (Freud, 1969, p. 91).

Contemporaneamente, diversos autores que possuem como pano de fundo a psicanálise em suas postulações teóricas e técnicas têm discutido sobre os processos psíquicos que são mobilizados e que, simultaneamente, constituem as instituições (Bleger, 1991; Enriquez, 1991; Gaulejac, 2007; Kaës, 1991, 1997). Nesse sentido, cabe discorrer e diferenciar os conceitos de instituição e organização. Conforme Bleger (1991), instituição diz respeito ao conjunto de normas, regras e atividades agrupadas em torno de valores e de funções sociais, enquanto que organização refere-se a um espaço ou área delimitada, com uma disposição hierárquica das funções que ali se efetuam.

Para Enriquez (1991), a família, a escola, os espaços hospitalares, terapêuticos, de reeducação, de acolhida, de proteção e de salvaguarda são exemplos de instituições na medida em que todos trazem em seu bojo a necessidade de aceitação do outro, enquanto sujeito pensante e autônomo por cada um dos atores sociais envolvidos afetiva e intelectualmente, ou seja, todos tratam da questão da alteridade. Segundo o autor, as instituições teriam vocação para incorporar o bem comum, sendo as pulsões e as fantasias alocadas para tal fim e a favor do projeto relativamente ilusório da instituição, buscando unificá-la e garantir o trabalho desta sobre o consciente e o inconsciente dos seus membros.

Desde os primórdios da psicanálise, alguns psicanalistas têm se confrontado, no terreno

das instituições, com os efeitos do inconsciente nos seus pacientes e também em si próprios. Cada vez mais, profissionais que atuam com a psicanálise exercem suas funções em instituições, seja trabalhando na sua fundação, ou ensinando, clinicando, dirigindo ou supervisionando. A posição que esses profissionais assumem perante a realidade psíquica compartilhada, comum e singular, pode ser de um deslocamento em relação ao espaço e à possibilidade de intervenção, da clínica tradicional para a instituição ou, ao contrário, compreendendo a instituição como palco e também como origem da subjetividade, do sofrimento e do gozo (Kaës, 1991).

As instituições não são imortais, a ordem que impõem não é imutável, possuem valores contraditórios e, com frequência, negam aquilo que lhes serve de base. Além disso, forças contrárias, através de estratégias de desvio de investimentos psíquicos e dos meios institucionais em benefício de alguns membros ou da instituição como um todo, delineiam-na. Essas forças podem estar a serviço da unificação, por meio das representações de causa única; podem dedicar-se à diferenciação e à integração dos elementos distintos em unidades cada vez maiores; ou, por outro lado, podem dedicar-se ao retorno do indiferenciado, à redução das tensões; ou, ainda, à destruição e ao ataque (Kaës, 1991).

Destaca-se a tendência institucional de reproduzir o problema que ela tenta tratar e pelo qual foi criada, quer dizer, no caso das instituições psiquiátricas, o que ocorre, muitas vezes, são ações iatrogênicas e de confirmação das doenças. Na relação que a sociedade estabelece com a loucura, há uma clivagem entre o que se considera sadio ou doente e normal ou anormal, estabelecendo, dessa forma, uma autodefesa, não contra os loucos, mas contra a própria loucura da sociedade, colocando-a fora de si mesma (Bleger, 1991).

O trabalho da psicanálise, nesse contexto, objetiva discriminar os espaços comuns, intersubjetivos e, concomitantemente, o reconhecimento dos seus níveis de organização para cada sujeito neles implicados; também, de tornar possível o reconhecimento do inextricável, no qual agem as estratégias e astúcias do inconsciente; e igualmente acerca da parte do psiquismo de cada um que opera no espaço intersubjetivo. Sob esse ângulo, é fundamental a existência de espaços que proporcionem a fala e a escuta do sofrimento e do negativo, seja qual for a sua origem e o motivo da sua existência. É necessário que a sua representação aflore, através da palavra ou do jogo. Só assim é possível confrontá-los com as formações míticas e rituais de que as instituições se dotam, justamente para se defender contra o sofrimento e o negativo e contra sua representação. Propõe-se a criação de dispositivos de trabalho e de jogo que reestabeçam, “em uma área transicional comum, a coexistência das conjunções e das disjunções, da

continuidade e das rupturas, dos ajustamentos reguladores e das irrupções criadoras, de um espaço suficientemente subjetivado e relativamente operatório”(Kaës, 1991, p. 58).

A gestão, por seu turno, assume um lugar institucional que é determinado pela estrutura grupal. Isso implica dizer que aquele que ocupa tal posição se torna inconscientemente servidor do grupo, ao mesmo tempo em que desfruta dos benefícios dessa função. Ademais, ao menos em parte, tem como tarefa a realização daquilo que lhe exigem a estrutura e a história institucional (Kaës, 1997).

5 ARTIGO 1:

O trabalho na gestão dos serviços substitutivos de saúde mental: aproximações entre Saúde Coletiva, Saúde Mental e Psicanálise¹

The work in the management of the substitutive services of mental health: approximations between Collective Health, Mental Health and Psychoanalysis

Resumo

Objetiva-se investigar as inter-relações entre os campos da saúde coletiva, da saúde mental e da psicanálise, na gestão de serviços de saúde mental, no contexto do Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada em quatro municípios do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, com seis gestoras de serviços de saúde mental, identificadas com a psicanálise. Os instrumentos de coleta de dados empregados foram uma ficha de dados pessoais e sociodemográficos e uma entrevista semiestruturada. Utilizou-se a análise temática para o exame dos dados, resultando na identificação de três temas centrais: 1) Formação e experiência em gestão e em Saúde Coletiva; 2) Lógica manicomial versus lógica reformista: desafios para o gestor e 3) Psicanálise: entre contribuições e limites. Os resultados apontam as dificuldades e os desafios para o gestor diante da coexistência, nos serviços, de diferentes lógicas de cuidado em saúde mental. A Psicanálise é assumida como um posicionamento ético-político a partir da escuta dos processos inconscientes dos sujeitos, os quais se dão no campo transferencial, contribuindo no suporte à compreensão dos casos e no manejo dos aspectos relacionais e institucionais. Por outro lado, há a necessidade de aproximação da psicanálise com o contexto da saúde mental.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Psicanálise; Gestão em Saúde; Gestor de Saúde; Serviços de Saúde Mental.

Abstract

The objective is to investigate the interrelationships between the fields of collective health, mental health and psychoanalysis in the management of mental health services in the context of the Unified Health System. This is a qualitative research carried out in four municipalities of the state of Rio Grande do Sul, Brazil, with six managers of mental health services, identified with psychoanalysis. The instruments of data collection employed were a personal and

¹ Artigo formatado nas normas da revista para a qual foi submetido.

sociodemographic data sheet and a semi-structured interview. Thematic analysis was used to analyze the data, resulting in the identification of three central themes: 1) Training and experience in management and in Collective Health; 2) Manicomial logic versus reformist logic: challenges to manage it 3) Psychoanalysis: between contributions and limits. The results point out the difficulties and the challenges to manage it in the face of the coexistence in the services of different logics of mental health care. Psychoanalysis is assumed as an ethico-political positioning from listening to the unconscious processes of the subjects, which occur in the transferential field, contributing in the support to the understanding of the cases and in the management of the relational and institutional aspects. On the other hand, there is a need to bring psychoanalysis closer to the context of mental health.

Keywords: Psychiatric Reform; Psychoanalysis; Health Management; Health Manager; Mental Health Services.

Introdução

A saúde coletiva caracteriza-se por um processo de ‘movimento pendular’, tendo como referência os movimentos que atravessam a saúde como um todo (L’ABBATE, 2003). Busca-se, dessa forma, estabelecer relações dialéticas, de antagonismos e de complementariedade entre os distintos modos de se produzir saúde, isto é, entre objetividade e subjetividade, especialização e trabalho multiprofissional, conhecimento e prática. Sob essa ótica, a psicanálise, na sua aplicação a grupos e instituições, tem uma importante contribuição à saúde coletiva, como teoria que a pense como uma construção sócio-histórica de sujeitos, pois se caracteriza como “um método consciente (racional e deliberado) para se lidar com o inconsciente e a incoerência constitutivos de todo e qualquer sujeito” (CAMPOS, 2000, p. 224).

A interseção entre a psicanálise, a saúde coletiva e a saúde mental é histórica e condizente com o surgimento de novas práticas em saúde mental. Essa aproximação está atrelada ao processo de Reformas Sanitária e Psiquiátrica no Brasil, que inaugurou um novo olhar para o sujeito em sofrimento psíquico a partir da escuta e do respeito à sua história e singularidade (TENÓRIO, 2002).

Para a substituição do modelo hospitalocêntrico e efetiva implementação da Reforma Psiquiátrica brasileira, foi criada uma rede de serviços substitutivos em saúde mental, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2011). Os serviços substitutivos possuem a potência de se constituírem como espaços que efetivamente permitem ao sujeito em sofrimento psíquico ter uma rede de cuidados

no território e viver em comunidade. Ao mesmo tempo, a gestão desses espaços é marcada por tensões e conflitos nos modos de cuidado, pautados, por um lado, pelo modelo tradicional biomédico, de compreender os processos saúde/doença e atenção e, por outro, por propostas que trazem em seu bojo os ideais das Reformas Sanitária e Psiquiátrica (LEITE; SCARPARO; OLIVEIRA, 2013; NUNES; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2016).

Entre as funções exercidas pela gestão nos serviços de saúde, está a de criar espaços de circulação da palavra e intercâmbios autorreflexivos que possibilitam a democratização e um maior grau de análise sobre as práticas (CAMPOS, 2015). No sentido psicanalítico, contudo, há a necessidade de compreensão de que esses espaços são frequentemente lugar de encenação de processos inconscientes, os quais operam através da relação entre os sujeitos (ONOCKO-CAMPOS, 2005, 2012). Assim, a gestão pode contribuir dando certa regularidade aos espaços grupais, exercendo a função de suporte e manejo do grupo, ao mesmo tempo em que auxilia na constituição de uma grupalidade operativa, isto é, onde os trabalhadores possam se implicar e explorar sua autonomia e criatividade (ONOCKO-CAMPOS, 2007).

Diversos estudos apontam para a importância do papel da gestão na determinação do funcionamento dos serviços de saúde pautado pelas diretrizes e prerrogativas do Sistema Único de Saúde (SUS), na organização e no planejamento das ações e na forma como se operacionalizam os processos de trabalho (NUNES et al., 2016; OHIRA; CORDONI JUNIOR; NUNES, 2014a; SULTI et al., 2015). Outras investigações assinalam as discussões e indicações de algumas especificidades do papel da gestão nos serviços substitutivos de saúde mental, tais como: representação, funções administrativas, manejo das relações, organização do serviço e necessidade de conhecimentos de gestão, da legislação em saúde mental e do movimento da Reforma Psiquiátrica (MAYORGA; DINIZ; MONTEIRO, 2009; SILVA; CAMPOS, 2015).

Tendo em vista a relevância do papel desempenhado pela gestão no cotidiano dos serviços de saúde mental e no modo como se efetivam o trabalho e o cuidado, observa-se a necessidade de investigações que se debrucem sobre essa prática, pois ela é pouco pesquisada empiricamente. A partir da interseção com o campo da psicanálise, objetiva-se delinear as contribuições à gestão dos aportes teóricos e técnicos próprios desse campo de saber. Sendo assim, a presente pesquisa teve como propósito investigar as inter-relações entre os campos da saúde coletiva, da saúde mental e da psicanálise na gestão de serviços de saúde mental, no âmbito do SUS.

Método

Optou-se por um método qualitativo de caráter exploratório, tendo em vista os objetivos deste estudo. Segundo Minayo (2010), o método qualitativo, através da análise dos achados, proporciona a ampliação do conhecimento sobre o significado dos eventos e sua repercussão sobre a subjetividade.

A pesquisa foi realizada em Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, e em três municípios da sua região metropolitana. A escolha dos participantes se deu a partir de uma rede de conveniência, bem como pela técnica ‘bola de neve’ (TURATO, 2003), na qual um participante indica outros e assim por diante. Foram seguidos os seguintes critérios de inclusão: todos os profissionais deveriam ter formação, especialização ou outra forma de aquisição teórica ou teórico-prática em psicanálise e com um período mínimo de seis meses de prática na gestão de serviços de saúde mental, no contexto do SUS, mais especificamente nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Para a determinação do número de sujeitos, empregou-se o critério de saturação teórica (FLICK, 2009).

