

LIAMAR APARECIDA DOS SANTOS

**PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO E INTERCESSÃO-PESQUISA COMO
DISPOSITIVOS DE PARTICIPAÇÃO E EMANCIPAÇÃO DO TRABALHO E DO
TRABALHADOR NA SAÚDE MENTAL COLETIVA**

ASSIS

2011

LIAMAR APARECIDA DOS SANTOS

**PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO E INTERCESSÃO-PESQUISA COMO
DISPOSITIVOS DE PARTICIPAÇÃO E EMANCIPAÇÃO DO TRABALHO E DO
TRABALHADOR NA SAÚDE MENTAL COLETIVA**

Tese apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista, para a obtenção do título de Doutor em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador: Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa

ASSIS

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

S237p Santos, Liamar Aparecida dos
Planejamento participativo e intercessão-pesquisa como dispositivos de participação e emancipação do trabalho e do trabalhador na saúde mental coletiva / Liamar Aparecida dos Santos. Assis, 2011
95 f. : il.

Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.

Orientador: Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa

1. Planejamento participativo. 2. Saúde mental. 3. Saúde pública. I. Título.

CDD 614

Aos meus pais, José e Aparecida, *in memoriam*

Ao João, meu marido

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Jesus e aos Amigos Espirituais, por me sustentarem nos momentos de dor, que não foram poucos;

A todos os trabalhadores e gestores que participaram das oficinas e possibilitaram a construção deste trabalho;

Aos amigos do DRS IX Marília, pela contribuição valorosa na produção dos dados relativos ao campo;

A Maria Inês Guion Borges, pela confiança em mim depositada;

Ao Abílio da Costa-Rosa, por compartilhar comigo seus conhecimentos e estimular meus pensamentos com suas ideias;

Ao Silvio Yasui, pela valiosa colaboração na discussão dos dados;

Ao Francisco Hashimoto, pela disposição em acolher e compreender o meu trabalho, desde o primeiro momento;

A Liliane Maria Gomes Torres, por seu amor e carinho permanentes;

A Sandra Elídia Gomes Torres e Ana Elídia Torres, pela disposição em me ajudar em qualquer circunstância;

Ao meu sogro e minha sogra, que cozinham muito para mim, nesse período;

A minha irmã e meus sobrinhos, pelo carinho;

Minha Gratidão

A parteira

Imagina-te como uma parteira. Acompanhas o nascimento de alguém, sem exibição ou espalhafato. Tua tarefa é facilitar o que está acontecendo. Se deves assumir o comando, faze-o de tal modo que auxilies a mãe e deixes que ela continue livre e responsável. Quando nascer a criança, a mãe dirá com razão: nós três realizamos esse trabalho. (Lao Tsé)

SANTOS, L. A. *Planejamento participativo e intercessão-pesquisa como dispositivos de participação e emancipação do trabalho e do trabalhador na saúde mental coletiva*. 2011.95f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.

RESUMO

O presente trabalho enfatiza um modo de fazer na saúde mental coletiva, seja na produção do “conhecimento vivo” (ROGGERO, 2009), seja na organização do cuidado ou na gestão, por meio de oficinas de Planejamento Participativo e da Intercessão-Pesquisa. Esse modo de inserção na práxis de transformação da realidade e de produção de conhecimento sobre ela se assenta na solidariedade, na construção coletiva, na busca da emancipação dos sujeitos envolvidos nesses processos, e se orienta em pressupostos que se diferenciam frontalmente do modo de fazer que deriva do sistema do Capital. Embora estejamos no contexto de uma produção específica, que é o das políticas públicas no campo da saúde mental, entendemos que o grande desafio de forjar novas formas de sociabilidade e de novos modos de fazer, que não estejam sob a regência do capital, passa necessariamente pelo processo de autoemancipação do trabalho e não pode restringir-se ao âmbito da política, ou promulgação de Leis. A experiência que aqui apresentamos se localiza na perspectiva de enfrentar esses desafios de construção de outros modos de produzir/fazer, através da criação de protagonismo, de maneira que os profissionais da saúde possam reconhecer o conhecimento demandado por suas práticas, participando também do processo de produção desse conhecimento. Dessa maneira, é fundamental aos gestores e trabalhadores da saúde mental coletiva a apropriação de ferramentas que ajudem a viabilizar a participação como expressão de cidadania ativa que o processo de planejamento participativo e a intercessão-pesquisa proporcionam, pois ambos relacionam o fazer com a reflexão teórica e integram a dimensão imediata com a estratégia ético-política, possibilitando a produção de conhecimento que vai além do modo de produção do capital.

PALAVRAS CHAVE : Planejamento Participativo. Saúde Pública. Saúde Mental.

SANTOS, L. A. *Participatory planning and intercession-research as a device of participation and emancipation of labor and collective mental health worker*. 2011.95 f. PhD (thesis in Psychology) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.

ABSTRACT

This work emphasizes a way of making in the collective mental health, either in the production of "living knowledge" (ROGGERO, 2009), either in the organization of care or management, through workshops on Participatory Planning, and Intercession-Research. This mode of insertion into the praxis of changing the reality and the production of knowledge about it is based on solidarity, on the collective construction, in the quest for emancipation of the subjects involved in these processes, and is oriented by assumptions that frontally differ from the way of making which derives from the Capital system. Although we are in the context of a specific production, which is the public policy in the field of mental health, we understand that the great challenge of devising new forms of sociability and new ways of making, which are not under the domination of capital, will necessarily go through the process of self-emancipation of labor and cannot be restricted to the realm of politics, or enactment of laws. The experience presented here lies in the prospect of facing these challenges of building other ways of producing / making, by creating protagonism, so that health professionals can recognize the knowledge demanded by their practices, also participating in the process of production of this knowledge. Thus, it is essential for managers and collective mental health workers the ownership of tools that help the feasibility of participation as an expression of active citizenship that the participatory planning process and intersection-research provide, as both relate the making to the theoretical study and integrate the immediate dimension with the ethical-political strategy, enabling the production of knowledge that goes beyond the mode of production of capital.

KEYWORDS: Participatory Planning. Public Health. Mental Health

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	14
2.	PLANEJAMENTO E INTERCESSÃO-PESQUISA COMO DISPOSITIVOS DE PARTICIPAÇÃO.....	27
2.1	A INTERCESSÃO-PESQUISA.....	27
2.2	PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO.....	31
3.	O MÉTODO ZOPP – ZIEL ORIENTIERTE PROJEKT PLANUNG.....	44
3.1	FASE DAS ANÁLISES.....	47
3.2	FASE DA SISTEMATIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO.....	49
3.3	AVALIAÇÃO DOS RISCOS.....	51
3.4	DEFINIÇÃO DOS CUSTOS E INSUMOS.....	51
3.5	MOMENTO DOIS – A GESTÃO DO PLANO.....	51
4.	O PROCESSO DE PLANEJAMENTO DAS DIRETRIZES REGIONAIS PARA A SAÚDE MENTAL NO DRS-IX MARÍLIA.....	54
4.1	PRODUÇÃO DAS OFICINAS.....	58
4.2	PROBLEMAS PRIORIZADOS.....	58
4.3	PROPOSIÇÕES/OBJETIVOS APRESENTADOS.....	59
4.4	ALTERNATIVAS PRODUZIDAS.....	60
4.5	DIRETRIZES PRODUZIDAS.....	60
5.	CAMPO DA INTERCESSÃO-PESQUISA.....	61
5.1	DADOS DEMOGRÁFICOS DO CAMPO.....	61
5.2	PERFIL SOCIOECONÔMICO.....	65
6.	ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE REGIONAL.....	67
6.1	COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DE ADAMANTINA.....	68
6.2	COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DE ASSIS.....	68
6.3	COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DE MARÍLIA.....	69
6.4	COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DE OURINHOS.....	70
6.5	COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DE TUPÃ.....	71
7.	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DRS-IX MARÍLIA.....	72
8.	UTILIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO DRS-IX	

MARÍLIA.....	73
9. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	74
10. PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA (PPI).....	75
11. PARTICIPANTES NA PRODUÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA.....	77
12. PROCEDIMENTO.....	77
12.1 TRATAMENTO DOS DADOS PRODUZIDOS NAS OFICINAS.....	77
13. RESULTADOS E DISCUSSÃO DA INTERCESSÃO-PESQUISA.....	79
13.1 CATEGORIAS DE LEITURA DOS DADOS.....	79
14. CONCLUSÕES.....	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01	CONFIGURAÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL DO MODO ASILAR E ESTRATÉGIA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL....	20
QUADRO 02	CATEGORIAS RELATIVAS AOS DESENHOS ORGANIZATIVOS DOS MUNICÍPIOS.....	79
QUADRO 03	CATEGORIAS RELATIVAS AO MODO DE OPERAR AS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL.....	82
QUADRO 04	CATEGORIAS RELATIVAS AO CONHECIMENTO PRODUZIDO NAS OFICINAS.....	85

LISTA DE MAPAS

MAPA 01	LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO DRS IX MARÍLIA, 2010.....	62
MAPA 02	MUNICÍPIOS QUE COMPÕEM O DRS IX MARÍLIA, 2010	63
MAPA 03	DADOS DE POPULAÇÃO DO DRS IX MARÍLIA, 2010.....	64
MAPA 04	DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS PELO IPRS – ANO 2008	66
MAPA 05	MUNICÍPIOS DO DRS IX MARÍLIA SEPARADOS POR MICRORREGIÕES.....	67

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01	PIRÂMIDE ETÁRIA DO DRS IX MARÍLIA, 2010.....	64
-----------	--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 01- NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR RESIDÊNCIA POR CAPÍTULOS DA CID- 10 POR REGIÃO DE SAÚDE NO ANO DE 2010.....	74
TABELA 02- PROCEDIMENTOS DE TERAPIA QUE INCLUEM SAÚDE MENTAL PACTUADOS PARA O COMPLEXO HC MARÍLIA.....	76

1- INTRODUÇÃO

O presente trabalho enfatiza um modo de fazer na saúde mental coletiva, seja na produção do “conhecimento vivo” (ROGGERO, 2009), seja na organização do cuidado ou na gestão. Esse modo se assenta na solidariedade, na construção coletiva e na busca da emancipação dos sujeitos envolvidos nesses processos, orientando-se em pressupostos que se diferenciam frontalmente do modo de fazer derivado do sistema do Capital.

Segundo Mészáros (2002), o sistema do capital tem elementos constitutivos que há muitos séculos estão presentes na história, tais como o capital monetário e mercantil e a produção de mercadorias que se encontravam em outros sistemas específicos de controle da organização social.

Embora o capitalismo seja o sistema sob o qual este se desenvolve, em toda a sua plenitude, ele não é o único sistema possível para a realização do capital, uma vez que outras formas históricas já o antecederam e o precederam.

Já existia capital antes da generalização do sistema capitalista, da mesma maneira que foi possível observar sua continuidade, no sistema soviético, constituindo o que Mészáros (2002) denomina “sistema de capital pós-capitalista”. Os países do bloco soviético, embora tivessem uma configuração pós-capitalista, não conseguiram desconstruir o sistema sociometabólico do capital e romperem com a subordinação estrutural do trabalho e a submissão dos trabalhadores ao processo de extração de mais-valia politicamente mediado, por meio de um Estado autoritário.

Esse sistema é insidioso e abrangente e seu núcleo constitutivo é formado pela tríade capital, trabalho e Estado, sendo que estes três pilares fundamentais são intrinsecamente constituídos e inter-relacionados, tornando-se impossível superá-lo sem a transformação do tripé que compõe o sistema, ou seja, ao se intervir em um, tem-se que necessariamente provocar mudanças em todos os outros.

No entanto, foi com o advento do capitalismo que o capital pôde instalar-se como um sistema social global, garantindo seu domínio como produção generalizada de mercadorias.

Nesse sistema, os sujeitos são gradualmente reduzidos e transformados em meros custos de produção e força de trabalho necessária. O capital modifica o trabalho vivo em uma mercadoria comercializável, igual a qualquer outra, submetendo-a a determinações desumanizadoras do expansionismo econômico.

Esse modo de produção ou sociometabolismo, na visão de Mészáros (2002), abandona todas as considerações às necessidades humanas como ligadas às limitações dos “valores de uso” não quantificáveis, sobrepondo a estes últimos o imperativo fetichizado do “valor de troca” quantificável e sempre em expansão, sendo esta a forma pela qual emergiu e superou os sistemas antecedentes.

Dessa maneira, inaugura-se uma sociabilidade fundada sobre o domínio das coisas e sobre a dependência das pessoas.

Assim se constitui o sistema capitalista como o conhecemos, com seu modo de extração de sobretrabalho como mais-valia estritamente ligada à quantificação, sua expansão orientada e dirigida pela acumulação e sua estrutura hierárquica de subordinação do trabalho ao capital, do qual retira totalmente o poder de tomar decisões, tornando-se essencialmente um sistema antagônico. Esse antagonismo estrutural prevalece em todo lugar, do menor espaço para a produção social da vida, às estruturas mais amplas, abarcando as relações reprodutivas mais abrangentes.