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: uma Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos, a qual buscou caracterizar os participantes do estudo, e uma entrevista semiestruturada, que, a partir de um roteiro previamente elaborado, possibilitou aos entrevistados exporem suas considerações sobre o tema proposto (MINAYO, 2010). As entrevistas, as quais totalizaram seis, foram realizadas entre os meses de abril e junho de 2018.

Depois de gravadas e transcritas, as entrevistas foram examinadas por meio da Análise Temática, proposta por Braun e Clarke (2006), com o auxílio do software ATLAS Ti, Versão 1.0.36 (MUHR, 2013). A Análise Temática é um método para identificar, examinar e relatar padrões (temas) dentro dos dados, organizando e descrevendo o conjunto de informações em detalhes, podendo ir além, interpretando os vários aspectos do tema de pesquisa (BOYATZIS, 1998).

Nesta etapa, tal como propõem Braun e Clarke (2006), primeiramente, buscou-se a familiarização com os dados, através da leitura flutuante de cada uma das entrevistas; após, realizou-se uma nova leitura do material, estabelecendo-se a geração de códigos iniciais; em seguida, esses foram agrupados em subtemas; e, por fim, em temas centrais. Os dados foram analisados a partir de três campos de saberes e práticas: Saúde Coletiva, Saúde Mental e Psicanálise.

Quanto aos aspectos éticos, o estudo foi norteado pelos princípios abrangidos na

Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número 2.561.827/2018. A fim de garantir o anonimato dos participantes, as falas foram identificadas pela letra E, seguida por um algarismo de acordo com a ordem das entrevistas (E1, E2...).

Resultados e discussão

Todas as entrevistadas deste estudo são do sexo feminino, com idade média de 39 anos. No que diz respeito à experiência no campo da saúde mental, uma atua há menos de cinco anos, duas, de cinco a dez anos, e três, um tempo superior a dez anos. Com relação ao tempo no cargo de gestão, cinco estão há mais de três anos. No que tange à escolaridade, verificou-se que todas as gestoras possuem ensino superior completo, sendo que cinco são psicólogas e uma terapeuta ocupacional. Quanto à pós-graduação, cinco delas têm residência multiprofissional em saúde coletiva.

Como resultado do processo de codificação das entrevistas, foram identificados dez códigos iniciais, os quais foram agrupados em seis subtemas e, por fim, em três temas centrais. Foi construída ao Quadro 1, objetivando apresentar didaticamente a construção dos mesmos.

Quadro 1. Categorias de análise construídas a partir da percepção das entrevistadas

Códigos iniciais	Subtemas	Temas centrais
<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de formação específica para a atuação na gestão; • Importância de uma especialização/formação em saúde pública; e • Formação da coordenação: influência na forma como são conduzidos os processos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de formação específica para a atuação na gestão; e • Importância de formação/experiência em saúde coletiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formação e experiência em gestão e em Saúde Coletiva
<ul style="list-style-type: none"> • Importância de toda a equipe estar sustentada pela mesma lógica de saúde mental; • Conflitos entre a lógica reformista e a lógica manicomial; e • Dificuldade/importância da constituição/manutenção de espaços de gestão participativa e controle social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conflitos entre a lógica reformista e a lógica manicomial; e • Importância de toda a equipe estar sustentada pela mesma lógica de saúde mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lógica manicomial versus lógica reformista
<ul style="list-style-type: none"> • Psicanálise: auxílio quanto aos aspectos subjetivos dos sujeitos e do grupo; • Necessidade de uma psicanálise que se aproxime da saúde mental coletiva; 	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamento ético-político da psicanálise: escuta dos processos inconscientes que se dão no campo transferencial; e • Necessidade de uma psicanálise que se aproxime da saúde mental coletiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicanálise: entre contribuições e limites

<ul style="list-style-type: none"> • Importância de toda a equipe ter uma identificação com a psicanálise; e • Psicanálise como um posicionamento ético-político. 		
---	--	--

Fonte: Autoria própria.

Formação e experiência em gestão e em Saúde Coletiva

Neste estudo, todas as entrevistadas referiram não ter formação específica para atuar como gestoras. Tal achado corrobora outros estudos, que ressaltam a ausência dessa formação entre os gestores de serviços de saúde entrevistados e destacam os prejuízos para o planejamento e gestão do serviço (NUNES et al., 2016; OHIRA; CORDONI JUNIOR; NUNES, 2014a, 2014b). “Pois eu não tive nenhuma formação específica em gestão [...]”. (E6)

Eu nunca tinha trabalhado na gestão [...] com um conhecimento realmente mais técnico [...], mas faltando muito essa questão da gestão. [...] mas eu acho que, nossa, o prejuízo é muito de um fazer que fica ilhado quando tu não tem uma preparação. (E2)

Por outro lado, ainda que não tenham tido formação específica na área da gestão, a maioria das entrevistadas afirma que a experiência na área da saúde coletiva, por meio da residência multiprofissional, possibilitou a qualificação da sua atuação como gestora, através das vivências no dia a dia dos serviços. Além disso, as atividades teórico-práticas contribuíram para a ampliação do olhar sobre os aspectos que envolvem o fazer na gestão, com ênfase no compartilhamento das decisões.

[...] a residência é muito importante para pensar e atuar de uma forma de corresponsabilização assim entre equipe. De pensar também na gestão que vai para além da equipe, porque é superdifícil, que é pensar no usuário junto nessa gestão [...]. Acho que minha formação começou muito... pela residência. De que eu também fazia parte dessa gestão, dessa coordenação do serviço. E de pensar de forma compartilhada. (E5)

As contribuições das experiências em saúde coletiva através da residência, ressaltadas pelas entrevistas, vão ao encontro da afirmação feita por Feuerwerker (2009) de que a especialização pelo trabalho pode constituir-se como um espaço de invenção para a ampliação da escuta, para a produção de novas tecnologias de cuidado e a ampliação da construção compartilhada de projetos terapêuticos, com a participação do usuário. Corroborando, Campos (2015) postula que a gestão deve conhecer em profundidade o campo de saberes e práticas no qual a instituição se insere, tais como a atenção à saúde, métodos pedagógicos, entre outros, mais do que conhecimentos específicos de economia ou administração, sendo prioritária a experiência prévia no campo de atuação.

Estudos demonstram a característica de inovação, mobilização e transformação da residência multiprofissional em saúde para todos os atores envolvidos no processo, sejam residentes, trabalhadores, preceptores, gestores ou usuários (CASANOVA; BATISTA; RUIZ-MORENO, 2015; DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015; GADELHA; BARRETO, 2018; NORDI; ACIOLE, 2017). Por meio da residência, é possível promover mudanças a curto prazo, a partir da busca de solução de problemas no próprio território; a médio prazo, por meio da implantação de atividades de promoção de saúde e qualidade e de vida; e a longo prazo, ao possibilitar o conhecimento da comunidade sobre seu processo de saúde-doença (GADELHA; BARRETO, 2018).

Lógica Manicomial *versus* Lógica Reformista: desafios para o gestor

Os equipamentos substitutivos em saúde mental, por vezes, sofrem o risco de ‘manicomialização’ e deslegitimação social (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006), através de discussões científicas e produção do conhecimento com ênfase em temas farmacológicos e diagnósticos, em detrimento dos que vinculem saúde mental, contexto social e saúde pública (BRASIL, 2002). Da mesma forma, práticas de cuidado fragmentadas, a não articulação em rede, a centralização na medicalização, a ausência de processos democráticos de trabalho e de participação e controle social são ações que aproximam os novos equipamentos do modelo manicomial (AMARANTE; TORRE, 2001; SILVA; CAMPOS, 2015).

Nas entrevistas realizadas, todas as gestoras enfatizam as dificuldades e os desafios para o gestor diante da coexistência, por um lado, da lógica manicomial de cuidado em saúde mental, pautada pelo viés biomédico, e, por outro, da lógica reformista, de desinstitucionalização da loucura e do louco. A lógica manicomial perpassa e dificulta o gestor a partir de diversos pontos: a) na forma como a equipe escuta e intervém junto aos usuários e familiares; b) no modo de cuidado solicitado por estes; c) no modelo de cuidado que orienta a atuação dos outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial; d) na maneira como são propostas, implementadas e modificadas as políticas públicas pela gestão municipal e federal; e e) na dificuldade para a constituição e manutenção de espaços de gestão participativa e controle social. Esses diversos movimentos, orientados pela lógica manicomial, exigem das entrevistadas, enquanto gestoras dos serviços que atuam, um fazer marcado por conflitos, tensionamentos e ações de resistência, que recolocam a lógica reformista em primeiro plano.

Eu acho que o maior desafio [...] é lidar com o público infante-juvenil em um serviço de saúde mental no momento que a gente vive, [...] de uma medicalização da infância que se coloca o tempo inteiro. Eu acho que o maior desafio é a gente poder sustentar junto com o familiar, junto com a equipe,

junto com o usuário, que ele não precisa de um... Que ele não vai ter um diagnóstico fechado com três anos de idade, de que ele pode sim ser cuidado com outras formas que não só a consulta com a psiquiatra... com o grupo, com a interação, com outras experiências. (E2)

[...] quando a gente entra nas unidades, a gente sempre vai tentando discutir e mostrar para a equipe uma outra lógica de cuidado, uma outra lógica de trabalho inclusive, mas quando a gente vê que, ainda assim, não é possível se avançar, a gente, então, conversa com a gestão, com a gestão da atenção básica, no caso, alguém responsável na gestão por aquelas unidades para a gente tentar alinhar um trabalho que possa ser efetivo [...]. (E3)

Quanto aos movimentos guiados pela lógica manicomial no âmbito da gestão federal, as entrevistadas destacam as diversas mudanças e retrocessos que vêm ocorrendo no SUS e na política de saúde mental, os quais impactam nas lógicas de cuidado do dia a dia dos serviços e que, portanto, influenciam e dificultam o seu trabalho como gestoras. Uma das mudanças ressaltadas pelas entrevistadas é concernente à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017 (BRASIL, 2017a).

[...] e isso caiu por terra a obrigatoriedade de ter Agente de Saúde compondo a equipe [...]. Porque a questão do território, a questão dos agentes comunitários, eles são fundamentais para se pensar no processo de saúde mental das pessoas, já trazendo toda a questão do que veio com a Reforma Psiquiátrica, de outras terapêuticas [...]. (E3)

Conforme Morosini, Fonseca e Lima (2018), as mudanças na nova PNAB representam retrocessos e riscos, pois reforçam a subtração de direitos e o movimento de desconstrução do SUS em curso no Brasil. Segundo as autoras, entre as modificações presentes na nova PNAB, estão: a) a relativização da cobertura; b) o reposicionamento da Estratégia Saúde da Família e a retomada da Atenção Básica tradicional, por meio da não exigência da presença dos Agentes Comunitários de Saúde na composição mínima das equipes de Atenção Básica; e c) a fusão dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias, havendo uma descaracterização do trabalho desses, que já vem se afastando das ações de educação em saúde.

Também são assinaladas pelas entrevistadas as dificuldades relacionadas às mudanças na política de saúde mental, através da Resolução nº 32 (BRASIL, 2017b). As alterações contidas nesta norma jurídica rompem com a lógica de desestruturação de manicômios ao incluir os Hospitais Psiquiátricos Especializados (art. 1º) no rol de componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Além disso, há a proposição de ampliação, qualificação e expansão dos leitos hospitalares psiquiátricos (art. 9º), fato que vai de encontro à proposta da reforma psiquiátrica antimanicomial de progressiva extinção desses leitos. Por fim, destaca-se, entre outras mudanças, o evidente interesse em incluir as Comunidades Terapêuticas na RAPS,

por meio do fortalecimento da parceria e do apoio intersetorial entre os diferentes Ministérios em relação a elas (art. 11º). “[...] a gente tem visto acontecer agora recentemente de investir muito mais dinheiro em comunidades terapêuticas, por exemplo, do que em CAPS. Que cuidado é esse que a gente está falando?” (E3)

Eu acho que é um cenário da saúde mental que está se desenhando, assim, de um retrocesso [...] a sensação que dá é que a gente está recomeçando de novo a ter que ser mais claro sobre coisas que já estavam dadas. Pareciam que já estavam dadas. Na verdade, nunca estiveram dadas [...]. (E2)

A política de saúde mental até então vigente, apoiada na hegemonia reformista, integrava um sistema de serviços de saúde em construção, “ainda inacabado, incompleto, com problemas a serem resolvidos e desafios a serem enfrentados para a concretização dos seus princípios e diretrizes” (TEIXEIRA, 2004, p. 13). Por outro lado, vinha conquistando avanços efetivos através da implementação, expansão e consolidação da rede de serviços substitutivos de saúde mental (BARROS; SALLES, 2011). Sendo assim, era possível o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico grave junto à sociedade, contribuindo, desta forma, para novos olhares sobre a loucura, menos estigmatizantes e segregadores.

A saúde mental, como campo característico de disputas, confrontos e lutas, se coloca, então, como um espaço que pode possibilitar o destacamento de práticas calcadas na lógica antirreforma psiquiátrica; contudo, também pode permitir a emergência de movimentos de resistência, de linhas de fuga. Esses podem se dar tanto a partir da micropolítica, exercida por cada ator social a partir do trabalho vivo em ato (MERHY, 2002), quanto através de processos macropolíticos, tais como os movimentos sociais, que incidam nas instâncias de decisão responsáveis pela implantação e implementação das políticas públicas.

Nesse sentido, um dos pontos salientados pelas gestoras como apoiadores e fortalecedores do seu fazer diz respeito à imprescindibilidade que a lógica reformista oriente o trabalho de toda a equipe que atua nos serviços de saúde mental. Essa característica, diante dos diversos movimentos antirreforma que vinham na esteira da hegemonia reformista e que agora se mostram intensificados a partir da conjuntura macropolítica, dá sustentação ao gestor e fortalece os movimentos de resistência, pois se dá por meio do coletivo.

Essa é para mim a maior semelhança, que me aproxima deles, é na discussão de caso a gente poder [...] tentar conduzir o caso da forma que o usuário possa viver em liberdade, não ao contrário. Acho que quando chega alguém muito numa visão manicomial dentro da equipe, quebra, sabe, dificulta o trabalho. (E1)

E a gente resiste todo dia. Acho que dentro dos grupos, dentro do serviço... acho que é uma equipe muito boa assim, que ajuda muito nisso. Acho que eu consigo resistir para isso que está acontecendo é tu saber que tem uma equipe

que não vai decidir por [...] esse paradigma assim, mais biomédico e mais de internação. (E5)

Frente a um cenário de retrocessos e precarização das políticas, destacam-se os movimentos que ocorrem pelo conjunto dos atores que compõem os serviços de saúde mental. As estratégias de resistência pela via do coletivo possuem o potencial, a partir da conjugação do singular e do comum, de, efetivamente, promoverem mudanças e novas formas de expressão e de vida (MONTEIRO; COIMBRA; MENDONÇA FILHO, 2006).

Psicanálise: entre contribuições e limites

Nas entrevistas realizadas, as gestoras assinalam as interseções entre a psicanálise e a saúde mental, no que concerne às possibilidades e aos limites desse encontro. Por meio de um gestor alicerçado nos processos subjetivos e intersubjetivos que perpassam as instituições, a psicanálise é assumida como um posicionamento ético-político a partir da escuta dos processos inconscientes dos sujeitos, os quais se dão no campo transferencial. Munida desse referencial, a gestão subsidia a equipe na compreensão e intervenção junto aos usuários, a partir de um posicionamento calcado na escuta e no respeito à singularidade.

Mas digamos que eu acho que isso é exercido na equipe, para mim isso é importante assim, de que lugar tu fala [...], a gente sabe que coisas acontecem nesse campo transferencial. Então acho que é muito caro para mim tu deixar o outro falar, tu escutar de uma forma que não seja rapidamente interpretado. Acho que essa é uma contribuição da psicanálise, deixar que as coisas fluam. (E4)

O que me ocorre muito, principalmente nesse técnico que eu citei, é, por exemplo, o trabalho com autistas. A gente recebe algumas crianças com esse diagnóstico e ele tem o caso de uma menina que chegou no serviço só chorando. Ela chorava o tempo inteiro e se embalava o tempo inteiro. [...] Aí, esse técnico entra com o violão, com o recurso da música e ele vai trazendo, assim, uma outra fala, que eu digo. Ele vai usando a música e vai incluindo a menina nesse simbólico que até então estava muito distante. Ele vai colocando a música para que esse embalo dela acabe virando uma dança, aí o discurso dele vai nesse sentido: 'Ah, a V. está dançando. Vamos lá'. [...] Quando eu vejo isso que perpassa a equipe, é isso, o oficinairo que é músico consegue falar de um caso, relatar o seu atendimento pela via da transferência, levando em consideração isso, pensando isso. (E2)

Conforme Kyrillos Neto & Moreira (2009), a psicanálise assume um caráter político quando se fundamenta em uma posição subjetiva de responsabilidade em sua relação com o sujeito do inconsciente. Para os autores, a dimensão política do processo psicanalítico está ancorada na alteridade, a partir do reconhecimento do outro, e na transferência.

O termo transferência designa o processo pelo qual os desejos inconscientes se

atualizam na relação com o terapeuta, tendo como modelo um tipo de relacionamento preestabelecido. “[...] por outro lado, as manifestações transferenciais não são literalmente repetições, mas equivalentes simbólicos do que é transferido” (LAPLANCHE, 2001, p. 520). Ou seja, a transferência diz da historicidade e da singularidade do sujeito e, como refere Silva (2016), a subjetividade se constitui na relação com a alteridade. Além disso, a partir da noção de campo transferencial, há de se ter claro que as atualizações dos desejos inconscientes se inserem no conjunto da cultura e da sociedade do qual fazem parte (HERRMANN, 2010).

O sujeito em psicanálise, por sua vez, é aquele que se distingue de um ser da consciência filosófica e daquele biológico, dando lugar ao sujeito desejante, partindo da noção do inconsciente (TOREZAN; AGUIAR, 2011). E esse sujeito é compreendido no laço social e, portanto, é concomitantemente individual e coletivo (KYRILLOS NETO, 2009).

As entrevistadas também enfatizam a importância da compreensão dos processos subjetivos e intersubjetivos para o entendimento, enquanto gestoras, do funcionamento da equipe e da instituição. Através dos aportes teóricos e técnicos advindos do campo psicanalítico, as gestoras adquirem ferramentas para compreender, suportar e interagir com os dramas intersubjetivos presentes na cena institucional, tal como propõe Onocko-Campos (2007). “[...] eu acho que é isso de poder escutar o outro, escutar uma equipe, o que que tem ali, para além do que está sendo dito.” (E5)

[...] eu acho que tem uma coisa das relações que [...] a psicanálise é a que melhor explica, dessa coisa toda do inconsciente, a gente se comunica também pelos inconscientes e é a partir daí que essas relações elas vão aparecendo [...] e saber ler isso, saber entender essas relações, enfim, a partir dessa leitura é uma coisa que para mim tem auxiliado muito e faz sentido [...] e eu acho que me traz alguma perspectiva de tentar ‘lidar com’ [...]. (E3)

Para Freud (1969), a vida em sociedade constitui-se como fonte de mal-estar e hostilidade. Conforme o autor, nem mesmo o avanço nas ciências naturais, através dos progressos científicos e técnicos, e o controle sobre a natureza foram capazes de aumentar a satisfação e a felicidade do ser humano. Para obter mais segurança através da vida em sociedade, o sujeito primitivo precisou abrir mão de uma parte de suas possibilidades de felicidade, por meio da restrição dos instintos.

A partir da compreensão da função psíquica da cultura e da condição de mal-estar como componente inevitável da civilização ocidental, as instituições caracterizam-se como espaços privilegiados para a sublimação e a vida social e cultural. Elas podem se estabelecer enquanto espaços de controle, alienação e dominação ou, por outro lado, como produtoras de autonomia, criatividade e desalienação. No que tange à gestão, o reconhecimento dos processos

inconscientes que circundam as instituições pode capacitá-la como importante produtora de processos de subjetivação, através da propiciação de espaços que se estabeleçam como suporte à grupalidade, ajudando-a a estruturar-se como intersubjetividade (ONOCKO-CAMPOS, 2007).

Por outro lado, as entrevistadas apontam para a necessidade de aproximação da psicanálise com o campo da saúde mental, haja vista que essa, muitas vezes, se mantém encastelada, restrita aos moldes tradicionais. Desse modo, não consegue produzir um discurso e um fazer extramuros, que levem em conta a condição sócio-histórica dos sujeitos (GUIRADO, 1992).

Eu acho que se a gente ficar numa psicanálise muito clássica, a gente não vai fazer isso dentro de um serviço de saúde mental, muito menos na gestão [...] com os usuários [...] a transferência vai ser com o CAPS, não vai ser com aquele técnico específico. (E1)

[...] Então se tu tem uma política que tá centrada numa indústria farmacêutica, que entende que tudo se resolve por medicação ou que tudo é só em cima de um divã ou que é num consultório privado que tu vai resolver, tu vai estar sucateando o SUS. As pessoas não vão estar podendo acessar o SUS, vão estar cada vez gastando mais dinheiro, então quem tá lá no suposto conforto do seu consultório também é afetado por isso e, bom, o serviço público é para ser assim, o que a política pública determina é o que tem que estar acontecendo aqui dentro. (E6)

As entrevistadas também discorrem sobre as dificuldades de diálogo entre a psicanálise e outros campos de saberes, em espaços de discussão, como reuniões. Essas interposições à comunicação se colocam quando o discurso psicanalítico se torna incompreensível para os seus interlocutores, fator que contribui para o seu afastamento e enclausuramento.

[...] talvez em alguns momentos [...] o distanciamento... [...] quando a coisa começa a ficar muito psicanalítica, as pessoas se afastam [...] então é a velha coisa dos conceitos, de onde é que tu estás, que conceito tu usas, e ter essa noção de que tu só pode falar algo que possa ser compartilhado com todos, senão tu exclui, fica uma conversa dual ou trial. (E4)

[...] mas eu tenho essa visão um pouco da psicanálise muito teórica, muito densa e de encontros de psicanalistas onde... a impressão que eu fico de alguns encontros, de serem conversas pra ninguém conseguir compartilhar e entender nada, assim, que fica... o quanto mais difícil o outro fala parece que mais interessante a pessoa é. Para seguirem se encontrando para não se compartilhar coisas (risos). (E6)

Conforme Guirado (1992), com frequência, é no movimento de se legitimar que a psicanálise cria uma rede de sustentação, porém, ao mesmo tempo, o seu isolamento. Este surge, de acordo com a autora, quando a psicanálise se configura como uma propriedade abstrata daqueles que a compreendem, pois são reconhecedores de sua prática como reveladora do

inconsciente. Nesse movimento, criam-se as relações de monopólio e poder.

No contexto dos serviços de saúde mental, os sujeitos do campo transferencial são sobredeterminados pelo conjunto dessa prática institucional. Sendo assim, alguns pontos considerados centrais dentro do arcabouço teórico-técnico da psicanálise, tais como a transferência e o inconsciente, devem ser contextualizados e relativizados, quando da sua transposição enquanto teoria concernente ao sujeito psicológico para a interpretação de fatos sociais (GUIRADO, 1992).

Quando desconsidera o contexto no qual se insere, neste caso o da saúde mental no contexto do SUS, a psicanálise pode contribuir para a efetivação de procedimentos não orientados pela lógica reformista. Isso ocorre, como já indicado, através de discursos psicanalíticos marcados por teorizações e abstrações incompreensíveis para os seus interlocutores, onde a psicanálise assume um papel presunçoso e distanciado dos demais campos de saberes. Também se dá por meio da eleição de modelos de compreensão dos sujeitos próprios da clínica tradicional, que não levam em conta o contexto institucional, sócio-histórico e cultural no qual estes estão inseridos. Nesse sentido, algumas entrevistadas discorrem sobre a importância de uma psicanálise que dialogue com outros campos de saberes, sobretudo, neste caso, com o da saúde mental.

[...] mas tu tem que desejar estar ali. Sem tu te identificar com isso, sem tu acreditar nisso [...]. Eu me vejo muito numa posição de militante pela saúde mental e quem não tem essa posição está ali batendo ponto e a coisa não se sustenta [...]. (E6)

[...] para a gestão [...] acho que ela me ajuda [...] a saber que não tem nada completo, [...] que a circulação do saber também por outras profissões te faz não te colocar nesse lugar. [...] a psicanálise é também multidisciplinar, ela foi construída dessa forma [...]. (E5)

Embora advindos de contextos sócio-históricos específicos, os campos da psicanálise, da saúde coletiva e da saúde mental se entrecruzam ao possibilitar à pessoa em sofrimento psíquico grave o seu reconhecimento enquanto sujeito singular. Sujeito esse que é constituído por processos inconscientes e, ao mesmo tempo, pelas relações e pela cultura em que está inserido. No contexto da gestão, a compreensão desses processos pelos gestores pode auxiliar no suporte à condução dos casos, também quanto ao manejo dos aspectos relacionais e subjetivos que perpassam a equipe e a instituição como um todo. A gestão, por seu turno, pode contribuir com a psicanálise a partir da proposição de interlocução entre os diversos saberes e práticas e por se caracterizar como espaço onde o gestor da vida humana constituiu-se a principal diretriz do trabalho (CAMPOS, 2005).