Diferentemente dos modos de organização social anteriores, que de alguma forma ainda buscavam o atendimento das necessidades sociais, esse sistema expande-se de maneira ilimitada, tornando-se incontrolável. Tanto a social-democracia, através das ideias de Keynes, ou seja, do estado de bem-estar social, quanto a alternativa de tipo soviético não obtiveram sucesso na busca de controlá-lo, e tal lógica torna o sistema do capital essencialmente destrutivo. Essa incontrolabilidade, que se acentuou no capitalismo contemporâneo, leva, segundo o referido autor, a uma redução dos índices de utilização dos bens que produzimos. Ainda de acordo com Mészáros (2002), o capital não trata valor de uso e valor de troca como separados, mas de um modo que o domínio do valor de uso pelo valor de troca subordina radicalmente um ao outro, com enfraquecimento do primeiro. Essa tendência decrescente do valor de uso das mercadorias, ao reduzir sua durabilidade e, assim, apressar a sua reprodução, tem-se constituído num dos principais mecanismos pelos quais o capital vem atingindo seu

imenso crescimento, ao longo da história, ao mesmo tempo em que acentua o excesso e a efemeridade.

Com a globalização, ou em outras palavras, a competição e a concorrência entre os capitais, observa-se em escala global o aumento da produção, do consumo supérfluo, do desemprego, da precarização do trabalho e de fracos vínculos entre trabalhadores e seus espaços/processos de trabalho, ocasionando graves consequências na relação orgânica entre homem e tecnologia, orientada pela organização social submetida aos padrões do capital e do sistema produtor de mercadorias.

Essa característica marcante do sistema assentado no capital, de a expansão não se nortear pela satisfação das necessidades humanas, mas pela expansão do capital como um fim em si, serve à preservação de um sistema que não poderia sobreviver sem afirmar seu poder como um modo de reprodução ampliado, exatamente para que não seja percebida a sua destrutividade.

Para Mézáros (2002), o capitalismo pode ser derrubado por um ato político, mas não a lógica que preside o capital, nem o Estado, nem a divisão hierárquica do trabalho, cujas vigências podem repor o sistema capitalista.

O tríplice complexo constituinte da noção de capital, conforme esse autor, articula, também, um novo conceito de Estado como parte estrutural do próprio sistema de reprodução daquele, superando, assim, a compreensão dicotômica entre os mesmos, como elemento superestrutural da sociedade burguesa.

Nesse sentido, o Estado contemporâneo é uma estrutura política que se pode compreender subordinada ao capital, condição indispensável para sua conversão num sistema viável para a sua reprodução, expressando um momento constitutivo de sua concretude.

É quase impossível pensar o Estado contemporâneo sem o capital, que é o seu real fundamento. Este, por sua vez, precisa do Estado como complemento, à medida que não pode prescindir de intervenção permanente para o funcionamento de seu complexo metabólico.

Tal como em outros tempos, o Estado continua como assegurador da propriedade e instrumento para colocar a trabalhar todos aqueles que “[...] precisam do trabalho para viver” (ANTUNES, 2008).

O Estado capitalista precisa assumir um papel intervencionista, em todos os planos da vida social, promovendo e administrando o consumo destrutivo e a perda da riqueza social; com efeito, sem tal intervenção direta no processo sóciometabólico, de forma permanente, não pode ser mantida a capacidade de desperdício do sistema capitalista – e, sem desperdício, o consumo é afetado, criando fissuras em seu ciclo reprodutivo.

O distanciamento entre as necessidades humanas e o referencial para a produção e acumulação de capital gera uma justaposição do sobreconsumo, com a negação das necessidades elementares da maioria da população, de sorte que a enorme capacidade de expansão das forças produtivas se choca constantemente com a incapacidade de distribuir renda e garantir direitos, na mesma proporção expansionista.

Frente a essas contradições essenciais do capital, o Estado, como o conhecemos hoje, ajusta continuamente suas funções regulatórias, fazendo o complemento político e reforçando a dominação do capital contra as insurgências em relação à falta de equidade entre distribuição e o consumo, criando políticas compensatórias.

Assim pensando, nem o Estado é independente do capital, nem representa direta e exclusivamente os interesses da classe dominante: ele expressa as necessidades globais da manutenção da reprodução do metabolismo social regido por aquele. Qualquer reforma política do sistema acabará por absorver a qualidade da sua totalidade sistêmica; desse modo, as reformas políticas podem, no máximo, ser o princípio de novas formas de administração do capital, sem superá-las.

A transição do atual sistema de produção, baseada na reprodução do capital, para outro qualitativamente diferente, em que as necessidades humanas sejam parte e base da economia, exige

[...] a progressiva devolução às pessoas dos poderes alienados de decisão política – e não apenas política. Sem que se readquiram esses poderes, não será concebível o novo modo de controle político do conjunto da sociedade pelas pessoas, nem a operação diária não-conflitante, e, portanto, agregadora e planejável, das unidades

produtivas e distributivas particulares pelos produtores associados autônomos. (MÉSZÁROS, 2002, p. 30).

Embora estejamos no contexto de uma produção específica, podemos estender esse raciocínio também para as políticas públicas no campo da saúde/ saúde mental, e extrair dele que o grande desafio de forjar novas formas de sociabilidade e de novos modos de fazer, que não estejam sob a regência do capital, passa necessariamente pelo processo de autoemancipação do trabalho e não pode restringir-se ao âmbito da política, ou promulgação de Leis.

O Setor Saúde tem uma singularidade que é a capacidade de expressar as contradições estruturais da sociedade global, e suas consequências sob uma forma particular de necessidades e reivindicações. No Brasil, tais demandas foram traduzidas na Reforma Sanitária, que, conforme Paim (2008), é uma Reforma Social, concebida como reforma geral, tendo como perspectiva utópica a revolução do modo de vida, não se reduzindo, portanto, a uma política de proteção social ou uma reforma do Setor Saúde.

Com base nas contribuições desse autor, podemos salientar que a Reforma Sanitária Brasileira está ancorada em quatro elementos constituintes:

[...] - democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão;

- democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos;
- democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral;
- projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo, que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade como um todo possa um dia expressar estes valores. (PAIM, 2008, p. 173).

Dessa maneira, a ruptura radical com o sistema do capital, seguida de outro projeto civilizatório, seria construída a partir de tais elementos, uma transição, até se chegar às condições necessárias para tal transformação.

A Reforma Psiquiátrica, que chamamos aqui de “Estratégia Atenção Psicossocial” (YASUI; COSTA-ROSA, 2008), nasce também nesse tempo de mudanças e partilha dos mesmos pressupostos.

Amarante (2008) ressalta a necessidade de provocar transformações em “[...] quatro dimensões do processo social, a Teórico-conceitual, a Teórico-assistencial, a jurídico-política e a Sociocultural”, restituindo a cidadania ao sujeito do sofrimento, reconfigurando as práticas de cuidado, ampliando a esfera dos direitos e estimulando a participação social.

Para o referido autor, a partir da Estratégia Atenção Psicossocial, está-se configurando a construção de um novo modo de lidar com o sofrimento mental, acolhendo e cuidando efetivamente dos sujeitos, e produzindo um novo lugar social para a diversidade e a diferença.

Os atores envolvidos na Reforma Psiquiátrica “[...] acreditam na possibilidade de transformar a sociedade, mudar as relações sociais, possibilitar a participação nos bens econômicos, culturais, construir um mundo mais justo, mais equânime, mais livre” (YASUI, 2010).

Costa-Rosa (2000) classifica as mudanças propostas pela Estratégia Atenção Psicossocial em quatro parâmetros fundamentais:

[...] - a definição de “seu objeto” e dos “meios” teórico-técnicos de intervenção (o que inclui as formas da divisão do trabalho interprofissional);
- as formas da organização dos dispositivos institucionais;
- as modalidades do relacionamento com os usuários e a população;
- as implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos. (COSTA-ROSA, 2000, p. 143).

De acordo com sua visão, a Estratégia Atenção Psicossocial coloca em cena a configuração de dois modos específicos e antagônicos de práticas em saúde mental, com diferenças que se observam tanto em termos de saberes e práticas, quanto no discurso que os articula, expressando as antíteses entre o que fundamenta um e outro modo e o que cada um representa para o novo projeto civilizatório, apresentados no quadro abaixo:

Concepções do “Objeto” e “Meios” de Trabalho	Concepções do “Objeto” e “Meios” de Trabalho
Modo Asilar	Estratégia Atenção Psicossocial
-Ênfase no biológico e no medicamento; -Trabalho centrado na doença e cuidado individual; -Organização do trabalho conforme linha de montagem da produção comum de mercadorias.	-Ênfase nos fatores políticos, biopsicossocioculturais e um conjunto amplo de abordagens e dispositivos de reintegração sociocultural, com destaque para as cooperativas de trabalho; -Trabalho centrado no sujeito e no grupo (familiar e social); -Organização do trabalho em equipe interprofissional com ações que visem ao sujeito como existência-sofrimento;
Formas da Organização Institucional	Formas da Organização Institucional
Modo Asilar	Estratégia Atenção Psicossocial
-Organização vertical; -Disputas corporativas; -Relações verticais entre os atores envolvidos na produção de saúde; -Estratificação e interdição institucionais, heterogestão e especialidades.	-Organização horizontal; -Integralidade; -Corresponsabilização; -Participação, autogestão e interdisciplinariedade.
Formas do Relacionamento com a Clientela (Imaginário e Simbólico)	Formas do Relacionamento com a Clientela (Imaginário e Simbólico)
Modo Asilar	Estratégia Atenção Psicossocial
-Relação entre doentes e sãos; -Instituição como lócus depositário; -Interdição do diálogo; -Reprodução das relações intersubjetivas típicas do modo capitalista de produção; -Imobilidade, mutismo e estratificação da atenção por níveis.	-Relação entre sujeitos; -Instituição como espaço de interlocução; -Circulação da palavra; -Produção de novas formas de subjetivação; -Interlocução, livre trânsito do usuário e da população, e Territorialização com Integralidade.
Concepção dos Efeitos Típicos em Termos Terapêuticos e Éticos	Concepção dos Efeitos Típicos em Termos Terapêuticos e Éticos
Modo Asilar	Estratégia Atenção Psicossocial
-Cronificação institucional; -Medicalização da vida; -Remoção ou tamponamento dos sintomas; -Ego-realidade e Carência-suprimento. - Adaptação.	-Reposicionamento subjetivo; -Compreensão da dimensão subjetiva e sociocultural; -Sintoma como dispositivo de mudança; -Sujeito desejos e Carecimento-ideais. -Implicação subjetiva e sociocultural, e singularização.

Quadro 01- Configuração das práticas em saúde mental do Modo Asilar e Estratégia Atenção Psicossocial.

Podemos depreender, dos parâmetros expostos acima, que estes são dispositivos para a transição e que o movimento que engendrou a Reforma Sanitária e a Estratégia Atenção Psicossocial buscava uma democratização da vida social, a qual deveria implicar-se em uma reforma democrática do Estado, em que se compreende a importância da participação popular e, nessa medida, também dos trabalhadores, para se atingir as suas metas éticas.

A participação da população e dos trabalhadores no planejamento, gestão e controle dos dispositivos institucionais de produção – especificamente dos Estabelecimentos de produção – visa fundamentalmente à transformação da produção na “ponta” do sistema de produção, isto é, na relação de produção-consumo “de saúde”.

Ou seja, compreendendo que não há “saúde produzida” que não seja resultante dos processos sociais de produção amplos, dos quais são resultantes também os processos de produção saúde-adoecimento, precisamos situar a análise das próprias transformações sociais como o faz a Reforma Sanitária e a Estratégia Atenção Psicossocial, que compreendem taticamente o Setor Saúde como estratégico na luta por transformações sociais mais amplas, aquela que é possível neste momento do Capital.

Nas reformas democráticas, os trabalhadores podem exercer um papel de vanguarda, reconhecendo o sistema de serviços como uma das respostas sociais, intervindo de forma ampla no atendimento das necessidades de saúde, com vistas à melhoria das condições de vida da população e de sua emancipação.

Enquanto o capital transforma tudo em mercadoria, inclusive a saúde, pois sua história é a crescente mercantilização da vida, a contraposição está em ampliar a esfera de direitos, principalmente o direito de participar, no caso do trabalhador, recuperar a dimensão da gestão do seu processo de trabalho, “[...] pois o modo de tomada de decisão do capital, em todas as variedades conhecidas ou viáveis do sistema do capital, há forçosamente de ser alguma forma autoritária de administrar empresas do topo para a base” (MÉSZÁROS, 2002, p.27).

Para uma mudança radicalmente democrática, devemos considerar a participação do trabalhador nas tomadas de decisão como uma maneira de transcender a divisão social hierárquica do trabalho, tarefa necessária para organizar a estrutura metabólica da sociedade pós-neoliberal com a argamassa da cooperação e da solidariedade.