Considerações finais

Observa-se, a partir das entrevistas realizadas, que a qualificação pelo trabalho, através da residência em saúde coletiva, auxiliou no estabelecimento de um gestor norteado pelos preceitos do SUS de compartilhamento das decisões e para a hegemonia de um modelo assistencial orientado pela lógica reformista. Sendo assim, aponta-se para a necessidade da oferta de espaços de formação e qualificação para os gestores que atuam nos serviços públicos de saúde mental, que possam contextualizar a gestão a partir da perspectiva da Reforma Psiquiátrica e do modelo de gestão compartilhada, preconizados pelo SUS. Além disso, sugerem-se, assim como balizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004), a formação e a capacitação de todos os trabalhadores, por meio da educação permanente, para que possam ser continuamente discutidos os processos de gestão e atenção que ancoram cada serviço.

Foi possível observar, ainda, a coexistência nos serviços de saúde mental das lógicas reformista e manicomial, apesar da hegemonia da primeira nos últimos anos no país, após a implementação dos serviços substitutivos de saúde mental. A coexistência das diferentes lógicas de cuidado dificulta o fazer na gestão, exigindo um gestor marcado por conflitos, disputas e movimentos de resistência que recoloquem a lógica reformista em primeiro plano. Nos últimos anos, esses conflitos têm se intensificado a partir de mudanças orientadas pela lógica manicomial que vêm ocorrendo nas políticas de saúde e de saúde mental.

As entrevistadas indicaram algumas possibilidades de contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental, no contexto da gestão, além de alguns limites. A psicanálise é um campo de saber hegemonicamente advindo de estudos e intervenções com a subjetividade, através da clínica tradicional. Necessita então, no seu encontro com a saúde mental, compreender os processos institucionais, sociais e históricos que permeiam a atuação nesse campo. Para isso, torna-se imprescindível que as universidades, bem como as instituições psicanalíticas tenham, em seu currículo ou programa de seminários, leituras que considerem o sujeito psicológico na sua relação com a cultura e com as políticas sociais. O que se propõe, contudo, não é uma simples adaptação da psicanálise a esses contextos, mas sua inserção de um modo que possibilite seu enriquecimento e legitimação, a partir das contribuições de outros campos de saberes.

Este estudo, ao mesmo tempo em que investiga em profundidade as inter-relações entre os campos da saúde coletiva, da saúde mental e da psicanálise, a partir de entrevistas com profissionais gestores, não obteve essas percepções de profissionais não gestores, usuários e

familiares. Sendo assim, sugerem-se novos estudos que possam contemplar esses outros atores, agentes cogestores no fazer cotidiano dos serviços de saúde mental.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Referências

AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde Debate**, v. 25, n. 58, p. 26–34, 2001.

BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. spe2, p. 1780–1785, 2011.

BOYATZIS, R. E. **Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development**. Thousand Oaks: Sage, 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa permanente de capacitação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica**. Brasília: Área Técnica de Saúde Mental, Secretaria de Assistência à Saúde, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004 - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 14 out. 2018a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017**. **Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**,

2017b. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/173164140/dou-secao-1-22-12-2017-pg-239>>

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Conselho Nacional de Saúde (MS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006.

CAMPOS, G. W. DE S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000.

CAMPOS, G. W. DE S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 17, p. 389–406, 2005.

CAMPOS, G. W. DE S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 5ª ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; RUIZ-MORENO, L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. **Abcs Health Sciences**, v. 40, n. 3, p. 229–233, 2015.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 55, p. 1221–1232, 2015.

FEUERWERKER, L. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 28, p. 229–230, 2009.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização (Vol. XXI)**. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

GADELHA, A. K. DE S.; BARRETO, I. C. DE H. C. Residência integrada em Saúde: percepção dos atores da ênfase em Saúde da Família e Comunidade. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. suppl 1, p. 1339–1351, 2018.

GUIRADO, M. Transferências e transferências. **Psicol., Ciênc. Prof.**, v. 12, n. 2, p. 16–23, 1992.

HERRMANN, F. **Clínica Psicanalítica: a arte da interpretação**. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

KYRILLOS NETO, F. Reforma psiquiátrica e clínica da psicose: o enfoque da psicanálise. **Aletheia**, n. 30, p. 39–49, 2009.

KYRILLOS NETO, F.; MOREIRA, J. DE O. Política e psicanálise: conexões. **Psicol. clin.**, v.

21, n. 2, p. 397–414, 2009.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 8, n. 1, p. 265–274, 2003.

LAPLANCHE, J. **Vocabulário de Psicanálise / Laplanche e Pontalis**. 4^a ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEITE, L. DOS S.; SCARPARO, H. B. K.; OLIVEIRA, M. A. P. DE. A gestão da saúde mental em Porto Alegre: um breve recorte. In: SCARPARO, H. B. K.; BEDIN, D. M. (Org.). **Gestão em Saúde: experiências de campo e pesquisa com inserção social**. Porto Alegre: Sulina, 2013. p. 129–140.

MAYORGA, C.; DINIZ, A.; MONTEIRO, D. B. L. Mapeamento dos CAPS em Minas Gerais. **CliniCAPS**, v. 3, n. 9, p. 1–49, 2009.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

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

MONTEIRO, A.; COIMBRA, C.; MENDONÇA FILHO, M. Estado democrático de direito e políticas públicas: estatal é necessariamente público? **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 7–12, 2006.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018.

MUHR, T. **ATLAS.ti. Versão 1.0.36 (129)**. Berlin: Scientific Software, 2013.

NORDI, A. B. DE A.; ACIOLE, G. G. Apoio matricial: uma experiência ea residência multiprofissional em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 15, n. 2, p. 485–500, 2017.

NUNES, E. F. P. A. et al. Trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno porte no Paraná, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 58, p. 573–584, 2016.

NUNES, J. M. S.; GUIMARÃES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1213–1232, 2016.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. F. P. A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 2, p. 393–400, 2014a.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. F. P. A. Análise das práticas gerenciais na Atenção Primária à Saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil.

Ciênc. saúde coletiva, v. 19, n. 11, p. 4439–4448, 2014b.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 573–583, 2005.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. A gestão espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. DE S. (Org.). **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 122–149.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. **Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces**. São Paulo: Hucitec, 2012.

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**, v. 22, n. 5, p. 1053–1062, 2006.

SILVA, T. C. R. DA; CAMPOS, M. M. Gestão de Saúde Mental em Município de Pequeno Porte no Estado do Rio de Janeiro. **Vértices**, v. 17, n. 315, p. 35–64, 2015.

SILVA, M. D. O cuidado na saúde pública: potencialidades de uma clínica em movimento. **ECOS**, v. 6, n. 1, p. 64–76, 2016.

SULTI, A. D. C. et al. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 172–182, 2015.

TEIXEIRA, C. F. **O SUS e a vigilância em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ EPSJV/PROFORMAR, 2004.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 25–59, 2002.

TOREZAN, Z. C. F.; AGUIAR, F. O Sujeito da Psicanálise: Particularidades na Contemporaneidade. **Rev. Mal-Estar Subj.**, v. 11, n. 2, p. 525–554, 2011.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

6 ARTIGO 2:

A atuação na gestão de serviços de saúde mental a partir de modelos de gestão clássica e colegiada: especificidades e desafios²

O estudo investiga as especificidades e os desafios do trabalho na gestão de serviços de saúde mental, a partir de modelos de gestão clássica e colegiada. A metodologia utilizada foi a análise temática, sendo realizadas seis entrevistas com gestoras em quatro municípios do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Nos dois modelos de gestão, há a imprescindibilidade do compartilhamento das decisões. Na gestão clássica, a coordenação é vista como tendo um papel diferente dos outros membros da equipe, com a necessidade de atuação no todo do serviço. A prerrogativa de indissociabilidade entre gestão e atenção à saúde é encontrada no modelo de gestão colegiada e na gestão clássica onde a coordenação assume as duas funções, de gestora e de técnica. Por fim, os resultados assinalam os desafios e entraves para a atuação na gestão, presentes em ambos os modelos.

Palavras-chave: Saúde mental. Gestão em saúde. Gestor de saúde. Gestão colegiada. Serviços de saúde mental.

The performance in the management of mental health services from classic and collegiate management models: specificities and challenge

The study investigates the specificities and challenges of work in the management of mental health services, from classic management models and collegiate. The methodology used was the thematic analysis, and six interviews were conducted with managers in four municipalities in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. In both management models, the sharing of decisions is essential. In the classic management, the coordination is seen as having a different role from the other members of the team, with the need of acting in the whole of the service. The prerogative of indissociability between management and health care is found in the model of collegiate management and classical management where coordination assumes the two functions, manager and technical. Finally, the results point out the challenges and obstacles to performance in management, present in both models.

² Artigo formatado nas normas da revista para a qual foi submetido.

Key words: Mental health. Health management. Health manager. Collegiate management. Mental health services.

La actuación en la gestión de servicios de salud mental a partir de modelos de gestión clásica y colegiada: especificidades y desafíos

El estudio investiga las especificidades y los desafíos del trabajo en la gestión de servicios de salud mental, a partir de modelos de gestión clásica y colegiada. La metodología utilizada fue el análisis temático, siendo realizadas seis entrevistas con gestoras en cuatro municipios del estado de Rio Grande do Sul, Brasil. En los dos modelos de gestión, hay la imprescindibilidad del compartir las decisiones. En la gestión clásica, la coordinación es vista como teniendo un papel diferente de los otros miembros del equipo, con la necesidad de actuación en el todo del servicio. La prerrogativa de indisociación entre gestión y atención a la salud se encuentra en el modelo de gestión colegiada y en la gestión clásica donde la coordinación asume las dos funciones, de gestora y de técnica. Por último, los resultados señalan los desafíos y trabas para la actuación en la gestión, presentes en ambos modelos.

Palabras clave: Salud mental. Gestión en salud. Gestor de salud. Gestión colegiada. Servicios de salud mental.

Introdução

Os aportes teóricos e técnicos que embasam a atuação na gestão de serviços de saúde, por vezes, advêm da perspectiva das teorias administrativas^{1,2}. Há, contudo, a necessidade de investigações sobre outros arcabouços teóricos e técnicos que conceituem e problematizem a gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) e que possam superar a lógica restrita da área da Administração de Empresas. Nesse sentido, têm sido desenvolvidos estudos e análises que apontam para a democratização e a descentralização da gestão em saúde, através de gestões colegiadas, que convivem no SUS com gestões clássicas^{3,4}. Nesta pesquisa, o modelo de gestão clássica é entendido como aquele em que as funções de coordenação são delegadas exclusivamente a uma pessoa⁵. A gestão colegiada baseia-se no conceito de cogestão e preconiza a coletivização das decisões, por meio dos colegiados gestores^{5,6}.

A gestão sob a perspectiva do SUS implica a capacidade de lidar com conflitos, ofertar métodos (modos de fazer), diretrizes e quadros de referência para a análise e a ação das equipes nas organizações de saúde. Objetiva, além disso, a articulação e interação entre os recursos e o trabalho humano, para a obtenção de fins. Ademais, a gestão tem como objeto a mediação dos conflitos derivados das finalidades da organização e dos interesses e desejos dos trabalhadores, por não haver previamente coincidência entre eles^{7,3,8}. Além disso, são priorizados processos de gestão participativa e cogestão, por meio da construção de espaços coletivos para a análise das informações e a tomada das decisões⁹. Tal proposição constitui-se como uma diretriz ético-política democratização das relações no campo da saúde⁷.

São diversas as transformações ocorridas nas últimas décadas no modo de produção capitalista, através da globalização da economia e das tendências de mercado. Simultaneamente, vêm ocorrendo movimentos de reforma do setor da saúde e da saúde mental, a partir das reformas sanitária e psiquiátrica. Tais mudanças representam grandes desafios para o trabalho em saúde mental, os quais perpassam a reestruturação dos serviços, a qualidade da assistência prestada, as relações de trabalho e a adoção de novos saberes, tecnologias e metodologias de trabalho¹⁰.

Entre os serviços substitutivos criados para a alteração do modelo hospitalocêntrico e efetiva implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹¹. A chamada 'rede de atenção' envolve uma noção de território, que compreende as relações humanas e integra a atenção em saúde mental¹². Porém, não há especificação na política de saúde mental acerca do papel da gestão dos CAPS ou dos NASF^{13,14}.