A participação do trabalhador na produção de políticas públicas é uma forma de retomar o controle progressivo das forças que continuam a reproduzir os parâmetros estruturais injustos do poder hierárquico de decisão, que, ao não ser enfrentado, gera estagnação e retrocesso em qualquer projeto de transformação societária.

É certo que a divisão social do trabalho não pode ser abolida por um ato de governo; no entanto, o que nos permite avaliar a contribuição que as medidas e políticas adotadas possam dar à constituição e à consolidação de um modo de controle social global e de autoadministração substantivamente democráticos, ou seja, verdadeiramente não hierárquicos em seu modo de operação em todas as esferas, é o quanto se avançou, na construção da democracia participativa.

Para Sader (2010), democratizar, diante da obra neoliberal, é desmercantilizar a vida, colocar na esfera dos direitos o que o neoliberalismo colocou na esfera do mercado. Uma sociedade democrática, pós-neoliberal, é uma sociedade fundada nos direitos, na igualdade dos cidadãos, justamente o que está posto em nossa Constituição Cidadã, de 1988, em relação ao Sistema Único de Saúde e sua operacionalização.

Assim pensando, qualquer mudança que queiramos empreender no modo de produção da saúde deve considerar a reconstituição radical do movimento do trabalho articulado em torno da democracia participativa, o que significa dizer que o trabalhador não pode ser separado do poder de tomada de decisão, na organização do seu processo de trabalho e na construção das políticas que vão norteá-lo.

Portanto, um sistema produtivo que se proponha a oposição efetiva ao sistema do capital precisa da participação plena dos trabalhadores, e requer uma multiplicidade de possibilidades participativas, além de um sistema operacional correspondente que seja radicalmente diferente da alternativa verticalmente operada, quer a capitalista, quer as variedades pós-capitalistas de economias dirigidas.

É necessário sair do círculo de ferro de produzir saúde com mecanismos de mercado e gerar a indústria da doença e do medicamento ou centralizar no Estado e criar burocracias inoperantes.

A transição da relação de troca mediadora, orientada pelo produto ou pela mercadoria, para o sistema baseado na troca de atividades, ou seja, cooperativo e solidário, requer uma democratização radical da sociedade em todos os aspectos, alerta-nos Mészáros (2002).

Isso significa que a transição para um novo modo de produzir saúde, como está proposto na Reforma Sanitária e que poderá nos levar a outro projeto civilizatório, deverá contemplar transformações nas práticas reprodutivas autoritárias, e estruturas correspondentes, do sistema de troca de mercadorias em uma organização do trabalho realmente planejada de forma ascendente. Mas, isso só é possível com uma democratização profunda, no modo de tomada de decisão.

Pensar outra forma de organização societária e outra produção de saúde que não esteja subordinada ao capital requer compreender que o novo modo de organizar se fundamenta na substituição da divisão hierárquica do trabalho, por um princípio operativo baseado num processo de trabalho planejado segundo as necessidades e aspirações dos trabalhadores e usuários envolvidos.

Esse novo modo de organização somente pode ser construído por trabalhadores ativos, porque caberá a eles produzir e exercer seus próprios conhecimentos no trabalho até o máximo de suas habilidades, quando estiverem no contexto de uma sociedade pautada pela cogestão.

Essa é a proposta do Sistema Único de Saúde, ao preconizar a participação de todos nos vários níveis do processo de tomada de decisão, objetivando levar progressivamente a sociedade a superar a divisão do trabalho e se emancipar da tirania do capital.

Em decorrência, concordamos com Campos (2006) em que “[...] o trabalho vivo só é mantido através de um desenho institucional democratizado, pois a cogestão é incompatível tanto com a tradição autoritária dos aparelhos estatais, quanto com a das empresas capitalistas”.

Dessa forma, assentados nesses pressupostos, nosso grupo de pesquisa Saúde Mental e Saúde Coletiva, do Curso de Psicologia da UNESP/Assis, ao receber convite do Articulador de Saúde Mental do Departamento Regional de Saúde (DRS-IX) Marília, para construir

diretrizes regionais para a saúde mental dessa região de saúde, decidiu realizar oficinas de planejamento participativo com gestores e trabalhadores, com a finalidade de construir coletivamente tais diretrizes e, ao mesmo tempo, produzir conhecimento em saúde mental capaz de modificar o processo de trabalho das equipes das instituições envolvidas.

Tal parceria engendrou ainda a possibilidade de construir um trabalho que visa a diminuir a distância entre a universidade e as instituições e práticas de saúde como campo de investigação no processo de produção de conhecimento, sendo também um dos objetivos escolhidos (a sua possível transformação) na presente intercessão-pesquisa.

A necessidade de um dispositivo intercessor como meio de produção de conhecimento parte do referido “paradoxo dos dois saberes”, que é expressão da contradição social saber-fazer que se desdobra também na organização da universidade. Como instituição social de produção, ela se organiza a partir de duas linhas: os técnicos para a ação executora e os cientistas pesquisadores para a produção do saber, a ser traduzido nas técnicas para suprimento dos trabalhadores da saúde, não sendo capaz de romper com os enquadramentos institucionais que a viabilizam enquanto instrumento formal de reprodução social do sistema do capital.

Nesse sistema, para Mézaros (2005), a consciência é modelada pela educação institucionalizada no interesse do controle do capital sobre o trabalho, gerando e transmitindo um quadro de valores que legitima esse interesse dominante, como observamos na prática comum das universidades em tomar sujeito e objeto de conhecimento, pesquisador e profissionais de saúde como polos separados do processo de investigação.

Entendemos que as dicotomias no processo de produção do conhecimento ajudam a perpetuar uma concepção de mundo baseada na fragmentação e hierarquização de poder/saber, que dificulta por sua vez a emancipação do trabalho, pois “[...] a dependência estrutural do trabalho em relação ao capital deriva e é assegurada pela divisão estrutural hierárquica do trabalho” (MÉSZÁROS, 2002, p.606).

Essa separação entre saber/pensar e fazer vai se traduzir, no dia-a-dia dos serviços de saúde, também em modos verticalizados de gestão e na dissociação entre modos de cuidar e modos de gerar e gerir, das instituições e dos processos de trabalho.

Tal separação, de acordo com Heckert e Neves (2007), tem perpetuado práticas que concebem a gestão como a atividade e a responsabilidade do gestor em comandar e administrar o sistema de saúde, de forma isolada dos demais sujeitos, fortalecendo a fragmentação própria do modo de produção do sistema do capital. Dessa maneira, há aqueles que planejam e pensam a organização do sistema de saúde, e aqueles que executam e operacionalizam os planejamentos formulados pela equipe gestora, reproduzindo em suas práticas modos de operar que estão em consonância com o modo dominante da divisão do trabalho, na produção de quaisquer mercadorias.

A experiência que aqui apresentamos se localiza na perspectiva de enfrentar esses desafios de construção de outros modos de produzir/fazer, através da criação de protagonismo, possibilitando que os profissionais da saúde possam reconhecer o conhecimento demandado por suas práticas, participando igualmente do processo de produção desse conhecimento.

Importa compreender que o conhecimento humano é construído e que nessa construção se integram pensamentos, sentidos e ações. Este não deve ser visto como mediação, mas como produtor de realidade. “Não está entre um sujeito que aprende e um mundo a ser desvelado. Os sujeitos ao produzirem o conhecimento, ao mesmo tempo, produzem a si e ao mundo” (BRASIL, 2006).

Para Santos (2010), não há conhecimento sem práticas e atores sociais, os quais não existem fora das relações sociais, de sorte que diferentes tipos de relações sociais podem dar origem a diferentes epistemologias, o que significa dizer que a mudança na prática de saberes requer o protagonismo daqueles que são alvo das produções acadêmicas. A questão é, por conseguinte, segundo Roggero (2009), uma nova organização do saber, cuja direção e controle não são mais externas, mas imanentes à composição do trabalho.

Após a Constituição Cidadã de 1998, que preconiza o envolvimento de todos os atores no gerir e no gerar do Sistema de Saúde, portanto, o compartilhamento do poder, não cabe mais qualquer coisa parecida com um saber que vem “de fora”, pois esse saber “de fora”, frente aos trabalhadores, se transforma simultaneamente no saber de cima.

Assim, após a Reforma Sanitária, a nova tarefa histórica é a reestruturação radical das estruturas de poder hierarquicamente herdadas do modelo hegemônico, numa genuína base ascendente de trabalhadores e usuários, em contraste com a perpetuação da divisão da sociedade em pensadores e executores.

Com a conquista do direito à participação, pelo menos na Lei, a produção de políticas ou de conhecimento para a saúde não pode ser desenvolvida alhures, de “fora”, já que inexistente, ou verticalmente, comprovadamente contraproducente, uma vez que todos devem participar.

As políticas públicas devem ser geradas dentro da base dos movimentos sociais e nos serviços, pelos trabalhadores e usuários, em resposta às tarefas e desafios que eles têm de enfrentar em suas tentativas de solucionar as necessidades de saúde do território onde estão inseridos, por meio do aprendizado e dos processos de ajustamento à atividade produtiva planejada cooperativamente e desenvolvida em equipe.

A aposta é que o conhecimento produzido com o planejamento participativo e a intercessão-pesquisa possa quebrar as barreiras das instituições acadêmicas e instâncias verticalizadas de gestão, e romper com o estatuto exclusivo do discurso do intelectual, para recolocá-lo dentro das dinâmicas de constituição do coletivo.

Ativar o protagonismo dos trabalhadores é um dos maiores desafios da práxis de intercessão nos processos de produção do conhecimento e da Atenção/Cuidado e nos processos específicos de gestão dessa produção.

Mas é desse modo que, conforme Costa-Rosa (2009), podemos caminhar rumo às diretrizes do Sistema Único de Saúde, que prima pela inclusão de usuários e trabalhadores na formulação, gestão e organização dos processos de produção da atenção, e por uma nova concepção de saúde, compreendida como resultante dos efeitos do processo de produção social da vida – o que, por si só, coloca o protagonismo social e subjetivo como fatores radicalmente necessários.

Dada a indissociabilidade entre as instâncias de produção do conhecimento, ensino, gestão e cuidado, a realização desta pesquisa não poderia se dar de outra forma que não fosse a produção coletiva, mantendo a coerência com nosso modo de pensar.

Para além da construção das Diretrizes, este trabalho também objetivou a apropriação, por parte dos gestores e trabalhadores de saúde mental, de ferramentas que ajudam a viabilizar a participação e a intervenção na realidade, e ainda produzir conhecimento no desenvolvimento dessa práxis, ao mesmo tempo em que se realiza a intercessão-pesquisa.

Organizar serviços e produzir conhecimento para além do capital exige que coloquemos os sujeitos concretos (seres vivos) como parâmetro para pensar a sociedade, o que requer a superação da lógica desumanizadora do capital, que tem seus fundamentos no individualismo, no lucro e na competição.

2- PLANEJAMENTO E INTERCESSÃO-PESQUISA COMO DISPOSITIVOS DE PARTICIPAÇÃO

2.1 A INTERCESSÃO-PESQUISA

No presente trabalho, utilizamos a intercessão-pesquisa, desenvolvida por Costa-Rosa e referendada por outros pesquisadores, como Costa-Rosa e Stringheta (2007), Costa-Rosa e Martini (2010), Costa-Rosa e Rodrigues (2010), por entendê-la como um dispositivo intercessor coerente com os pressupostos teóricos que nortearam o processo de planejamento.

A diretriz da intercessão-pesquisa se faz pela fundamentação no processo dialético prática-teoria-prática e na facilitação da construção coletiva do conhecimento, associando o conhecimento da realidade com a sistematização das experiências e conhecimentos dos processos de articulação, formação e mobilização, concretizando o “aprender com a prática”, sendo esta sua meta e material para reflexão do intercessor-pesquisador.

A meta, objetivo ou direção não é dado *a priori*, assemelhando-se ao método cartográfico, de sorte que conhecer e fazer, pesquisar e interceder são inseparáveis: por conseguinte, a meta é construída no percurso da pesquisa.

O caminho metodológico dessa forma de pesquisar é a compreensão de que

[...] objeto, sujeito e conhecimento são efeitos coemergentes do processo de pesquisar, não se pode orientar a pesquisa pelo que se suporia saber de antemão acerca da realidade: o know what da pesquisa. Mergulhados na experiência do pesquisar, não havendo nenhuma garantia ou ponto de referência exterior a esse plano, apoiamos a investigação no seu modo de fazer: o know how da pesquisa. O ponto de apoio é a experiência entendida como um saber- fazer, isto é, um saber que vem, que emerge do fazer. Tal primado da experiência direciona o trabalho da pesquisa do saber- fazer ao fazer-saber, do saber na experiência à experiência do saber (PASSOS; BARROS, 2009, p.18).