A partir das proposições do SUS e da Reforma Psiquiátrica, postula-se os gestores como atores fundamentais para o processo de mudança nas lógicas de cuidado, bem como na forma como são organizadas e planejadas as ações nos serviços de saúde mental^{15,16,17}. Nesse sentido, percebe-se a importância de investigações acerca da prática na gestão, pois ela é pouco pesquisada empiricamente. Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo investigar as especificidades e os desafios do trabalho na gestão de serviços de saúde mental, no contexto do SUS, a partir de modelos de gestão clássica e colegiada.

Método

Optou-se por um método qualitativo de caráter exploratório, tendo em vista os objetivos deste estudo. Segundo Bosi e Mercado¹⁸, há implicações sociais, políticas, ideológicas e éticas para qualquer que seja a postura adotada pelos que aderem à pesquisa qualitativa. Nos estudos do setor de saúde, tais implicações possuem dois principais desdobramentos: o reconhecimento do ponto de vista dos outros e o interesse nas experiências e nos processos de significação¹⁸.

O cenário do estudo foi Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, além de três municípios da sua região metropolitana. Os participantes foram escolhidos a partir de uma rede de conveniência, bem como pela técnica 'bola de neve'¹⁹, na qual um participante indica outros e assim por diante. O critério para a inclusão dos participantes foi: ter um período mínimo de seis meses de prática na gestão de serviços de saúde mental, no campo da saúde coletiva, mais especificamente nos NASF e CAPS. O critério de saturação teórica determinou o número de sujeitos da pesquisa²⁰.

Foram entrevistadas seis gestoras de serviços de saúde mental, entre os meses de abril a junho de 2018. Como instrumentos de coleta de dados, utilizaram-se: 1) Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos, com propósito de caracterizar os entrevistados; e 2) Entrevista semiestruturada, que, a partir de um roteiro previamente elaborado, possibilitou aos participantes do estudo exporem suas considerações sobre o tema sugerido²¹.

Após a gravação e transcrição das entrevistas, essas foram analisadas por meio da Análise Temática, proposta por Braun e Clarke²², com o auxílio do software ATLAS Ti, Versão 7.5.7²³. Primeiramente, buscou-se a familiarização com os dados, por meio da leitura flutuante de cada uma das entrevistas; após, realizou-se nova leitura do material, estabelecendo-se a geração de códigos iniciais; em seguida, esses foram agrupados em subtemas; e, por fim, em temas centrais²². Os dados foram analisados, sobretudo, a partir da inter-relação entre dois campos de saber e prática: Saúde Coletiva e Saúde Mental.

O estudo foi norteado pelos princípios éticos abrangidos na Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde²⁴. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número 2.561.827/2018. Com objetivo de assegurar o anonimato dos participantes da pesquisa, suas falas foram identificadas pela letra E,

seguida por um algarismo de acordo com a ordem das entrevistas (E1, E2 ...).

Resultados e discussão

Os perfis das gestoras de serviços de saúde mental entrevistadas são mostrados na Tabela 1. Todas as participantes são do sexo feminino. Verifica-se que há diferentes arranjos na forma como são organizados os processos de gestão nos dois modelos, colegiado e clássico. Isto é, das quatro entrevistadas que trabalham a partir de um modelo de gestão clássica, duas acumulam os cargos de gestora e de técnica do serviço. Das duas entrevistadas que atuam em um modelo de gestão colegiada, uma divide as atribuições do cargo de gestão com todos os membros da equipe, e a outra compõe um colegiado juntamente com outros dois trabalhadores do serviço.

Tabela 1. Perfil das Gestoras de CAPS e NASF entrevistadas

Características das entrevistadas	Entrevistadas					
	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Idade (em anos)	28	40	30	56	35	42
Escolaridade						
Superior Completo.....	X	X	X	X	X	X
Pós-graduação em Saúde Coletiva.....	X	X	X		X	X
Tempo de atuação (em anos)						
Na Saúde Mental.....	4	5	5	23	10	14
Na Gestão da Saúde Mental.....	3,5	3	3	8	4	1
Vínculo de Trabalho						
Celetista.....	X	X	X			
Estatutário.....				X	X	X
Modelo de gestão						
Clássica.....	X	X	X	X		
Colegiada.....					X	X
Acúmulo do cargo de gestor(a) e técnico*			X	X		
Composição do Colégio Gestor **						
Parte da equipe.....						X
Toda equipe.....					X	

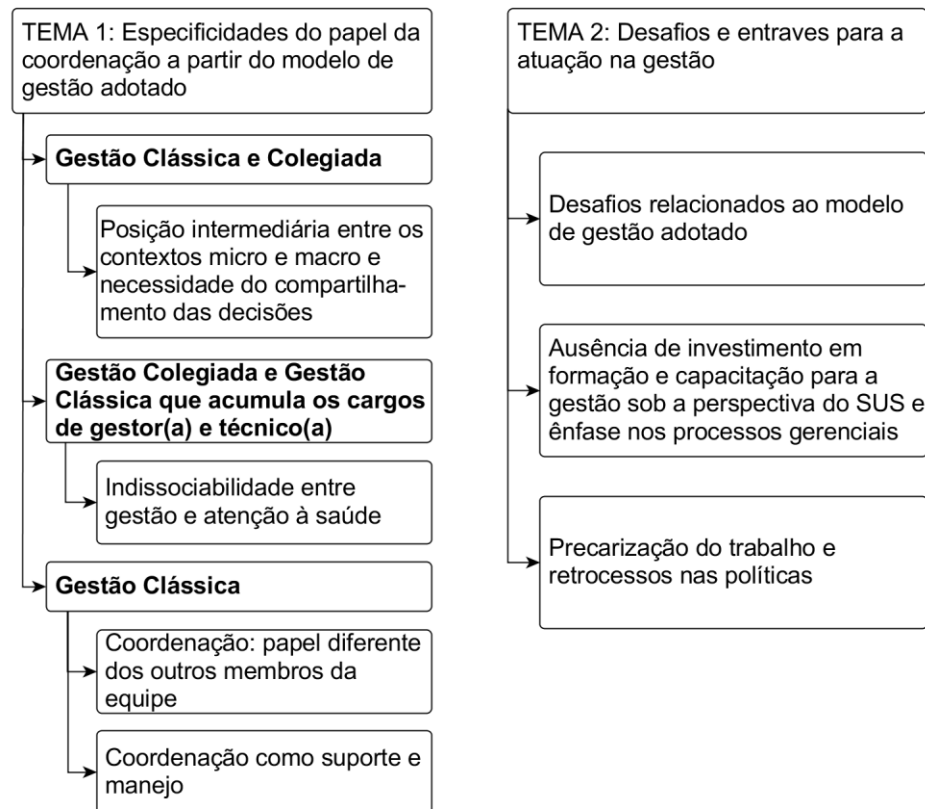
* Questão específica para o modelo de gestão clássica. ** Questão específica para o modelo de gestão colegiada.

Fonte: Autoria própria.

A síntese do processo de codificação das entrevistas foi organizada em sete subtemas, os quais foram agrupados em dois temas centrais: Especificidades do papel da coordenação a partir do modelo de gestão adotado e Desafios e entraves para a atuação na gestão. Quanto ao primeiro tema, constata-se, a partir das entrevistas realizadas, que há especificidades que são comuns aos diferentes

modelos de gestão em que estão inseridas as gestoras, clássica ou colegiada. Por outro lado, algumas especificidades do gestionar são perpassadas por cada modelo de gestão e pela acumulação ou não do cargo de gestora e de técnica, na gestão clássica. Para a apresentação didática desses achados, foi elaborada a Figura 1.

Figura 1. Mapa temático dos temas e subtemas, a partir dos diferentes arranjos de gestão



Fonte: Autoria própria.

Especificidades do papel da coordenação a partir do modelo de gestão adotado [subtítulo]

Coordenação do serviço: posição intermediária entre os contextos micro e macro e necessidade do compartilhamento das decisões [sub-subtítulo]

Neste estudo, independentemente do modelo de gestão adotado, as entrevistadas apontam que a gestão assume uma posição intermediária entre os atores que compõem o serviço, sejam trabalhadores ou usuários, e os atores externos, sobretudo aqueles que ocupam uma função de maior poder decisório. É delegada à coordenação a interlocução com a gestão de outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial e da rede intersetorial ou com a gestão de saúde mental ou de saúde. A coordenação constitui-se como uma ponte entre as necessidades e os

posicionamentos dos agentes do local em que atuam e os demais serviços da rede e espaços de gestão.

E uma das coisas que eu sempre falo para eles: eu sou o braço de vocês com a gestão Municipal, com a gestão de Saúde Mental, com a nossa coordenadora. Então eu sinto que eu também sou a pessoa que faz esse movimento, que leva a informação e que traz a informação [...]. (E1, Gestão Clássica)

Claro que a gente quando está fora e representando está correndo esse risco de algum momento dizer algo que talvez todo grupo não assinasse imediatamente, mas o grupo escolheu essas pessoas, nós fomos, de alguma forma, escolhidas pela equipe. (E6, Gestão Colegiada)

Castanheira²⁵ discorre sobre a posição intermediária que os gestores de serviços de saúde tendem a ocupar. Segundo a autora, a gestão se coloca, ao mesmo tempo, próxima das instâncias de decisão responsáveis pela implementação das políticas públicas e do processo de produção e dos usuários, por meio da prestação direta de serviços. Essa posição intermediária possibilita aos gestores dos serviços um lugar privilegiado quanto à definição das formas como se materializam as políticas no dia a dia dos equipamentos.

Constata-se, também, que, independentemente do modelo de gestão adotado, as gestoras consideram imprescindível o compartilhamento das decisões, tanto em nível micro, com os demais trabalhadores da equipe, quanto em nível macro, através de trocas com outras coordenações, com a gestão de saúde mental e de saúde ou por meio do apoio institucional. Esses espaços de deliberação coletivos, conforme as entrevistadas, qualificam e dão suporte ao gestor, contribuindo para o alinhamento e a sustentação das decisões.

Então a gente conseguindo manter essa comunicação sempre junta, firme [...] na reunião geral de equipe [...] porque é um momento para a gente se alinhar [...] a partir do que a equipe queira. (E6, Gestão Colegiada)

[...] e muito que a gente tenta se ajudar umas às outras, as coordenações assim, e sempre recorrendo para coordenação geral, para dar um apoio [...]. (E3, Gestão Clássica, Gestora e Técnica)

As mudanças trazidas pela reforma psiquiátrica, de produção de novos modelos de atenção à saúde mental, tencionam para novas formas de gestão dos serviços substitutivos. Contudo, são diversas as dificuldades enfrentadas para a

organização e o planejamento das ações e gestão dos processos de trabalho nesses espaços. A gestão dos serviços de saúde mental caracteriza-se pela dificuldade de definição do processo de trabalho a ser desenvolvido, a partir de seu caráter subjetivo. Também é complexa a formulação de indicadores de saúde mental, dado o caráter crônico das patologias, ao mesmo tempo em que as ações produzem resultados que se expressam na melhora da qualidade de vida, na redução das internações e na melhora do convívio familiar, entre outros²⁶.

Diante disso, a gestão desses serviços necessita de contínuo apoio às decisões a serem tomadas. Uma das formas de se estabelecer espaços de suporte e qualificação à gestão é através da supervisão externa. Assim, um dos assinalamentos das gestoras é quanto à necessidade do apoio institucional.

A gente tem pedido... é que tem isso que tem a assessora da gestão, que por muito tempo foi chamada de apoiadora institucional... e a gente cobrava esse lugar de apoiador institucional até que elas se deram conta de que não era possível fazer do lugar que elas estão, que é assessora de gestão. [...] Mas... enquanto equipe, a gente pede essa supervisão [...]. (E5, Gestão Colegiada)

Diversos estudos apontam para a efetividade do apoio institucional como estratégia de fortalecimento e mobilização de gestores e trabalhadores e sua contribuição como analisador e transformador das práticas^{27,28}. O apoio institucional, desenvolvido por Campos²⁹, caracteriza-se como uma proposta de complementação às funções gerenciais de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe. Pressupõe que “as funções de gestão se exercem entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder”²⁹ (p. 85) e busca articular os interesses e saberes dos trabalhadores e usuários aos objetivos institucionais.

Embora a ênfase na democratização das decisões seja prerrogativa do modelo de gestão colegiada, tendo em vista as proposições do SUS, verifica-se, a partir das colocações das gestoras, a necessidade do seu compartilhamento nos dois modelos. Os espaços coletivos de deliberação, seja através de reuniões, do colegiado gestor ou do apoio institucional, contribuem para a eficácia do planejamento e da implementação das ações nos serviços.