Costa-Rosa (2009) refere que se trata de investigar um processo de produção de conhecimento, necessariamente em resposta às demandas e injunções emanadas da realidade, mas não da realidade em geral – daquele núcleo da realidade que exige o engajamento específico da transformação; é mais especificamente o nó real da experiência, que exige ser tratado com as ferramentas do simbólico e da imaginação e não a representação de um objeto, portanto, não há coleta de dados, mas a produção dos dados da pesquisa, que já se encontram em possibilidade e que a intercessão-pesquisa faz emergir, como um de seus efeitos secundários.

Para o autor citado acima, a aproximação cognoscente ao campo da práxis da Saúde permite que a contradição entre fazer e saber se expresse sob a forma de paradoxo. Uma vez que ambos, pesquisador e pesquisado, sendo humanos, são antes de tudo produtores de conhecimento, ou seja, se sujeito e objeto do conhecimento se constituem no ato mesmo de pesquisar como sujeitos igualmente protagonistas do processo de produção de conhecimento, será preciso explicar a especificidade do conhecimento produzido pelos indivíduos, nessas diferentes circunstâncias, sob pena de não encontrarmos mais pertinência para um conhecimento separado da práxis, isto é, para uma produção de conhecimento que seja capaz ele próprio de se elevar à condição de práxis.

A produção de conhecimento, nesse caso, só se torna relevante se entendida como conhecimento dos (e para os) processos de intercessão e, nesse sentido, como uma pesquisa que supõe a intercessão como campo da práxis em transformação dinâmica, ora em maior, ora

em menor ritmo, e com a inserção do futuro pesquisador no lugar de “intercessor encarnado”, como no trabalho aqui exposto.

Costa-Rosa (2009) compreende, com Deleuze (1992), que o intercessor encarnado é efeito da demanda do campo de intercessão e não o contrário, quer dizer, a intercessão não é o efeito de um agente intercessor. Configura-se, pois, como produção de um conhecimento sobre os processos de produção de conhecimento na práxis pelos sujeitos da práxis, incluído aí o intercessor/pesquisador.

O dispositivo intercessor como meio de produção de conhecimento justifica-se pela necessidade de interceder na contradição social saber-fazer, nas instituições produtoras de Atenção à Saúde, e na instituição universitária como produtora de saber de técnicos e de pesquisadores. De fato, conforme Costa-Rosa (2009), um saber assim produzido e uma prática assim realizada, sobretudo no campo da saúde, trazem efeitos graves de alienação que aumentam o sofrimento relacionado aos problemas dos indivíduos os quais requerem as ações de atenção à saúde; desdobram-se em efeitos iatrogênicos.

É oportuno esclarecer que, ao interceder na práxis universitária exercitando outro modo de produção de saber, situado dialeticamente em oposição à forma que cremos dominante, não visamos mais que a efeitos-demonstração da pertinência de tal forma de produção de saber e dos seus efeitos radicalmente diferenciais para trabalhadores da Saúde e sujeitos do sofrimento.

Também podemos salientar, de maneira mais simples e direta, que o pesquisador é antes um intercessor na produção da ação do saber para a ação, pelos indivíduos e grupos; essa intercessão e seu protagonismo como intercessor encarnado, entre outros intercessores presentes no campo de ação, serão o objeto da pesquisa propriamente dita. Por isso, nomeamos esse processo de ação de “intercessão-pesquisa”.

Enfatiza Costa-Rosa (2009) que aqui há uma diferenciação importante a ser feita, realizada por Lacan (1992) para o campo da Psicanálise: consiste na diferença entre produção de saber na práxis e para ela (esse é um saber resultante da aproximação ao “não-sabido”, digamos, ao real da experiência, ele realmente não se escreve) e existe a produção do conhecimento que, neste momento histórico é considerada inevitável; este, além de objetivar

o implemento das possibilidades de Produção do Saber, é um conhecimento que visa a neutralização do próprio “[...] conhecimento colonizador e abissal” (SANTOS, 2010).

Nessa perspectiva, o saber não é produzido sobre os outros de forma autoritária e dominadora visando à domesticação dos trabalhadores, para que eles se prestem a obedecer e a reproduzir uma organização societária que serve aos interesses do Capital, nem é produzido para os outros, mantendo os trabalhadores submetidos, dando a impressão de que fazem parte, mas na prática tomando a iniciativa por eles, perpetuando a dependência e o sentimento de subalternidade. A proposta é construir o conhecimento com os diferentes atores envolvidos, despertando o senso crítico e promovendo o diálogo entre todos, a fim de agregá-los num processo de construção coletiva, numa perspectiva solidária.

A intercessão-pesquisa, à medida que relaciona o fazer com uma reflexão teórica e integra a dimensão imediata com a estratégia ético-política, possibilita a produção de conhecimento que vai além do modo de produção do capital, engendrando práticas que promovem uma transformação emancipadora do trabalho, cultivando rizomas de um novo modo de reprodução social do trabalho e que, ao influenciar o cotidiano da vida, atinge ao mesmo tempo os modos de reprodução social do sistema do capital.

Tal método pode almejar e atingir esses fins justamente por ser norte ético; este deriva da configuração paradigmática em que opera. No caso específico do campo da Saúde, cabe falar em “Paradigma da produção Social da Saúde” e, no Campo da Saúde Mental, em Estratégia Atenção Psicossocial (EAPS). Por isso, seu modo particular de “reprodução social do trabalho” decorre mais de sua ética paradigmática, embora o Dispositivo Intercessor, ao visar a barrar a divisão essencial do trabalho no Modo Capitalista de Produção, pretenda reintegrar uma dimensão criativa essencial ao trabalho em Saúde, que, em outros contextos, está incontestavelmente perdida. Esse barramento da cisão saber-fazer pretende atingir a raiz do Modo Capitalista de Produção, mesmo em nosso campo específico, que se traduz, conforme Costa-Rosa (2006), em Modo de Produção Assistencial Privatista Medicocentrado na saúde em geral e em Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), na saúde mental, cujas características principais expusemos na introdução do presente trabalho.

Sumarizando, podemos afirmar que, nesse modo de pesquisar, parte-se da prática, teoriza-se coletivamente sobre a mesma e volta-se à prática, conforme a concepção dialética do conhecimento, considerando-se a prática social a fonte dos conhecimentos.

Assim, o conhecimento objetivo será uma criação que se produz e se alcança de maneira ativa, solidária e coletiva, num movimento teórico-prático em que cada síntese conceitual se confirma na prática cotidiana, para adquirir plena validade teórica.

2.2- PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO

É quase uma tradição, no Brasil, que as políticas públicas de Saúde sejam planejadas de forma verticalizada, pensadas primeiramente no Ministério da Saúde, depois repassadas às Secretarias de Estado da Saúde (SES) e só então encaminhadas para outros órgãos, para serem implantadas com algumas sugestões regionais ou municipais.

Na opinião de Moraes (2006), essa forma de planejar pressupõe a concepção de que a eficácia das ações de gestão depende quase que exclusivamente das habilidades das equipes gestoras, assentada na crença de que, uma vez formulada uma proposta, todo o aparato estatal/municipal, inclusive os trabalhadores e mesmo a sociedade, irá compreender e executar o que foi prescrito, no sentido de concretizar as ações necessárias. Entende-se como certa a adesão consensual de todos às políticas propostas pelos órgãos gestores e, para que a adesão se fortaleça, recorre-se à publicação de normas, regulamentos, leis e indução financeira.

Em que pesem todos os avanços obtidos com a Constituição de 1988, que traça novos rumos para as políticas sociais em nosso país, e tudo que já foi implantado depois dela, no que tange ao planejamento, ainda utilizamos modelos normativos de planejar.

Para Teixeira (2001), métodos normativos consideram que há uma instância que planeja com plenos poderes e uma massa de trabalhadores que executam, supondo sempre o consenso, sem conflitos e sem interesses contraditórios; pressupõem igualmente um sujeito (unidades de saúde) e um objeto (necessidades de saúde/doenças e óbitos) independentes.

Alguns pressupostos comuns a essa maneira de planejar são:

- O sujeito é colocado fora e acima da realidade, o conhecimento da realidade se dá através do diagnóstico científico.
- A objetividade e a neutralidade científica são criteriosamente buscadas.

- Há uma separação entre a produção de políticas na sociedade e a historicidade dos atores envolvidos.

- A participação é substituída pela somatória de projetos de distintos lugares, como se houvesse um acordo, *a priori*, sobre as necessidades em Saúde a serem trabalhadas, mantendo-se a dicotomia entre pensamento e ação.

Em tais métodos, o ator que planeja é um técnico que utiliza um conjunto de conhecimentos sistemáticos e que se preocupa fundamentalmente com a eficiência da utilização dos recursos, cabendo a ele a função central da tomada de decisões relativas à definição de prioridades, fornecendo uma base racional e objetiva para as decisões.

A partir do conhecimento técnico e da avaliação que é feita pelo planejador, a respeito da importância de um determinado grupo social, são definidas prioridades, dispensando-se assim a participação coletiva, o que torna o planejamento uma proposta tecnocrática, investida de grande poder.

Cabe lembrar que a separação entre pensar e agir é a característica principal dos modos de produção na sociedade do Modo Capitalista de Produção: saber e fazer, planejar e executar, ensinar e aprender estão entre suas dicotomias maiores.

Mesmo após a Reforma Sanitária pressupor a mudança na saúde como o início para a transição à democratização do Estado e seus aparelhos, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, ainda é válida a avaliação de Paim (2003) de que “[...] o enfoque do planejamento no Sistema Único de Saúde e, conseqüentemente, da programação é predominantemente normativo”.

No Brasil, conforme Giovanella (1991), o método normativo mais conhecido e usado foi o “Cendes/Opas” de Programação em Saúde, formulado pelo Centro de Desenvolvimento (CENDES), órgão criado pela Venezuela, junto à Universidade Central, e apoiado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que tinha como função assessorar os países na elaboração de seus planos e de formular métodos para o planejamento em saúde.

Segundo Teixeira (2001), os princípios desse método derivaram de planejamentos para a área econômica, aplicados ao campo da saúde sem considerar sua especificidade, resultando em uma técnica de planejar cujo objetivo é racionalizar os ganhos econômicos obtidos com saúde e/ou diminuir os custos com o cuidado, normatizando a realidade.

Tal método, para Rivera (2009), contempla uma proposta de priorização dos danos à saúde que tende a privilegiar aqueles que apresentam um custo relativo menor por morte evitada.

O propósito do método Cendes/Opas, considerando a sua lógica interna, é o de melhorar a alocação de recursos, com maior custo benefício, com base em “análise objetiva” da realidade, tanto na definição de prioridades, quanto no processo de escolha das técnicas programáticas. A programação serve como instrumento de alocação racional de recursos, e a epidemiologia é o saber norteador.

O raciocínio básico do método é o da eficiência, evidenciado pela proposta de programação de recursos, que consiste em um esforço de normatização econômica dos equipamentos que realizam as ações de saúde. Espera-se com isso aumentar as atividades e, ao mesmo tempo, reduzir os custos, através de uma atuação sobre a composição quantitativa dos equipamentos ou sobre a combinação de recursos que os compõem.

O método se apoia no quadro diagnóstico e na análise de custos, privilegiando a programação e não as necessidades locais, de modo que os planos regionais devem constituir o somatório de planos locais, até chegarem ao plano nacional de saúde.

Podemos resumir, ressaltando que o planejamento normativo baseia-se no estabelecimento de normas que devem ser seguidas, para que se atinjam os objetivos e metas estipulados pelo nível central.

Nascido há quase meio século, ainda vamos encontrar resquícios desse método, na forma de planejar Políticas de Saúde no Brasil, seja pela falta de vivência na democracia participativa, seja pela captura, por parte do Estado, dos espaços institucionais legais de participação, de sorte que ainda não implantamos no campo da saúde o planejamento participativo para a construção de políticas para o setor.

Os referidos resquícios podem ser observados na construção do Plano Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, quadriênio 2008-2011.

Para a elaboração desse plano, a Secretaria de Estado de São Paulo (SES), em conjunto com os Conselhos Municipais de Saúde (COSEMS), com base em “discussões bipartite e contribuições do Seminário Estadual”, formulou uma proposta para subsidiar o trabalho dos Departamentos Regionais de Saúde e municípios, cuja versão de maio/junho de 2007 é dividida em três partes: a primeira, com apresentação das diretrizes gerais que devem nortear a elaboração do plano; a segunda, contendo o Anexo I, com descrição do diagnóstico da situação de saúde do Estado de São Paulo, e a terceira, com o Anexo II, uma proposta preliminar do plano com os eixos prioritários.

Em 15/06/2007, foi realizada pela Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS) da Secretaria Estadual de Saúde (SES) a Revisão do Documento Preliminar e Contribuições ao Plano Estadual de Saúde, São Paulo, quadriênio 2008-2011, para servir de roteiro na elaboração do plano, a qual reproduzimos a seguir:

[...] a proposta do Plano Estadual de São Paulo foi elaborada sob a lógica de traçar estratégias para o aperfeiçoamento e a operacionalização dos princípios do Sistema único de Saúde da universalidade, integralidade e equidade dos serviços de saúde. Utilizou-se uma metodologia que visa ampliar a percepção do Gestor Estadual através do diagnóstico situacional, permitindo a análise de viabilidade dos compromissos, objetivos e ações estabelecendo uma proposta concreta do trabalho. O plano é participativo e contempla a descentralização regional na saúde (com envolvimento dos Departamentos Regionais de Saúde – DRS e os Colegiados de Gestão Regional), agregando contribuições que além de refletir a Política de Saúde desenvolvida no Estado de São Paulo, aprimore e otimize os resultados do SUS.

Plano de saúde – conceito

O Ministério da Saúde, através do PLANEJASUS, define um Plano de Saúde como um instrumento que, a partir de uma análise institucional, apresenta as intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, que devem ser a expressão das políticas, dos compromissos e das prioridades de saúde numa determinada gestão, sendo a base para a execução, acompanhamento, avaliação e a gestão do sistema.

[...] Estrutura do Plano Estadual de Saúde – Disponibilizou-se (Secretaria Estadual de Saúde – SES e Conselhos Municipais de Saúde - COSEMS) a partir de 18/04/07 no Seminário Estadual para os DRS, a versão preliminar que contempla oito eixos prioritários. O plano tem a seguinte estrutura: diagnóstico situacional do Estado e DRS, eixos prioritários, diretrizes, objetivos, ações estratégicas e metas e indicadores de monitoramento e acompanhamento. Os nove eixos prioritários são os seguintes: 1- Ampliação do acesso da população, com redução de desigualdades regionais e aperfeiçoamento da qualidade das ações e serviços, 2- fortalecimento e aperfeiçoamento da capacidade de gestão Estadual, 3- gestão da educação e do trabalho no SUS, 4- redução da mortalidade infantil e materna, 5- controle de riscos, doenças e agravos prioritários no Estado de São Paulo, 6- desenvolvimento de serviços e ações de saúde para segmentos da população mais vulneráveis aos riscos

de doenças ou com necessidades específicas, 7- incentivo ao desenvolvimento de ações de promoção em saúde, 8- fortalecimento da participação da comunidade e do controle social na gestão do SUS, 9- ciência, tecnologia e inovações em saúde.

[...] as coordenadorias, áreas técnicas da SES e DRS devem rever o documento preliminar e apresentar as suas contribuições de acordo com o cronograma acordado e divulgado nas oficinas regionais, observando coerência entre o eixo e os sub-eixos, o diagnóstico e objetivos propostos e entre objetivos, ações estratégicas, metas e indicadores. [...] o que estrutura o plano são os 9 eixos. Todas as áreas técnicas da SES devem ajustar objetivos, ações, metas e indicadores segundo estes eixos. [...] os DRS, junto aos Colegiados de Gestão Regional – CGR podem ajustar diretrizes, objetivos, ações estratégicas, metas e indicadores de acompanhamento da execução do plano, conforme especificidades regionais. Os eixos, sub-eixos, objetivos, ações estratégicas, metas e indicadores foram “planilhados” para facilitar a análise e padronizar o preenchimento para consolidação das propostas.

Estamos disponibilizando conjunto de planilhas contendo por eixo: 1- nove planilhas para leitura, contendo objetivos, ações estratégicas, metas e indicadores, tal como divulgado no documento preliminar e 2- nove planilhas para preenchimento das propostas, também contendo objetivos, ações estratégicas, metas e indicadores, tal como divulgado no documento preliminar, para digitação de todas as alterações que cada coordenadoria/área técnica julgar oportuna.

Embora conste do roteiro que a construção do Plano Estadual de Saúde do Estado de São Paulo para o quadriênio 2008-2011 deve ocorrer de forma participativa, é possível verificar, no documento, que a análise da situação de saúde dos Departamentos Regionais foi realizada previamente, bem como os eixos prioritários, as ações estratégicas, as metas e os indicadores, os quais já estavam inclusive “planilhados”.

A fase descentralizada da elaboração do plano aconteceu na região de abrangência dos DRS, seguindo a organização proposta pela SES/SP: começando com a exposição do nível central, do diretor do DRS e do representante do COSEMS/SP, depois os participantes dividiam-se em pequenos grupos para discussão das propostas preliminares constantes no roteiro da SES/SP e elaboração das sugestões, que deveriam ser acrescentadas posteriormente ao plano Estadual de Saúde.

Entendemos que reconhecer as necessidades regionais foi um considerável avanço, mas ainda se manteve a lógica da somatória e de planejadores especializados, que fizeram um planejamento preliminar, cabendo aos Departamentos Regionais de Saúde e Colegiados de Gestão Regionais apenas um acréscimo de proposições a um plano já elaborado.

No campo da Saúde Mental, o recrudescimento da participação na construção das políticas de Saúde é ainda mais evidente, dada a falta de inserção social de seus usuários e o grau de especificidade dos serviços.

As mudanças na assistência à saúde mental são feitas em sua grande maioria pela via legislativa. Leis, Decretos, Portarias e Resoluções (BRASIL, 2002) são publicados, e aos trabalhadores cabe sua execução, diminuindo-se o seu poder no processo de organização do trabalho, perpetuando, de alguma forma, a organização fragmentária do trabalho em saúde e a lógica hegemônica de gestão verticalizada, que responsabiliza os trabalhadores por tarefas e procedimentos, com sua conseqüente alienação e desmotivação, o que inviabiliza a tarefa essencial de tornar os trabalhadores os sujeitos de fato de sua vida social e de sua ação global.

No entanto, “[...] não se pode mais falar de um centro que teria o monopólio da iniciativa na definição das políticas e de uma periferia que não faz mais do que negociar as capacidades de aplicação” (GUERRA, 2002, p. 344).

A participação no planejamento das políticas públicas é um dos princípios fundamentais na consolidação do Sistema Único de Saúde, por mediar a transição para outros arranjos organizacionais que não estejam subordinados à lógica da verticalização do sistema do capital, trazendo, nesse movimento, a possibilidade da superação das assimetrias de poder e de saber. Esse princípio é aqui entendido como um processo, que deve ser apreendido, aperfeiçoado pela prática e fundamentalmente exercitado nos diferentes meios em que convivemos e trabalhamos, como aprendizado de gestão da vida coletiva.

Dessa forma, é fundamental aos gestores e trabalhadores da saúde mental a apropriação de ferramentas e a construção de habilidades que possam tornar os espaços de planejamento dispositivos eficientes e eficazes de melhoria do cuidado em saúde e de democratização dos processos de tomada de decisões políticas.

Em decorrência, deve-se fomentar o processo capaz de levar a própria participação no planejamento e controle das políticas e ações de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, tal como preconizam as diretrizes da Reforma Sanitária em implantação no país, onde participar é a inserção na constituição da política de saúde, “[...] como mecanismo de sua determinação e do acompanhamento e fiscalização de seu respectivo processo, em todos os níveis do sistema, [...] vai da organização e definição ao controle das políticas” (GUIZARD et al., 2005).

As diretrizes da Reforma Sanitária demonstram claramente a necessidade de abandonarmos a ideia de que planejar é agrupar um conjunto de decisões técnicas, como preveem os métodos normativos, e de abrirmos espaço para os enfoques participativos nos quais possamos produzir conhecimento, ao mesmo tempo em que se produzem processos intercessores, na organização do trabalho e na construção das políticas públicas.

Sob o enfoque participativo, estão agrupadas várias modalidades de planejamento e em comum; além da participação das pessoas, em todas as etapas do ato de planejar, elas têm principalmente a característica de serem ferramentas de intervenção na realidade, a qual visa a construir novos valores que abrem outros horizontes possíveis para uma sociedade organizada sobre outras bases que não apenas o lucro, mas a distribuição do poder e a construção coletiva de outros arranjos sociais.

Essa forma de planejar assenta-se no diálogo ativo, na problematização e na condução compartilhada do processo, o que permite aos atores diretamente envolvidos e demais interessados uma participação efetiva na troca de informações, experiências e ideias, na construção do consenso (possível para a ação), na tomada de decisão e na própria gestão das ações planejadas.

É uma ferramenta imprescindível para conduzir as ações em contextos caracterizados por muitos interesses e vértices distintos, sobre como atuar em um determinado recorte da realidade, com o objetivo de transformá-lo. As ações planejadas sob essa perspectiva requerem um esforço de entendimento entre os diversos saberes/poderes presentes, de maneira a possibilitar uma análise ampla sobre uma dada situação e sobre as formas de intervir/conhecer/gerar/gerir, de sorte que “[...] quem planeja faz parte da realidade a ser planejada” (MATUS, 1993).

É ainda, segundo Kraptiz (1988), uma aproximação sistemática a processos de grupos, procurando mobilizar seus potenciais e fornecer-lhes instrumentos para melhorarem as suas ações pelas contribuições dos participantes em que se manifesta e se incorpora o meio socioeconômico e cultural de cada situação.

Os métodos participativos podem ser compreendidos como potência para o aprendizado coletivo, por propiciar uma interação transdisciplinar e intersetorial, facilitando o surgimento de proposições mais criativas e pertinentes a cada realidade.

Nessa maneira de planejar, não há espaço para o consumo passivo de informações, situação em que os técnicos planejadores depositam o seu conhecimento sobre os trabalhadores, gestores e usuários; ao invés disso, o planejar participativo é um processo coletivo de socialização e produção de conhecimento, que proporciona aos participantes a leitura crítica da realidade socioeconômico-político-cultural, com a finalidade de transformá-la.

Embora, como já referimos anteriormente, sejam muitas as modalidades de planejamento agrupadas sob o enfoque participativo e vários os autores que as representam, no planejamento participativo em saúde os precursores mais significativos são Carlos Matus e Mario Testa.

Conforme Rivera (2008), Matus contribuiu para o modelo de processamento de problemas e soluções, que é o seu Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES está assentado nas teorias da situação, da produção social e da ação interativa. O seu processamento de problemas preconiza o momento explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional. Com elementos de cálculo de cenários e um sofisticado instrumental de análise estratégica, ele propõe um modelo de planejamento criativo, flexível e interativo. A direção estratégica para a gestão pública também é proposta de Matus, consistindo na reforma vertical da administração, por meio da introdução de uma série conexa de subsistemas de gestão, que priorizam o planejamento criativo, a descentralização dos sistemas de condução, uma abordagem de gestão por objetivos ou operações e, por fim, a alta responsabilidade decorrente do monitoramento, da cobrança e da prestação de contas.

Quanto a Testa, Rivera (2008) enfatiza que este foi crítico do planejamento normativo juntamente com Matus, mas evoluiu para a defesa de um planejamento que não representasse um excesso de formalização política. Formulou uma proposta de explicação da problemática setorial (epidemiológica e organizativa), de natureza estratégica, que integra um diagnóstico ideológico. Testa prioriza um tipo de atuação capaz de acentuar os traços democráticos da instituição, e o planejamento deve favorecer práticas dialógicas a serviço do estabelecimento

de consensos e de acordos sobre compromissos, perdendo a imagem de uma metodologia muito estruturada.

No Brasil, muitos autores foram inspirados pelos métodos de planejar de Matus e Testa, e a eles acrescentaram a sua criatividade e seu próprio modo de fazer, quando desenvolveram as suas linhas teóricas e suas correntes de planejamento. Campos (2000) e Rivera (2008) realizaram análise dessas experiências e produções teóricas brasileiras, agrupando-as de acordo com o enfoque predominante.

Campos (2000) identifica quatro linhas:

- O resgate da potencialidade comunicativa do planejamento estratégico, empreendido por autores da Escola Nacional de Saúde pública do Rio de Janeiro, em especial Javier Uribe Rivera e Edmundo Gallo.
- A ênfase no subsídio do planejamento estratégico para a gestão democrática, que caracteriza os trabalhos de, entre outros, Emerson Merhy e Gastão Campos, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas.
- O aprimoramento de uma técnica de planejamento de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas. [...] sugere nova tecnologia de planejamento: “PES modificado ou ZOPP (Ziel Orientierte Projekt Planung) enriquecido com PES”
- O esclarecimento do planejamento em relação às teorias da complexidade em voga, empreendido, de modo destacado, por Adolfo Chorny, da Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro. (CAMPOS, 2000, p.723).

Para a autora, no trabalho acima citado, as linhas referidas podem ser assim sintetizadas:

- O planejamento como meio da ação comunicativa tem como preocupação principal ligar conteúdos da planificação a uma reflexão filosófico-epistemológica. Aproxima fundamentalmente a Teoria do Agir Comunicativo de Habermas à área de Planejamento, almejando romper com a instrumentalidade exacerbada de certos métodos. Ressalta-se o trabalho de Rivera, que traz grandes contribuições do ponto de vista da crítica e propõe um contraponto teórico entre o Agir comunicativo e o Planejamento Estratégico Situacional, desenvolvendo uma reconstrução do formato metodológico matusiano. Por seu turno, o trabalho de Gallo busca conformações históricas para explicar as relações entre Estado, sociedade, razão e poder. Rastrea as raízes dessas relações, desde os gregos até chegar às concepções modernas de Estado, fazendo crítica do agir instrumental e de sua colonização da vida, além de criticar a separação total entre meios e fins.