Indissociabilidade entre gestão e atenção à saúde [sub-subtítulo]

Sob uma perspectiva que enfatiza as relações e as construções conjuntas entre

os diferentes sujeitos, compreende-se que usuários, trabalhadores e gestores, a partir dos seus distintos saberes, contribuem para a gestão da clínica e dos processos de trabalho nos serviços de saúde mental. A indissociabilidade entre gestão e atenção à saúde é uma diretriz preconizada pelo Ministério da Saúde⁷, o qual considera que as ações de cuidado, planejamento e gerenciamento devem ser integradas, como forma de ampliar, qualificar e democratizar tais processos.

[...] é de uma forma micro, mas também de uma forma macro, de olhar para aquele trabalho, isso permeia muito com a questão da técnica, a questão assistencial da atenção com o usuário também, é difícil separar. (E3, Gestão Clássica, Gestora e Técnica)

Eu acho que tu não tem como estar no serviço sem estar na gestão dele, por mais que tenha o nome de coordenação [...] não consigo separar muito isso, sabe, para mim está tudo junto [...]. (E5, Gestão Colegiada)

Neste estudo, as entrevistadas que atuam no modelo de gestão colegiada, bem como as que acumulam os cargos de coordenação e de técnica do serviço observam a gestão e a atenção como processos indissociáveis, assim como orienta o SUS. Sugere-se que tal característica possa advir do fato de essas gestoras transitarem continuamente entre a gestão e a atenção, sendo esses processos partes de um todo, que é o conjunto das práticas para a condução do serviço.

Coordenação: papel diferente dos outros membros da equipe [sub-subtítulo]

De acordo com Onocko-Campos³⁰, a gestão tem papel diferenciado dentro da equipe, ou seja, é um membro do grupo; contudo, não é mais um ou qualquer um. Neste estudo, as entrevistadas que atuam no modelo de gestão clássica apontam para a particularidade de algumas funções que estão atreladas ao gestionar. Tal achado corrobora a proposição de Campos³ quanto às múltiplas dimensões do papel dos gestores, quais sejam, a gestão de modelos de atenção, a administração de pessoal, a administração financeira e a representação política.

Conforme as entrevistadas, o papel distinto assumido pela gestão advém, sobretudo, da necessidade do olhar e da intervenção para o todo do serviço. Enquanto os demais trabalhadores se ocupam de suas atividades específicas, relacionadas às demandas com os usuários e familiares, cabe à gestão a gerência dos processos de trabalho e das tarefas administrativas e burocracias relacionadas aos trabalhadores e à instituição.

[...] o pessoal se preocupa com o seu trabalho, eu me preocupo com o trabalho de todos... uma coisa maior assim, que eu acho que é isso que tem que ter um gestor de serviço, tu tem que saber olhar para todos. (E4, Gestão Clássica, Gestora e Técnica)

Exigem-se da gestão, assim como indicado pelas entrevistadas, a atenção e o respaldo aos variados atores que integram o serviço. Assume-se, a partir deste lugar, um trânsito mais fluido, que produz o alinhavo, a costura, entre as demandas e os interesses dos trabalhadores e usuários e as necessidades da instituição. Uma pesquisa desenvolvida por Silva e Campos³¹ assinala as várias tarefas da gestão de um CAPS, relacionadas a funções administrativas, gestão de pessoal, organização do serviço, articulação da política de saúde mental dentro do CAPS de modo interdisciplinar, necessidade de conhecimentos de gestão, da legislação em saúde mental e do movimento da reforma psiquiátrica, entre outros. Mayorga et al³² destacam o grau de responsabilidade do gestor do CAPS, exigindo atividades administrativas, de representação e de relação com a equipe de trabalho.

Coordenação como suporte e manejo [sub-subtítulo]

A partir das contribuições do campo de saber da psicanálise, quanto à compreensão do papel das instituições no psiquismo e na intersubjetividade, postulam-se algumas características e o lugar que ocupa a gestão nesses contextos. A gestão como suporte pressupõe a capacidade do(a) gestor(a) de cuidar e proteger a grupalidade organizacional incipiente, através da criação de uma regularidade, de um ambiente propiciador, estabelecendo horários e frequências, criando, dessa forma, um efeito setting³⁰. O manejo diz respeito à capacidade da gestão de indicar caminhos, de saber o que fazer, de ter algo a ofertar, entre outros, tais como conceitos relacionados à clínica, formas de operar o coletivo, modos de organizar a participação no serviço, etc⁸.

[...] eu sempre procuro discutir muito, assim, com a equipe, e isso vai de processos de trabalho a questões mais específicas administrativas, talvez, tipo, 'bom, tu tem que cuidar do teu ponto, tu tem que te haver com os teus horários'. (E3, Gestão Clássica, Gestora e Técnica)

Observa-se, a partir das falas das entrevistadas, neste caso especificamente aquelas que atuam no modelo de gestão clássica, que o manejo e o suporte exercidos pela gestão se estabelecem de diferentes formas. Uma delas é a propiciação de

espaços de fala à equipe relacionados à gestão dos processos de trabalho, através da discussão de casos e da organização dos fluxos internos. Outra forma de apoio à equipe se dá mediante as intervenções que problematizam as relações interpessoais, discutindo as diferenças e fortalecendo o que é comum. Um último aspecto refere-se ao manejo das questões individuais, como conduta, carga horária, desempenho, entre outros.

Desafios e entraves para a atuação na gestão [subtítulo]

Desafios relacionados ao modelo de gestão adotado [sub-subtítulo]

O saber intelectual tem na sociedade contemporânea, a partir dos regimes de verdade próprios do seu contexto socioeconômico e cultural, uma posição hegemônica. Tal hegemonia está atrelada ao fato de que saber e poder são indutores e efeitos um do outro. Ou seja, é através do saber hegemônico que se exercem o controle e a dominação sobre o outro³³. Além disso, seja nos órgãos públicos, seja nos privados, a lógica capitalista opera uma modulação universal, de controle contínuo e ilimitado, produzindo rivalização e competitividade entre os sujeitos³⁴.

Essas relações de saber/poder, determinadas pela hierarquização dos saberes e dos cargos, existentes na sociedade atual, também estão presentes nos espaços da micropolítica dos serviços substitutivos de saúde mental. Elas impactam nas formas como se estabelecem os modos de gestionar tanto na gestão clássica como na colegiada. Na gestão clássica, o saber/poder hegemônico se manifesta por meio da concentração da capacidade decisória na gestão, tendo o restante da equipe pouca autonomia e iniciativa.

Sempre falo que o usuário é a coisa mais fácil que a gente lida, que a equipe acho a coisa mais difícil que a gente lida. [...] eu lido com a equipe do CAPS que é assim, às vezes eu digo: gente, eu não sou mãe aqui, eu sou coordenadora de saúde mental, da equipe. Então eu tenho que está o tempo todo em alerta, isso é cansativo, porque se eu perco alguma coisa parece que eu estou sendo negligente, é uma cobrança muito grande. (E1, Gestão Clássica)

O saber/poder hegemônico se verifica no modelo de gestão colegiada mediante a imposição de que todos, a partir das pactuações do grupo, que se impõem, muitas vezes, de maneira arbitrária, se envolvam na organização do serviço e nas decisões. Ao mesmo tempo e de forma antagônica, essas se centralizam apenas em algumas pessoas, as quais, através das relações de saber/poder estabelecidas, de

sobreposição do saber intelectual sobre os demais, são consideradas pelo grupo como mais capazes de opinar e de decidir.

A gente tem que ter cuidado para não fixar algumas pessoas para as decisões, porque, por mais que seja no colegiado, pode fixar, e acho que às vezes fica fixado. [...] acho que isso é um entrave, às vezes acho que o pessoal também do nível, porque tem nível superior e nível, elas brincam, nível inferior (risos). Nível superior e nível médio [...]. Acho que às vezes algumas pessoas do nível médio não se colocam muito [...]. (E5, Gestão Colegiada)

Neste último excerto de fala, verifica-se que a entrevistada não parece perceber as relações de saber/poder existentes na sua equipe e remete aos sujeitos que não se expressam as dificuldades que impossibilitam a democratização das decisões. Estudos mostram as relações de poder existentes no trabalho em saúde, bem como os problemas e desafios concernentes à hierarquização das relações e a centralização da decisão na gestão ou em grupos específicos, tanto no modelo de gestão clássica, quanto colegiada^{35,16}.

Ausência de investimento em formação e capacitação para a gestão sob a perspectiva do SUS [sub-subtítulo]

Todas as entrevistadas deste estudo referiram que não há investimento da gestão municipal em formação e capacitação para o cargo de gestão dos serviços de saúde mental, sob perspectiva do SUS. A gestão apregoada pelo Ministério da Saúde⁷ é fundamentada no compartilhamento do saber/poder pelo conjunto dos atores que participam do processo de trabalho, com ênfase nos processos de gestão participativa e cogestão.

Não tem. De capacitação, é isso. Fica um pouco por conta. [...] não tem investimento, assim, uma ajuda financeira ou um interesse, também, de que isso possa estar acontecendo. (E2, Gestão Clássica)

A gente estudou o colegiado gestor, essas coisas assim, mas por minha conta, assim. Acho que não teve... aqui nesse município não... a gente não teve nenhuma capacitação (E5, Gestão Colegiada).

Por outro lado, é destacado pelas gestoras que, quando é proposto algum tipo de qualificação na área da gestão, o enfoque é nos processos gerenciais. Para Campos³, as organizações modernas, sejam elas públicas ou privadas, em sua maioria, têm como eixos centrais dos métodos de gestão a disciplina e o controle,

preconizados pelo taylorismo no início do século XX, através da chamada racionalidade gerencial hegemônica. Conforme o autor, desde o seu nascimento, esta tem como questão central a ampliação dos modos de dominação e alienação dos trabalhadores, sendo que o que tem se modificado são as formas de investimento nos aspectos subjetivos dos trabalhadores, mas sempre com a ênfase no melhor interesse da direção geral e para o aumento da produtividade.

[...] o que eu fico um pouco, como eu posso te dizer, incomodada, não sei se é essa palavra exatamente, é que têm coisas que trazem a coisa da gestão, o ensinamento da gestão, enfim, muito por uma perspectiva meramente administrativa, ou o enfoque assim de RH, de gestão de pessoas [...]. (E3, Gestão Clássica, Gestora e Técnica)

Esses achados corroboram outros estudos que ressaltam o baixo investimento em processos de capacitação, qualificação e institucionalização do papel da gestão dos serviços de saúde^{15,17}. Da mesma forma, estudos ressaltam a presença de processos de gestão em saúde apoiados na racionalidade gerencial hegemônica^{1,2}.

Precarização do trabalho e retrocessos nas políticas [sub-subtítulo]

Atualmente, o Brasil vem adotando severas políticas de austeridade que atingem as políticas sociais como um todo. Na Saúde Mental, mais especificamente em 2017, foi aprovada a Resolução nº 32³⁶ que rompe com a lógica da Reforma Psiquiátrica, ao inverter a ênfase dos investimentos, sendo esses redirecionados ao modelo hospitalocêntrico e biomédico³⁷.

O modelo de atenção psicossocial até então vigente no país, apoiado na hegemonia reformista, vinha se consolidando, através da implementação, expansão e consolidação da rede de serviços substitutivos de saúde mental e da inversão de financiamento para esses equipamentos^{38,39}. Desde 2001, com a promulgação da lei nacional de saúde mental, houve o crescimento real dos recursos federais destinados à saúde mental, sendo que, a partir de 2006, passou a haver a inversão no direcionamento dos investimentos para os serviços de base comunitária⁴⁰. Por outro lado, é assinalado o subfinanciamento da saúde mental, dentro de um sistema também subfinanciado^{39,40}. Nos últimos anos, somente cerca de 2,5% do orçamento federal da saúde foi investido na Política de saúde mental⁴⁰, ao passo que a Organização Mundial da Saúde orienta que esse investimento seja em torno de 5% devido à sua prevalência e ao impacto social³⁹.

As entrevistadas discorrem sobre os impactos no dia a dia dos serviços, da precarização do trabalho e dos retrocessos nas políticas e sua intensificação nos últimos anos. As consequências de tais processos atingem a todos os atores que compõem os serviços substitutivos de mental, gestores, trabalhadores(as) e usuários. São indicados pelas gestoras como processos de precarização do trabalho e retrocessos nas políticas a inversão da lógica de cuidado, trazida pela Resolução nº 32, o não repasse de verba estadual e federal e a ameaça aos direitos dos trabalhadores, inclusive quanto ao pagamento dos salários, que acarretam variados prejuízos aos processos de trabalho, muitas vezes irreversíveis.