- O planejamento como subsídio da gestão democrática e das mudanças é um método alternativo para racionalizar e adequar estruturas e equipamentos, colocando-os a serviço de um novo modelo assistencial. Para Gastão Campos, o planejar está vinculado à questão da implantação de modelo inovador de cuidado e de gestão. Esse modo de pensar o planejamento se aproxima de Testa e de outros autores que o viram como uma ferramenta capaz de opor-se a que as leis do mercado sejam as únicas ordenadoras do sistema de saúde. Além disso, para ele, os planos deveriam operacionalizar sínteses entre as diretrizes de eficiência e as de eficácia. Resgata o planejamento como instrumento capaz de promover mudanças, esperando-se que o mesmo seja incorporado ao debate sanitário brasileiro. A questão central em toda obra desse autor é a de como utilizar o instrumental da gestão para propiciar a construção de sujeitos mais livres e criativos, comprometidos com uma visão de mundo mais solidária e com o resgate do valor de uso do trabalho. Já Merhy pensa o planejamento como instrumento/atividade dos processos de gestão, como prática social transformadora e método de ação governamental, quer dizer, gestão do processo de trabalho, prática transformadora das relações sociais e produção de políticas.

- No planejamento como técnica, Cecílio procura manter um rigor metodológico, tornando, ao mesmo tempo, acessível a um grande número de pessoas a arte do planejar. Combina o Planejamento Estratégico Situacional (PES) com o Ziel Orientierte Projekt Planung (ZOPP), para adequar o planejamento ao tempo escasso dos gestores e à necessidade de deixar mais facilitado o uso de tais tecnologias a um número maior de pessoas. O autor substitui o recorte explicativo do PES pela árvore explicativa do ZOPP, com isso eliminando a etapa mais complexa e demorada do método matusiano.

- Com o planejamento como meio de intervenção em ambientes complexos, Chorny resgata o sentido do planejamento como produção de saúde. Contextualiza as teorias da complexidade e faz crítica sobre o uso do planejamento para reduzir gastos, afirmando que o primeiro objeto de reflexão dos planejadores deverá ser a situação de saúde, depois a dimensão metodológica e, por último, a ação. Retoma a importância do momento tático como dimensão da programação, resgatando o uso de ferramentas para essa finalidade. Esse autor, embora clássico, possui uma acurada visão de mundo que lhe possibilita ressaltar a centralidade do conjunto das finalidades para enfrentar os desafios da complexidade.

Rivera (2008) também considera quatro correntes de planejamento, a saber:

- A corrente de gestão estratégica do Laboratório de Planejamento (LAPA) da Faculdade de Medicina de Campinas.
- A corrente do planejamento estratégico comunicativo, representado por núcleos do Departamento de Administração e Planejamento de Saúde (DAPS) da Ensp/Fiocruz.
- A corrente da Vigilância à Saúde, representada por um grupo heterogêneo do ponto de vista geográfico.
- A Escola de Ação Programática da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Podemos resumir, conforme Rivera (2008), as principais características das correntes citadas, da seguinte forma:

- A gestão estratégica do Laboratório de Planejamento (LAPA) da Faculdade de Medicina de Campinas preconiza um modelo de gestão colegiada e democrática, caracterizado pela autonomia dos trabalhadores, colegiados de gestão, comunicação lateral e ênfase na avaliação para aumentar a responsabilidade. Nessa proposta, o planejamento é uma caixa de ferramentas, que inclui o Pensamento Estratégico de Testa, o Planejamento Estratégico Situacional de Matus, elementos da Qualidade Total, a Análise Institucional etc. Apesar da ênfase que se atribui à atenção primária, ela também tem experiência na parte hospitalar, onde foi tentado o modelo de gestão que a corrente defende. Pode-se encontrar ainda, nessa corrente, elementos da Política Nacional de Humanização, como os conceitos de acolhimento e vínculo. Outras premissas são: a preocupação com os microprocessos de trabalho assistencial, os fluxogramas analisadores e a integralidade.

- O planejamento estratégico comunicativo, representado por núcleos do Departamento de Administração e Planejamento de Saúde (DAPS) da ENSP/Fiocruz, adere ao planejamento estratégico situacional e incorpora um enfoque de planejamento/gestão estratégica de hospitais, adaptado da França, especificamente de Michel Crémadez (1997). Também desenvolve toda uma reflexão de componentes de uma gestão pela escuta, como a liderança, a prática de argumentação ligada à negociação e à questão cultural, com alguma influência da Escola da Organização que Aprende e de um ramo da Filosofia da Linguagem aplicada à gestão organizacional, representado por Flores (1989) e Echeverria (1994). O termo *comunicativo* alude a uma aplicação da teoria do Agir Comunicativo de Habermas (1987), sob a forma de parâmetro de crítica do paradigma estratégico.

- Em relação à corrente da Vigilância à Saúde, representada por um grupo heterogêneo do ponto de vista geográfico, postula-se um modelo de vigilância à saúde fortalecido que possa levar a uma inversão do modelo assistencial hegemônico. Esse modelo é contrário à fragmentação dos programas verticais da saúde pública, defendendo a necessidade da integração horizontal dos vários componentes do sanitarismo. O planejamento situacional, inspirado em Matus, teria a função de promover a coordenação e a integração no processamento de problemas transversais. O modelo básico da Vigilância à Saúde é a promoção da saúde e a intersectorialidade, contrapondo-se ao modelo flexneriano. Seus alicerces assistenciais são a rede primária de atenção à saúde e a estratégia saúde da família. Sua contribuição mais significativa é a proposta de Sistemas de Microrregionalização Solidária, como célula de um sistema regionalizado que caminhe na construção de sistemas integrados de saúde, por oposição aos sistemas fragmentados.

- A Escola de Ação Programática da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) se caracteriza pelas práticas experimentais de modificações na atenção primária, ressaltando formas multidisciplinares de trabalho em equipe. A escola enfatiza, tal como na vigilância à saúde, o uso inteligente da Epidemiologia Clínica e Social, como disciplina útil na programação das práticas de serviços. Sustenta, em relação à programação, a necessidade de abertura programática por grupos humanos amplos, para além de um recorte patológico estanque, favorecendo dessa maneira uma abordagem mais integrada do cuidado. Existe uma ênfase importante, por parte de alguns professores dessa escola, no ramo da filosofia da linguagem dentro da vertente comunicativa de Habermas. A escola considera que processos comunicativos, ou seja, uma rede eficaz de conversações, podem promover a integração entre serviços primários e hospitalares.

Os trabalhos de Campos (2000) e Rivera (2008) demonstram que são várias as correntes de planejamento participativo, com diferenças e semelhanças, mas todas partilham o objetivo comum de instrumentalizar as equipes para a gestão democrática, além de colocar em análise o cotidiano de trabalho.

É nesse ponto que se dá a confluência entre a intercessão-pesquisa e o planejamento participativo, na perspectiva da emancipação e da valorização do trabalhador, na construção do conhecimento e da política que norteia sua ação para a mudança paradigmática da

produção de saúde, que só se realiza plenamente como parte de um processo mais amplo de transformação social, como preconiza a Reforma Sanitária Brasileira.

Pensando a mudança na produção de saúde de forma sistêmica, ela poderá atingir o mundo da vida e assim projetar a relação entre as pessoas para além do capital, de sorte a se organizarem processos de trabalho e novas modalidades de relações sociais, que abram espaço para o trabalho vivo, o qual não está a serviço do acúmulo interminável de bens materiais, mas da realização do ser humano como ser livre e solidário.

Intercessão-pesquisa e planejamento constituem um processo cooperativo, e a cooperação se torna um permanente processo de aprendizagem – a práxis da convivência humana –, cuja estratégia é ir tecendo pouco a pouco os laços de relações mais fraternas e horizontalizadas, pois, conforme Viveret, (2010) “[...] é na democracia que fazemos a experiência da alteridade” e desenvolvemos a capacidade de aceitar e aprender com as diferenças, cooperando a partir da construção do bem comum, mas sem abrir mão das singularidades, o que, traduzido para o nosso campo, podemos nomear de “pacto pelo SUS”.

Assim, com o propósito de vivenciar o exercício micropolítico de outro modo de produção, cuidado e gestão em saúde, e ancorados no pressuposto de que o modo de fazer já é, de certa forma, o que se quer fazer e o “para que” se faz, ao aceitarmos o convite do articulador da saúde mental do DRS-IX Marília para a construção das diretrizes regionais para a saúde mental, encaminhamos ofício a todos os Gestores Municipais de Saúde dos 62 municípios que compõem a região, convidando a estes e aos demais trabalhadores para participarem de oficinas de planejamento participativo e intercessão-pesquisa, com o objetivo de construir coletivamente tais diretrizes.

Dentre as muitas possibilidades de planejamento que tínhamos, inspiramo-nos no Método ZOPP – Ziel Orientierte Projekt Planung – para a construção em conjunto destas, por termos maior familiaridade com o mesmo, sobretudo na moderação das oficinas, que também é ponto-chave de intersecção com o modo de operar a intercessão-pesquisa.

Para realizar o trabalho, tomamos por base apostilas elaboradas para cursos de formação no método, Bolay (1993), Brose (1985, 1993), Moraes (2006), uma vez que as fontes referentes ao ZOPP são raras, em nosso país.

3- O MÉTODO ZOPP – ZIEL ORIENTIERTE PROJEKT PLANUNG

Esse método foi elaborado pela GTZ – Deutsche Gesellschaft Fur Technische Zusammenarbeit (Agência do Governo Alemão para Cooperação Internacional), sendo o instrumento utilizado pela agência para o seu próprio planejamento. Sua história começa com a fundação da GTZ, no final dos anos 70 do século XX, na Alemanha.

Inicialmente, a GTZ testou o Logical Framework Approach (LFA), instrumento conhecido internacionalmente, que serve de base para as atividades de planejamento, implantação e avaliação. Após as primeiras experiências de sucesso, com aplicações em fase-piloto até 1980/81, a GTZ aperfeiçoa o LFA, desenvolvendo novo método que nomeou como ZOPP – Ziel Orientierte Projekt Planung. Esse novo instrumento incluiu outros elementos, como a análise da participação, da problemática e dos objetivos. O trabalho grupal em oficinas com equipes interdisciplinares e interculturais, os quais contavam com a participação da GTZ, das organizações parceiras e dos grupos-alvo, tornou-se a sua marca e foi padronizado. Ao longo do tempo, continuou a ser aperfeiçoado e incorporou outras técnicas que facilitam a construção coletiva.

Segundo Zeuri (2002), o Método ZOPP é o resultado de uma somatória de técnicas e de intervenção de técnicos, que vão transformando os instrumentos numa produção coletiva, nos diversos locais do mundo, inclusive no Brasil. Deve ser aplicado em etapas interligadas e sucessivas, no decorrer de reuniões chamadas Oficinas.

O método possui quatro características básicas: ser realizado através de uma sequência de etapas sucessivas; permanente visualização e documentação de todas as etapas do planejamento; enfoque no trabalho em equipe e inseparabilidade entre planejamento e implementação, portanto, gestores, trabalhadores e público-alvo devem fazer parte ativa no processo de planejamento.

Para garantir a participação ativa de todos os participantes, em todas as etapas do planejamento, preservando as características acima descritas, o Método ZOPP incorporou as técnicas de moderação, visualização, trabalho em pequenos grupos e o uso de perguntas ou fio lógico.

A moderação é uma forma de manejo de processos de discussão que visa a promover um diálogo horizontalizado entre os participantes, de maneira que todos participem ativamente na construção do produto dessa discussão. É uma forma de promover a aprendizagem de novas relações de trabalho, discutindo temas importantes que não são abordados no cotidiano, e ainda mobilizar a criatividade e o conhecimento do grupo para o enfrentamento coletivo dos problemas encontrados.

O moderador – também chamado de facilitador, intercessor, ativador etc. – de uma oficina tem como função:

- manter a discussão dentro dos limites do tema
- possibilitar a participação equilibrada de todos
- colocar perguntas que auxiliem a discussão e a exposição de pontos de vista
- interagir democraticamente
- ajudar a abandonar, mesmo que temporariamente, estilos rotineiros/tradicionais de trabalho
- estruturar as discussões através de resumos, observações e perguntas
- construir, com o grupo, regras para uma discussão objetiva
- definir o tempo para as discussões nos pequenos grupos e em plenário
- assegurar a visualização dos pontos principais
- estimular o grupo a alcançar suas próprias decisões
- cuidar para que as regras sejam mantidas

A visualização de ideias consiste em registrar as ideias geradas, por escrito, de forma individual ou coletiva, em fichas coloridas de papel ou cartolina, que são, em seguida, afixadas com fita adesiva em painéis recobertos com papel pardo, já dispostos no ambiente onde se dá a oficina, de sorte que possam ser visualizadas por todo o grupo e movidas de um lugar para outro, no painel. Os objetivos são sistematizar e aprofundar a discussão, e distinguir entre informações essenciais e secundárias.

Também é possível utilizar formas mais tradicionais como o *flip chart*, mas a visualização móvel permite ao moderador, à medida que coletiviza as ideias, ir mudando as fichas de lugar, ordenando, agrupando, formando uma estrutura tal que represente toda a discussão realizada. Os painéis assim estruturados podem ser facilmente registrados, dando origem à documentação que vai servir de memória das oficinas.

O uso da visualização facilita para todos o entendimento do que foi produzido, possibilita uma discussão mais concreta dos assuntos abordados, leva o grupo a uma melhor estruturação das ideias, auxilia a memorização, ajuda no resumo dos dados e discussões, ajuda a se chegar a conclusões mais objetivas e consensuadas, torna as discussões e tomadas de decisão mais transparentes, facilita e apoia a documentação, propicia o repasse de informações sem distorções ou ingerências externas. A utilização dos pequenos grupos alternados com plenária serve ao propósito de ampliar as oportunidades de participação de todos, favorece o estreitamento dos laços de confiança entre os participantes e gera responsabilização, além de ampliar a criatividade. Os pequenos grupos são adotados para aumentar a eficácia da comunicação e garantir um momento potente de criação, gerando proposições que possam ser o ponto de partida para a discussão em plenária.

As sessões plenárias são empregadas para o aperfeiçoamento e lapidação das proposições geradas nos pequenos grupos; é nelas que acontece o momento de socialização dos resultados, de tomada de decisão e de se estabelecer a responsabilização e cumplicidade pelo resultado alcançado.

O debate ativo deve ser provocado continuamente, sendo à base de um processo grupal participativo, no qual todos devem ter os mesmos direitos e tratamentos, independentemente da posição ou cargo que exerçam. A riqueza desse processo está na troca de experiências e no exercício da vida em coletividade.

Através da problematização, ou seja, da formulação de questões, a participação ativa é potencializada e a aprendizagem e o processo de construção do conhecimento vão se estruturando. As perguntas ou fio lógico constituem-se em chave para o desenvolvimento dos métodos participativos. Elas são usadas não só para a condução mais geral do debate (e, nesse caso, a sequência de perguntas que orienta a oficina de planejamento deve ser preparada antecipadamente), mas também para aprofundar a discussão em determinados momentos, sendo então formuladas pelo moderador, durante o desenvolvimento da oficina.

Conforme os manuais de curso de formação consultados (BOLAY,1993; BROSE,1985; 1993; MORAES, 2006), o desenvolvimento das oficinas dá-se através das seguintes etapas:

3.1- FASE DAS ANÁLISES

- Análise de Envolvimento

A proposta das oficinas de planejamento é iniciativa de alguma das partes envolvidas, que toma a decisão de enfrentar os problemas de forma compartilhada, nesse sentido, a fase de análise de envolvimento serve para identificar outros possíveis atores envolvidos com o projeto, levantando informações acerca de suas expectativas, interesses e disponibilidade, que sejam relevantes para o entendimento dos problemas a serem analisados durante as oficinas.

Também é possível iniciar pela próxima etapa, a Análise de Problemas e, paralelamente ou após sua conclusão, listar e analisar os envolvidos.

No final do planejamento, após adquirir mais compreensão sobre em que aspectos da realidade é necessário intervir, retoma-se a análise de envolvimento inicial, seguindo-se os mesmos parâmetros adotados e refinando-se os itens selecionados.

- Análise dos Problemas

O objetivo da análise de problemas é o de estabelecer uma visão geral da situação onde se quer intervir. Ao se proceder à análise de problemas, deve ficar claro que atores sociais estão enfocando uma dada realidade, a partir de sua inserção social e setorial. Uma situação pode ser considerada problema para um grupo e não para outro, dependendo do vértice de quem o está analisando. Uma boa análise deve integrar os diversos aspectos da realidade que compõem o cenário onde os diversos atores estão inseridos.

Para começar a análise, determina-se claramente o que será focado na realidade a ser trabalhada, isto é, por onde se quer começar; em seguida, constrói-se a Árvore do Problema. A determinação do foco de análise (ou problema central, ou problema inicial) delimita o campo da realidade a ser examinada, possibilitando clareza sobre a situação problemática e sua abrangência; por isso, a construção da árvore se inicia por essa etapa. Após, passa-se ao levantamento e à ordenação dos problemas, considerando a relação de causalidade entre eles.

A construção da árvore de problemas é a representação gráfica que possibilita uma adequada análise dos problemas existentes, com a compreensão de suas inter-relações causais. Nela, são estabelecidas as ligações mais importantes, traduzindo-se a realidade, que é complexa, numa linguagem cotidiana, a fim de tornar possível uma ação.

Na formulação dos problemas que compõem a árvore, deve-se buscar descrever um problema como um devir em relação a certa realidade, ou seja, a distância entre o que se faz e o que se deveria fazer consiste no problema.

- Análise de Objetivo

A análise de objetivos consiste no estabelecimento da situação futura desejada, com a solução ou abrandamento dos problemas formulados no passo anterior, aqueles detectados quando se formulou a árvore. Os objetivos são as expressões positivas da formulação e explicação do problema, e também devem ter uma formulação precisa.

A construção da árvore de objetivos obedece a uma relação meio-fim, substituindo a relação causa-efeito da árvore de problemas. A revisão da árvore de objetivos deve verificar se, em sua estruturação, os objetivos específicos expressam o que é necessário fazer para cumprir o objetivo geral.

- Análise de Alternativas

A análise da situação é finalizada pela análise de alternativas. É nesse momento que se realiza a escolha da estratégia a ser adotada, com base nas diferentes relações meios-fins representadas na árvore de objetivos. A partir desse momento, os participantes das oficinas de planejamento focam sua atenção no futuro do projeto, na sua exequibilidade.

O grupo procede à análise de cada um dos objetivos, usando critérios previamente pactuados, buscando identificar aqueles que têm possibilidades de ser alcançados e escolhem as estratégias, permitindo a realização das ações para cada problema priorizado. A análise de alternativas pode levar à reformulação dos objetivos, ampliando-os, reduzindo-os ou anulando-os.

Concluindo essa etapa, o grupo passa à fase da sistematização do planejamento.

3.2- FASE DA SISTEMATIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO

A- Elaboração da Matriz de Planejamento do Projeto - MPP

A fase de sistematização do planejamento no método ZOPP consiste na montagem do Marco Lógico, que é chamada de Planejamento do Projeto - MPP. Essa matriz identifica, em uma única página:

- por que o projeto deve ser executado,
- o que quer alcançar, como vai obter os resultados,
- quais os fatores externos importantes para o sucesso,
- como se pode avaliar o êxito,
- onde serão encontrados os dados para a avaliação do projeto
- quanto ele custará.

A MPP deve ser preenchida e lida verticalmente, garantindo-se a coerência de cada linha. As categorias de objetivo superior/finalidade do projeto e resultados derivam da árvore de objetivos, em função da alternativa escolhida.

O preenchimento e os conteúdos dos campos devem seguir as seguintes recomendações:

Objetivo Superior/finalidade (OS) – Situação positiva para a qual contribui o Objetivo do Projeto, desde que tenham ocorrido alguns fatores adicionais (Pressupostos).

Objetivo do Projeto (OP) – Situação positiva almejada pelo grupo e que deve ser alcançada pelo concurso dos resultados alcançados mais a ocorrência de alguns fatores externos adicionais.

Resultados – mudanças alcançadas através das atividades e que, no seu conjunto, são relevantes, necessárias e suficientes para se chegar ao Objetivo do Projeto (OP). Os resultados são formulados como situações positivas alcançadas.

Atividades – as ações que promovem os resultados, demandando recursos (humanos, financeiros, materiais etc.) para isso.

Cada projeto tem apenas um objetivo superior, um objetivo do projeto, podendo ter vários resultados e ações.

Indicadores objetivamente comprováveis – descrevem concretamente o que se pretende com os objetivos estabelecidos, e devem ser formulados de acordo com o objetivo específico em questão. Eles obrigam o grupo que planeja a uma revisão e precisão dos objetivos e possibilitam uma clareza sobre a magnitude do projeto. Os Indicadores formam uma base para a avaliação do projeto e permitem que o grau de consecução dos objetivos possa ser medido e controlado. Eles são, portanto, um instrumento para o gerenciamento do projeto e para o controle externo.

Descrevem os objetivos e resultados do projeto em termos de:

- identifica a ideia do indicador:	O quê?
- sujeito da ação:	Para quem?
- quantidade:	Quanto?
- qualidade:	Como?
- tempo/prazo:	Quando?
- local:	Onde

Fontes de comprovação – fornecem os dados para verificação e a comprovação dos indicadores:

- reunindo as fontes existentes
- examinando quão confiáveis são as fontes
- examinando se é necessário criar novas fontes
- se não for possível encontrar uma fonte para um indicador, ele terá que ser mudado

Pressupostos – fatores que são importantes para o alcance dos objetivos, mas que estão fora da governabilidade do projeto.

Discutidos todos os elementos que compõem a MPP, o grupo deve prosseguir cumprindo as próximas etapas, ainda durante a oficina de planejamento.

3.3- AVALIAÇÃO DOS RISCOS

Esta é a etapa de realizar a verificação geral do projeto, uma vez que o grupo já debateu exaustivamente cada etapa e, principalmente, discutiu os indicadores, que dão maior consciência aos participantes da dimensão do projeto e do compromisso que este vai exigir; é a explicitação da corresponsabilização que foi construída durante todo o processo.

3.4- DEFINIÇÃO DOS CUSTOS E INSUMOS

Nesta etapa, definem-se os recursos financeiros, materiais (insumos, equipamentos etc.), infraestrutura e pessoal, a serem utilizados no cumprimento de cada uma das atividades previstas.

3.5- MOMENTO DOIS – A GESTÃO DO PLANO

Ao se encerrarem as oficinas de planejamento, tem início a gestão do plano que foi elaborado e explicitado na MPP. Nessa fase de gestão, além da execução das atividades planejadas, acontece também o monitoramento e a avaliação dos resultados através dos indicadores definidos. Essa é uma atividade extensiva ao longo do tempo de desenvolvimento do projeto e para a qual será crucial a maneira como o grupo pactua a execução do plano que produziu.

O grupo precisa encontrar a melhor forma de distribuir as informações, atribuições e demais aspectos que compõem o modelo de gestão participativa a ser adotado, levando em consideração as peculiaridades do projeto e do grupo responsável por ele. O envolvimento de todos nas proposições e nas tomadas de decisões que serão necessárias, ao longo da

implementação, é a forma de garantir que a gestão do plano siga os mesmos princípios que fundamentaram a escolha de uma metodologia participativa para a elaboração do plano.

As etapas referidas acima são as mais tradicionalmente descritas nos manuais de formação no método encontradas no Brasil.

No entanto, nos anos 1990, segundo o Guia de Orientação para o Planejamento de Projetos Novos e em Andamento (1998), algumas críticas são fomentadas sobre o método, no que tange à sua realização de forma esquemática e quase ritualizada, que não levava suficientemente em consideração as respectivas situações específicas vigentes nos diferentes projetos. Os participantes da planificação tinham, às vezes, a impressão de serem objetos passivos numa oficina artificial, a qual eles não compreendiam a fundo.

Em muitas ocasiões, passava-se a impressão aos colaboradores, parceiros e representantes dos grupos-alvo de que o ZOPP era um instrumento de poder imposto pela Central da GTZ e, ao invés da corresponsabilização, gerava-se o sentimento de serem submetidos a um método de planejar.

A oficina era sentida como uma encenação e parecia reduzir-se a alguns cartões coloridos, que, no final, não faziam sentido para a prática cotidiana do desenvolvimento dos projetos.

A redução do planejamento à realização da oficina fez com que fosse dada pouca ênfase à participação dos grupos-alvo no planejamento e a percepção diferenciada dos vários vértices das partes envolvidas, o que era justamente o contrário daquilo que o ZOPP objetivava.

Em função de tais críticas, o Ministério Federal de Cooperação Econômica e Desenvolvimento da Alemanha (BMZ) realizou, de 1993 até 1996, uma avaliação teórica e prática do método ZOPP, concluindo que este deve, em todos os casos, ser mantido, sendo, todavia, imprescindível proceder a uma adaptação da sua concepção e implementação. Em sua apreciação final, o BMZ chegou ainda à conclusão de que o método ZOPP tem de tornar-se mais realístico e levar ainda mais em consideração os contextos sociais.