[...] Acho que a gente já avançou muito, enfim, mas eu senti esse último ano muitos retrocessos, até coisas assim de hospitais psiquiátricos voltarem a ser referência, eu acho isso extremamente complicado. (E1, Gestão Clássica)

[...] a gente está enfrentando todo tipo de problema, desde um adoecimento da equipe, em função dessas ameaças [...]. Ele (gestor municipal) conseguiu minar assim, totalmente, deixar todo mundo inseguro frente ao que vem por aí, é pagamento, é tudo [...]. (E4, Gestão Clássica, Gestora e Técnica)

Diante desse contexto, algumas entrevistadas destacam a importância de distintos recursos, que as auxiliem, enquanto gestoras, a lidar com os tensionamentos provocados pelos intensos retrocessos que avançam sobre as políticas sociais como um todo e, mais especificamente, à saúde mental.

Então não sei, ficou... nós ficamos muito distantes, muito distantes. A gente está aqui, tu vê, próximo, mas distantes no pensar. Estamos distantes porque nós somos chamados para ouvir coisas, não para falar, não para compor, não para pensar, só para escutar, e muitas vezes barbaridades, e muitas vezes tu tem que ficar calado assim porque estrategicamente é melhor que tu fique calado, senão... a coisa pode piorar ainda mais. (E4, Gestão Clássica, Gestora e Técnica)

Então dentro do serviço público é imediato e o trabalhador tem que estar atento para poder estar fazendo a sua leitura se entende que aquilo é algo que está funcionando assim, que a gestão acima propõe por uma via, está sendo efetivo, interessante, cuidadoso e daí brigar para manter e aplicar e, quando não, de fazer resistência para que então se formalize de uma outra forma e que se precisar resgatar coisas que já foram, tentar resgatar, mas que só no coletivo que isso se dá, não é uma andorinha só. (E6, Gestão Colegiada)

Por um lado, são referidos movimentos de recuo aos embates, inclusive pela conjuntura de exceção presente atualmente no país. Por outro, são trazidas

estratégias de articulação e oposição pela via do coletivo, com potencial, a partir da conjugação do singular e do comum, de, efetivamente, promoverem mudanças e novas formas de expressão e de vida⁴¹.

Considerações finais

Os achados deste estudo ressaltam a importância do papel desempenhado pela gestão e a necessidade, diante da sua complexidade, do compartilhamento das decisões, tanto no modelo de gestão clássica como na gestão colegiada. Tal descoberta vai ao encontro das proposições do SUS de democratização da gestão, por meio da criação de espaços de discussão coletivos, dialógicos e que contemplem a diversidade dos atores que compõem o processo de gestionar, de maneira formal ou informal.

Por outro lado, os discursos e as teorizações que enfatizam um gestionar calcado na coletivização das decisões se mostram insuficientes para instituir novas lógicas de gestão, anti-hegemônicas. Vive-se atualmente no Brasil, a intensificação de lógicas conservadoras, apoiadas na verticalização e hierarquização das relações e dos processos gestionários.

Diante desse cenário, indica-se a necessidade de constante avaliação, nos espaços micropolíticos, das diversas capturas dos modelos econômico e social hegemônicos, que atravessam as microrrelações, determinando lógicas de dominação, mesmo em produções que buscam romper com esses processos. Parece haver a exigência, sobretudo, da sobreposição de um conjunto de ferramentas, como a criação e manutenção de espaços de troca entre todos os trabalhadores da equipe e a construção de processos contínuos de aprendizagem, por meio da educação permanente em saúde e do apoio institucional. Além disso, mostra-se imprescindível a constituição e manutenção de espaços de gestão participativa com usuários e familiares e o fortalecimento do controle social.

Quanto às diferenças encontradas entre os dois modelos de gestão, identifica-se que na gestão clássica a coordenação assume diversas responsabilidades de forma exclusiva. Entende-se, assim como Campos⁵, que a criação de espaços de gestão colegiada não elimina as atribuições da coordenação. O que se propõe é que parte das suas funções tradicionais, isto é, gerência, planejamento e controle, sejam atribuídas a um órgão colegiado, sendo um dos papéis da coordenação, fazer cumprir

as deliberações desse coletivo. Ou seja, discute-se tudo em reunião, mas cabe à coordenação zelar pela implementação das decisões, funcionando essas como um comando imperativo para evitar a paralisia da instituição³.

Sugerem-se novos estudos que investiguem as características, aproximações e diferenças entre os modelos de gestão clássica e colegiada no contexto do SUS, bem como os seus desdobramentos nas práticas de cuidado e na interação com a equipe e com a rede externa. Da mesma forma, propõem-se investigações que contemplem os demais trabalhadores, usuários e familiares, compreendendo-se que esses atores, assim como os gestores, constituem-se como agentes cogestores no fazer cotidiano dos serviços de saúde mental.

Referências

1. Pereira Júnior N, Campos GWS. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(1): 895–908.
2. Gomes FN, Lima RCD, Galavote HS, Andrade MAC. O agir cotidiano dos gestores da Estratégia Saúde da Família: possibilidades e desafios. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2016; 18(1): 36–44.
3. Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. 5a. São Paulo: Hucitec; 2015.
4. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Cien Saude Colet*. 1999; 4(2): 305–14.
5. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14(4): 863–70.
6. Cecilio LCO. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(3): 557–66.
7. Ministério da Saúde (BR). Gestão participativa e cogestão [Internet]. Brasília: Ministério da saúde; 2009 [acesso em 12 Set 2018]; 56. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf

8. Onocko-Campos RT. *Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces*. São Paulo: Hucitec; 2012.

9. Passos E, Benevides R. *Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde*. 2a. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.

10. Guimarães JMX, Jorge MSB, Assis MMA. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(4): 2145–54.

11. Ministério da Saúde (BR). 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 (SUS). *Diário Oficial da União*, 21 Mai 2013.

12. Silva TCR, Campos MM. Gestão de Saúde Mental em Município de Pequeno Porte no Estado do Rio de Janeiro. *Vértices*. 2015; 17(315): 35–64.

13. Ministério da Saúde (BR). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial* [Internet]. Brasília: Ministério da saúde, 2004 [acesso em 27 Jul 2017]; 86. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

14. Ministério da Saúde (BR). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 27 Jul 2017]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf

15. Ohira RHF, Cordoni Junior L, Nunes EFPA. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2014; 19(2): 393–400.

16. Sulti ADC, Lima RCD, Freitas PSS, Felsky CN, Galavote HS. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2015; 39(104): 172–82.

17. Nunes EFPA, Carvalho BG, Nicoletto SCS, Cordoni Junior L. Trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno porte no Paraná, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(58): 573–84.

18. Bosi MLM, Mercado FJ. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.

19. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.

20. Flick U. Introdução à Pesquisa Qualitativa. 3a. Porto Alegre: Artmed; 2009.

21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a. São Paulo: Hucitec; 2010.

22. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006; 3(2): 77–101.

23. Muhr T. ATLAS.ti. Versão 1.0.36 (129). Berlin: Scientific Software; 2013.

24. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, 24 Mai 2016.

25. Castanheira ERL. A gerência na prática programática. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. 2a. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 222–33.

26. Silva MT, Lancman S, Alonso CMC. Conseqüências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(1): 36–42.

27. Severo AKS, L'Abbate S, Onocko-Campos RT. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(50): 545–56.

28. Machado SS, Moreira LCH, Nascimento MÂA, Casotti E. Apoio Institucional na ótica de gestores, apoiadores e trabalhadores: uma aproximação da realidade a partir de diferentes lugares. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(66): 813–25.

29. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko-Campos RT, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo:

Hucitec; 1997. p. 229–66.

30. Onocko-Campos RT. A gestão espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos GWS, organizador. Saúde Paideia. 3a. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 122–49.

31. Silva TCR, Campos MM. Gestão de Saúde Mental em Município de Pequeno Porte no Estado do Rio de Janeiro. VÉRTICES. 2015; 17(3): 35–64.

32. Mayorga C, Diniz A, Monteiro DBL. Mapeamento dos CAPS em Minas Gerais. CliniCAPS. 2009; 3(9): 1-49.

33. Foucault M. Microfísica do poder. 3a. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1982.

34. Deleuze G. Conversações. São Paulo: Ed. 34; 1992.

35. Silva AM, Sá MC, Miranda L. Entre “feudos” e cogestão: paradoxos da autonomia em uma experiência de democratização da gestão no âmbito hospitalar. Ciênc saúde coletiva. 2015; 20(10): 3063–72.

36. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União, 22 Dez 2017.

37. Martins LM. ÀS IMAGENS, AS SOMBRAS DO PORVIR: 30 anos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rev Diorito. 2018; 2(1): 88–121.

38. Barros S, Salles M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(spe2): 1780–5.

39. Trapé TL, Onocko-Campos RT. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: Análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. Rev Saúde Pública. 2017; 51(19): 1–8.

40. Gonçalves RW, Vieira FS, Delgado PGG. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. Rev Saúde Pública. 2012; 46(1): 51–8.

41. Monteiro A, Coimbra C, Mendonça Filho M. Estado democrático de direito e

políticas públicas: estatal é necessariamente público? *Psicol Soc.* 2006; 18(2): 7–12.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação na gestão de serviços de saúde mental tem sido pouco investigada, assim como constatado nos dois artigos apresentados, apesar da complexidade e importância desse papel, na determinação de como são conduzidos os processos de trabalho nos serviços de saúde mental. A gestão influencia e impacta nos processos de avaliação, planejamento e organização das ações, bem como na lógica de cuidado estabelecida nos equipamentos.

A partir do primeiro artigo, foi possível observar as possibilidades de contribuições da psicanálise ao campo da gestão de serviços de saúde mental, por meio da compreensão dos processos inconscientes que permeiam os sujeitos e as relações e sua manifestação na cena institucional. Por outro lado, foi apontado o distanciamento da psicanálise com o contexto da saúde mental, quando não considera os processos sócio-histórico-culturais que constituem os sujeitos e a relação transferencial, que, nesse contexto, é atravessada e determinada, especialmente, pela instituição na qual esses estão inseridos.

O segundo artigo permitiu reflexões acerca dos diferentes modelos de gestão existentes nos serviços de saúde mental e as especificidades concernentes a cada modelo. De modo simultâneo, contribuiu para mostrar a importância do suporte ao gestor, pelos demais atores, tanto em nível micro quanto em macro, ressaltando a necessidade de democratização desse processo, haja vista a sua complexidade e dinamismo.

Em ambos os artigos são trazidos os desafios e os entraves ao gestor diante da ausência de investimentos voltados à qualificação da gestão. Também são assinalados as precarizações do trabalho e os retrocessos na política de saúde mental que têm se intensificado nos últimos anos, produzindo sofrimento e adoecimento dos profissionais e dificuldades, ainda maiores, para os usuários acessarem e darem continuidade ao tratamento na rede de serviços substitutivos.

Os resultados evidenciam a necessidade da conjugação de espaços coletivos, através dos movimentos sociais, acadêmicos, dos profissionais da saúde e das políticas sociais como um todo, que busquem discutir e mobilizar ações de resistência frente ao crescimento dos movimentos antirreforma psiquiátrica. Deve-se levar em conta que tais movimentos são parte de uma conjuntura maior, de intensificação de lógicas conservadoras que produzem processos de dominação, segregação e exclusão social.

8 REFERÊNCIAS

- Araújo, C. E. L., & Pontes, R. J. S. (2012). Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9), 2357–2365. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900016>
- Barros, M. E. B. de, & Pimentel, E. H. do C. (2012). Políticas públicas e a construção do comum: interrogando práticas PSI. *Polis e Psique*, 2(2), 3–22. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.35746>
- Barros, S., & Salles, M. (2011). Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 45(Esp. 2), 1780–1785. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800025>
- Bleger, J. (1991). O grupo como instituição e o grupo nas instituições. In *A instituição e as instituições* (pp. 59–71). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brasil. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS 96, Pub. L. No. Diário Oficial da União: 06/11/1996 (1997). Retrieved from http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html
- Brasil. (2001). *11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved from http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_11.pdf
- Brasil. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved from http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Brasil. (2009). *Gestão participativa e cogestão*. Retrieved from http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf
- Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, Pub. L. No. Diário Oficial da União (2011). Retrieved from http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brasil. Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016, Pub. L. No. Diário Oficial da União-Seção 1, nº 241 (2016). Retrieved from <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/2016/12/16>

- Brasil. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, Pub. L. No. Diário Oficial da União-Seção 1, nº 245 (2017). Retrieved from <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/173164140/dou-secao-1-22-12-2017-pg-239>
- Campos, G. W. de S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219–230. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
- Chauí, M. (1999). Introdução. In P. Lafargue (Org.), *O direito à preguiça*. São Paulo: Hucitec.
- Enriquez, E. (1991). O trabalho da morte nas instituições. In R. Kaës (Org.), *A instituição e as instituições* (pp. 73–101). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Freud, S. (1969). *Psicologia de Grupo e Análise do Ego (Vol. XVIII)*. Rio de Janeiro: Imago.
- Gaulejac, V. de. (2007). *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social (3ª)*. Aparecida, SP: Ideias & Letras.
- Höfling, E. de M. (2001). Estado e Políticas (Públicas) Sociais. *Cadernos Cedes*, XXI(55), 30–41. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32622001000300003>
- Kaës, R. (1991). Realidade Psíquica e Sofrimento nas Instituições. In *A Instituição e as Instituições* (pp. 19–58). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kaës, R. (1997). *O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- L'Abbate, S. (2003). A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 265–274. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100019>
- Marx, K. (2001). *Manuscritos economicos y filosoficos de 1844*. (J. R. Fajardo, Org.). Biblioteca Virtual “Espartaco.” Retrieved from <http://www.marxists.org/espanol/m-e/1840s/manuscritos/man1.htm#1-4>
- Melo, F. A. B., Goulart, B. F., & Tavares, D. M. dos S. (2011). Gerência em saúde: a percepção de coordenadores da estratégia saúde da família, em Uberaba-MG. *Cienc Cuid Saude*, 10(3), 498–505. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i3.13261>
- Mercadante, O. A. (Coord.). (2002). Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In J. Finkelman (Org.), *Caminhos da saúde pública no Brasil* (pp. 236–213). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Paim, J. S. (1992). La Salud Colectiva y los desafíos de la práctica. In OPAS/OMS (Org.), *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate* (pp. 151–167). Washington, D.C.:

OPAS. Publicação Científica, 540. Retrieved from <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6169>

Paim, J. S. (2006). *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA.

Passos, E., & Benevides, R. (2006). *Formação de Apoiaadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde* (2^a). Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Retrieved from http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/livro_complementar.pdf

Testa, M. (2007). Decidir en Salud: ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Por qué? *Salud Colectiva*, 3(3), 247–257. Retrieved from <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v3n3/v3n3a03.pdf>

Vieira-da-Silva, L. M., Paim, J. S., & Schraiber, L. B. (2014). O que é Saúde Coletiva? In J. S. Paim & N. de Almeida-Filho (Eds.), *Saúde Coletiva: teoria e prática* (pp. 3–12). Rio de Janeiro: MedBook.

9 ANEXOS

9.1 Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos

Data ___/___/2018.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Data de Nascimento: ___/___/___

Idade: _____ anos

Naturalidade/Nacionalidade: _____

PROFISSÃO: _____

FORMAÇÃO:

Há quantos anos está Graduado(a) e qual o ano de conclusão? _____

Tem Formação em Saúde Pública/Saúde Coletiva? Em que ano concluiu _____

Tem Formação, Especialização ou outra forma de qualificação em Psicanálise? Qual? Em que ano concluiu? _____

TEMPO DE ATUAÇÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DO SUS:

Há quantos anos atua na saúde mental? _____

Há quantos anos atua como gestor na saúde mental? _____

MODALIDADE DE SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DO SUS EM QUE ATUA COMO GESTOR:

CAPS () NASF ()

CARGA HORÁRIA NO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DO SUS: _____

TIPO DE VÍNCULO NO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DO SUS: _____

9.2 Roteiro da entrevista com gestores de serviços de saúde mental

- 1) Como se deu a sua trajetória profissional nas políticas públicas até vir a exercer o papel de gestora(o) do CAPS/NASF?
- 2) Você teve formação/capacitação técnica específica para atuar como gestora(o)? Se sim, onde e como foi? Se não, que implicações você acredita que traga a ausência de tal formação?
- 3) Quais são os investimentos e ações da(o) gestora(o) do sistema de saúde do SUS no campo da formação/capacitação técnica para a função de gestora(o) de serviço?
- 4) Você encontra outras formas de qualificação/capacitação (formais e/ou informais) para atuar como gestora(o)?
- 5) O que você considera como sendo especificidade do trabalho da(o) gestora(o) de serviço de saúde mental?
- 6) Quais são as semelhanças e diferenças entre o seu trabalho e aquele desenvolvido pelos demais profissionais da equipe (que não atuam como gestores)?
- 7) Quais habilidades profissionais e pessoais você acredita que deva ter (ou desenvolver) um(a) gestor(a) de serviço de saúde mental? Dê exemplo(s) de como elas aparecem nas práticas de gestão do dia a dia do serviço.
- 8) Você identifica desafios e entraves para sua atuação como gestora(o) de serviço de saúde mental? Quais são? Como você os enfrenta?
- 9) Você utiliza dispositivos de gestão participativa e cogestão propostos pelo SUS nas suas práticas como gestora(o)? Se sim, quais são eles? Cite algum(ns) exemplo(s) de como eles se efetivam no cotidiano de trabalho.
- 10) Quais são os conhecimentos e conceitos da Psicanálise que você utiliza no seu processo de trabalho como gestora(o) de serviço de saúde mental? Dê exemplo(s) da aplicação deles nas práticas de gestão.
- 11) Quais são as potencialidades e as dificuldades da interseção entre a Psicanálise e a gestão de serviço de saúde mental?

- 12) Como as mudanças nas políticas públicas e nos programas de governo influenciam na sua atuação como gestora(o) de serviço de saúde mental? Quais as estratégias encontradas para enfrentá-las?

9.3 Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESPECIFICIDADES DO TRABALHO NA GESTÃO EM SAÚDE MENTAL E SUAS POSSÍVEIS INTERFACES COM A PSICANÁLISE

Pesquisador: Kátia Bones Rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81666017.8.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.561.827

Apresentação do Projeto:

O presente projeto intitulado "Especificidades do trabalho na gestão em saúde mental e suas possíveis interfaces com a Psicanálise" tem como objetivo geral investigar as especificidades do trabalho na gestão de serviços de saúde mental, no contexto da saúde coletiva, a partir da percepção de profissionais gestores identificados com a psicanálise. Como objetivos específicos, pretende-se: explorar as especificidades do trabalho na gestão de serviços de saúde mental, no campo da saúde coletiva; identificar, a partir da experiência dos gestores, as semelhanças e diferenças entre o seu trabalho e aquele desenvolvido pelos demais profissionais da equipe (que não atuam como gestores); explorar o que os participantes consideram como habilidades profissionais e pessoais necessárias a um gestor que atua no campo da saúde mental; identificar os entraves na

atuação na gestão de serviços de saúde mental e investigar como profissionais gestores de serviços de saúde mental, identificados com a psicanálise, utilizam os conhecimentos e conceitos psicanalíticos no seu processo de trabalho. O estudo possui delineamento qualitativo de caráter exploratório. Os participantes deste estudo serão profissionais identificados com a psicanálise, com um período mínimo de seis meses de prática na gestão de serviços de saúde coletiva, no campo da saúde mental, mais especificamente nos NASF e CAPS.

Propõe-se entrevistar, no mínimo, seis profissionais gestores da rede de serviços de saúde mental

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@puccrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.561.827

identificados com a psicanálise. Os dados serão coletados por meio do preenchimento de uma Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos elaborada para este estudo. Também serão realizadas entrevistas semiestruturadas com duração média de 30min, que serão compostas por questões abertas conduzidas pelos seguintes eixos temáticos: especificidade do trabalho na gestão de serviços de saúde mental; utilização de dispositivos de gestão participativa e cogestão propostos pelo SUS e interfaces com a psicanálise. Os profissionais serão inicialmente contatados por e-mail e/ou por telefone. Neste momento, será realizado o convite para participar do estudo e uma breve explicação acerca dos objetivos da pesquisa, bem como o tempo estimado de duração da entrevista. Havendo interesse, será marcada a data para o encontro local de preferência do entrevistado. Para atender à Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016), os participantes do estudo serão informados pela pesquisadora sobre os objetivos da pesquisa, e posteriormente serão convidados a formalizar sua aceitação em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas, depois de gravadas e transcritas, serão analisadas por meio da Análise Temática, proposta por Braun e Clarke (2006).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar as especificidades do trabalho na gestão de serviços de saúde mental, no contexto da saúde coletiva, a partir da percepção de profissionais gestores identificados com a psicanálise. **Objetivos Secundários:** Explorar as especificidades do trabalho na gestão de serviços de saúde mental, no campo da saúde coletiva. Identificar, a partir da experiência dos gestores, as semelhanças e diferenças entre o seu trabalho e aquele desenvolvido pelos demais profissionais da equipe (que não atuam como gestores). Explorar o que os participantes consideram como habilidades profissionais e pessoais necessárias a um gestor que atua no campo da saúde mental. Identificar os entraves na atuação na gestão de serviços de saúde mental. Investigar como profissionais gestores de serviços de saúde mental, identificados com a psicanálise, utilizam os conhecimentos e conceitos psicanalíticos no seu processo de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Acredita-se que o risco de desconforto é pequeno, porém, em caso de mobilização de algum aspecto emocional, a coleta de informações será interrompida e será realizado acolhimento. Caso seja identificado algum sofrimento ou mal-estar que tenha sido ocasionado pela entrevista, ou ainda se for solicitado, será realizado o encaminhamento para a rede de apoio social.

Benefícios: Contribuir para um estudo científico, para compreensão das especificidades do

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@puccrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.561.827

trabalho na gestão de serviços de saúde mental, no contexto da saúde coletiva. Esses conhecimentos auxiliarão no entendimento do fenômeno e na construção de estratégias para melhorar a gestão dos serviços de saúde mental e o atendimento à população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante, com objetivos claros e métodos pertinentes ao alcance dos objetivos. O cronograma é exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Considerando a justificativa apresentada como resposta às pendências apontadas, recomenda-se revisão do texto do projeto e o preenchimento da plataforma em que consta, respectivamente: "Riscos: Acredita-se que o risco de desconforto é pequeno, porém, em caso de mobilização de algum aspecto emocional, a coleta de informações será interrompida e será realizado acolhimento. Caso seja identificado algum sofrimento ou mal-estar que tenha sido ocasionado pela entrevista, ou ainda se for solicitado, será realizado o encaminhamento para a rede de apoio social" e "Caso seja identificado algum sofrimento ou mal-estar em algum participante que tenha sido ocasionado pela entrevista, ou ainda se for solicitado, será realizado o encaminhamento para a rede de apoio social."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas nas Resoluções CNS nº 466 de 2012, nº 510 de 2016 e Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1054093.pdf	06/02/2018 19:55:10		Aceito
Outros	cartaRespostaPendencias.doc	06/02/2018 19:53:28	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	Justificativa_ausencia_CartaConhecimentoEncaminhamento.doc	31/01/2018 20:25:54	Kátia Bones Rocha	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.561.827

Outros	cartaRespostaPendencias.pdf	31/01/2018 20:21:19	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	Justificativa_ ausencia_CartaConhecimentoEncaminhamento.pdf	29/01/2018 16:22:59	Kátia Bones Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_retificado.pdf	02/01/2018 19:18:15	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	3_dispena_cartaConhecimentoChefeServico.pdf	02/01/2018 15:55:32	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	15_lattesRosangelaMachadoMoreira.pdf	25/12/2017 20:37:47	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	14_outros_lattesKatiaBonesRocha.pdf	25/12/2017 20:37:15	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	13_outros_AtQualificacao.pdf	25/12/2017 20:36:45	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	12_outros_CartadeApresentacao.pdf	25/12/2017 20:36:12	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	11_outros_DocumentoUnificado.pdf	25/12/2017 20:35:45	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	10_outros_CartadeAprovacaodaComissaoCientifica.pdf	25/12/2017 20:35:10	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	9_outros_ficha_dados_pessoais.pdf	25/12/2017 20:34:38	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	8_outros_roteiro_entrevista.pdf	25/12/2017 20:34:02	Kátia Bones Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	7_tcle.pdf	25/12/2017 20:33:14	Kátia Bones Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	6_projeto_detalhado.pdf	25/12/2017 20:32:54	Kátia Bones Rocha	Aceito
Orçamento	5_orcamento.pdf	25/12/2017 20:32:38	Kátia Bones Rocha	Aceito
Declaração de Pesquisadores	4_declaracao_pesquisadores.pdf	25/12/2017 20:32:20	Kátia Bones Rocha	Aceito
Cronograma	2_cronograma.pdf	25/12/2017 20:31:40	Kátia Bones Rocha	Aceito
Folha de Rosto	1_folhaDeRosto.pdf	25/12/2017 20:31:15	Kátia Bones Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.561.827

Não

PORTO ALEGRE, 24 de Março de 2018

Assinado por:
Denise Cantarelli Machado
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br