Em 1998, depois da avaliação desse Ministério, a GTZ publicou o Guia de Orientação para o Planejamento de Projetos Novos e em Andamento, com indicações de literaturas para consulta e a plataforma comum para as diferentes posições, com base na qual o método ZOPP poderá ser desenvolvido e aperfeiçoado. Abandonou as regras rígidas e os procedimentos esquematizados sobre como dar forma a um processo de planejamento, e manteve os norteadores mais gerais que guardam a sua essência fundamental de mudança paradigmática no processo de planejar, como a compreensão de que as ações e as concepções não podem ficar centradas apenas na gestão ou poder governamental e que a planificação deve favorecer ao máximo a participação dos envolvidos no projeto, inclusive de seus beneficiários.

Para Moraes (2006), o ZOPP é, acima de tudo, um processo de esclarecimento e negociação entre pessoas que, de forma coletiva, visam a modificar uma situação que, para elas, se configura como problemática, transformando-a numa situação futura melhorada.

Sua principal aplicação se dá em sistemas complexos; segundo a GTZ (1998), a cooperação técnica engloba projetos destinados a aumentar as capacidades de desempenhos de indivíduos e organizações em países em vias de desenvolvimento. O maior interesse consiste, portanto, em dar início a processos de mudança para indivíduos e organizações, sendo que esses processos estão sujeitos à força dinâmica da complexidade dos sistemas.

Foi principalmente esse aspecto do ZOPP que mais nos motivou a nos inspirarmos nele, para a realização do planejamento das Diretrizes Regionais para a Saúde Mental, porque era justamente um processo de mudança na forma de organizar e operar as ações de saúde mental que gostaríamos de iniciar, nos municípios, ao traçarmos coletivamente tais diretrizes.

4- O PROCESSO DE PLANEJAMENTO DAS DIRETRIZES REGIONAIS PARA A SAÚDE MENTAL NO DRS-IX MARÍLIA

Em nossa aplicação do método, fizemos adequações para nosso campo e projeto. Por se tratar de diretrizes que se destinam a servir de norte para a reorganização do processo de trabalho, no sentido de produzir mudanças no cuidado ao sofrimento psíquico, priorizamos a análise da situação de saúde mental, a construção da árvore de problemas, da árvore de objetivos e da árvore de alternativas.

Desenvolvemos, por assim dizer, as etapas de análises: de participação e envolvimento, da situação atual da saúde mental nos municípios, dos objetivos e de alternativas.

Objetivávamos, nas oficinas, além da construção das diretrizes, aprimorar a capacidade de compreender e analisar o processo de trabalho, de modo que a palavra circulasse, criando espaços para debates coletivos, por acreditarmos que é no fazer/pensar que os participantes se percebem como produtores do conhecimento, com capacidade para romperem com a fragmentação geradora de especialistas (planejadores e pesquisadores), com concentrações de saberes que são impostos sobre os trabalhadores e a comunidade.

Nos encontros realizados, a problematização, a troca de conhecimento e as experiências vividas a partir do próprio trabalho vão emergindo como fontes de percepção e interpretação da vida no trabalho, abrindo brechas para a criatividade, construção e aprendizagem no coletivo.

Para empreendermos esse processo de integração inventiva, partimos da concepção de Schwartz e Durrive (2007) de trabalho como atividade situada, como espaço coletivo de produção de saberes, de negociação e gestão, e de autores que o discutem como produção/relação de serviços, trabalho como invenção de produtos, de atividades e de si mesmos como sujeitos no mundo do trabalho, como o fazem Santos Filho (2011), Santos Filho, Barros e Gomes (2009), para sustentar a prática de análises coletivas da situação de saúde de seus territórios e de suas ações, por meio das oficinas de planejamento e da

intercessão-pesquisa, e estimular a participação ativa dos trabalhadores como sujeitos dessas atividades analíticas e, dessa maneira, conforme Santos Filho (2011), fomentar o aumento de sua capacidade de análise e de intervenção em seus processos de trabalho.

Procuramos recuperar a centralidade do trabalho como lócus privilegiado de transformações das relações entre trabalhadores, usuários e gestores, por compreendermos que não há caminho possível, para a mudança nas práticas de cuidado, que não passe pela via da valorização do trabalho e do trabalhador e, para tanto, é inevitável passar pela apreensão dialética das dicotomias presentes em seus cotidianos.

Entendemos que o planejamento participativo e a intercessão-pesquisa através das oficinas constituem um dispositivo para o processo de organização do trabalho coletivo, visto que os trabalhadores potencializados na sua interlocução com os gestores e entre eles podem desconstruir algumas dualidades, como saúde coletiva ou clínica, qualidade da clínica ou qualidade da gestão, executores ou pensadores, além da divisão técnica e social do trabalho em suas especialidades.

Nessa perspectiva, o exercício do planejamento participativo e da intercessão-pesquisa implica desenvolver uma concepção de realidade que vai favorecer a liberação das possibilidades virtualmente presentes, o que pode prevenir enredamentos nos estados de coisas determinados pelas forças reativas das ideias hegemônicas. O trabalho grupal amplia as potências para a análise das situações e o moderador/pesquisador/intercessor instiga esses movimentos, no sentido de transcender o instituído e gerar coletivamente as novas pactuações.

Ao participar das oficinas, cada ator envolvido, da sua própria maneira, apropria-se criticamente dos conceitos e saberes, faz análise sobre a sua realidade de trabalho e apresenta as suas proposições, nos pequenos grupos e assembleias e, posteriormente, em outros espaços institucionais, no momento da concepção do plano nos respectivos municípios, transformando-se num disseminador dos novos conhecimentos produzidos, os quais poderão se tornar novas forças constituintes.

Procuramos, conforme recomendação da Política Nacional de Humanização, “[...] fazer com que o trabalho seja também produção de criação e não apenas produção de repetição que contraria o processo vital. Assim o trabalho se constitui, em fator de transformação social” (BRASIL, 2006.)

Ao realizarmos as análises, estamos em alguma medida nos utilizando de proposições feitas por Campos (2006), no método Paideia, quando este reutiliza as categorias sugeridas por Marx, em *O capital*, para a análise do processo de trabalho, compreendendo que a ação humana é um dos núcleos centrais a serem analisados pelos sujeitos da ação.

Para o referido autor, essas categorias são:

- A finalidade da ação humana. Com que objetivos se elabora dada política de saúde, ou se faz gestão de serviços públicos, ou se trabalha com pessoas portadoras de risco ou enfermidades?
- Meios utilizados pelos sujeitos para conhecer e intervir em um dado contexto. Qual o modo utilizado pelos sujeitos para realizar alguma tarefa ou implementar algum projeto? Ou perguntado de outra forma, com que meios e métodos atuam uma equipe?
- Os objetos dos quais os sujeitos se encarregam. Estariam assumindo responsabilidade sobre que elementos de uma dada situação? Ao realizar um estudo ou uma intervenção, as pessoas recortam pedaços da realidade, e esses fragmentos revelam o compromisso desses sujeitos.
- Análise do resultado das intervenções. Que produto tal organização, movimento ou projeto estariam produzindo? (CAMPOS, 2006 p.21).

Nas oficinas, para o desenvolvimento da análise e reflexividade, aqui concebida em seu sentido forte de pensamento voltando-se sobre si, pelas evidências coletadas no mundo, sobre o processo de trabalho dos participantes dos municípios presentes, utilizamos o fio lógico com as seguintes perguntas:

A– O que eu faço?

Orientação do moderador – Essa pergunta refere-se aos serviços existentes no município que realizam alguma ação em saúde mental.

B – Como eu faço?

Orientação do moderador – Essa pergunta refere-se ao modo de operar as ações de saúde mental nesses serviços.

C– O que necessito fazer?

Orientação do moderador – Essa pergunta refere-se às necessidades de saúde mental dos municípios e possíveis ações a serem implantadas ou implementadas.

Nesse movimento de pensar sobre o que se faz, como se faz e o que se necessita fazer ou o para que se faz, tentamos romper com as formas comuns de explicar a prática, a partir das ideias e, ao mesmo tempo, formar as ideias a partir da práxis, sendo esse o próprio processo de produção do conhecimento.

A análise de envolvimento foi feita através de ofício do Departamento Regional de Saúde de Marília destinado aos gestores municipais de saúde e aos trabalhadores da saúde mental e estratégias de saúde da família que desenvolviam ações nessa área. Compareceram às oficinas os gestores e trabalhadores que manifestaram interesse na construção das diretrizes.

A etapa seguinte, que é a fase de concepção do plano, propriamente dita, não foi realizada, sendo pactuado com os municípios o planejamento posterior das ações, com suas equipes municipais, seguindo as diretrizes traçadas nas oficinas e obedecendo aos critérios da territorialização.

As oficinas foram realizadas conforme as seguintes etapas:

Primeiro Momento (esclarecimento)

Apresentação dos participantes, explicação dos objetivos da oficina, instruções necessárias para o desenvolvimento do trabalho, recomendações para a visualização de ideias e elaboração dos painéis.

Segundo Momento (tempestade de ideias)

Divisão dos participantes em pequenos grupos e discussão da primeira e da segunda pergunta do fio lógico.

Essa discussão possibilitou aos participantes efetuarem a análise da situação de saúde mental de seus municípios, quais os arranjos organizacionais que existem e como são operados, constituindo-se a base para a construção da árvore de problemas.

Terceiro Momento (organização das ideias)

Apresentação em plenária dos painéis com a estruturação de ideias nas tarjetas, análise final da situação de saúde mental. Essas discussões embasaram as outras etapas do trabalho com a construção coletiva da árvore de problemas.

Quarto Momento (sistematização de ideias sobre a política de saúde mental)

Leitura de texto de apoio sobre política de saúde mental (para servir de disparador como são utilizados os textos, nas conferências de saúde), discussão da terceira pergunta do fio lógico e elaboração da visualização de ideias dessa etapa, para a construção da árvore de objetivos.

Quinto Momento (tomada de decisão)

Apresentação em plenária do painel com a estruturação das ideias do quarto momento, discussão, análise final, construção coletiva da árvore de objetivos e recomendações para a Política Regional de Saúde Mental do DRS-IX Marília.

4.1- PRODUÇÃO DAS OFICINAS

Foram elencadas diversas causas e vários problemas, com uma grande variedade de proposições; contudo, foram escolhidos aqueles sobre os quais se tinha maior governabilidade, tanto para o processamento quanto para as estratégias.

4.2- PROBLEMAS PRIORIZADOS

- Organização dos serviços voltada para práticas de atenção centradas na doença e no medicamento.
- Falta de integralidade na rede de atenção à saúde mental.

- Falta de ações de saúde mental na atenção primária a saúde.
- Falta de qualificação para o trabalho com a Estratégia Atenção Psicossocial.

4.3- PROPOSIÇÕES/OBJETIVOS APRESENTADOS

- Reorganizar os serviços de saúde da região de abrangência do DRS-IX Marília, a partir da Estratégia Atenção Psicossocial.
- Organizar a rede de cuidados de forma coerente com a lógica preconizada pela integralidade.
- Incorporar no conjunto da rede de serviços de saúde da região o conceito ampliado de saúde em sua prática de atenção e gestão do cuidado, de modo a desenvolver a intersetorialidade.
- Fortalecer a atenção primária como eixo estruturante da organização do sistema de saúde e da Estratégia Atenção Psicossocial.
- Ampliar a atenção integral à saúde com responsabilização pactuada entre gestores e trabalhadores.
- Investir na formação em serviço dos trabalhadores, para a apropriação da Estratégia Atenção Psicossocial.
- Ampliar a discussão com os trabalhadores da atenção primária, no sentido de construir projetos de cuidado integral na área da saúde mental.
- Favorecer o aprendizado acerca da construção de redes corresponsáveis ao cuidado à saúde mental, envolvendo os gestores das várias complexidades do sistema.
- Criar espaços para o debate sistemático e para construção de novos saberes relacionados à organização da rede de cuidados, com base no princípio da integralidade e diretriz da gestão participativa.
- Elaborar um desenho de rede de cuidados solidária e integrada, envolvendo todos os atores implicados na produção de saúde.
- Criar Conselhos Gestores nos Centros de Atenção Psicossocial e refletir coletivamente sobre o modelo médico centrado e as potencialidades das ações da Estratégia Atenção Psicossocial, na emancipação dos trabalhadores e dos sujeitos do sofrimento.
- Pautar nas reuniões dos Colegiados de Gestão Regional temas sobre o incentivo ao investimento nas ações de promoção de saúde e a criação de uma rede solidária para o apoio à Estratégia Atenção Psicossocial.

4.4- ALTERNATIVAS PRODUZIDAS

- Configurar uma rede de cuidados integrada, na qual a atenção primária seja um lugar estratégico e complexo de atribuições para cuidar da forma mais ampla possível das necessidades de saúde/saúde mental e da qualidade de vida das pessoas, em seus territórios.
- Construir coletivamente um modelo de gestão do cuidado que priorize a promoção e a prevenção e não apenas o modelo curativo em saúde/saúde mental.
- Qualificar os trabalhadores da saúde para o trabalho com a Estratégia Atenção Psicossocial.
- Ampliar a rede de cuidado com dispositivos que favoreçam o trabalho com a Estratégia Atenção Psicossocial.

Após a análise final nas plenárias, as proposições e as alternativas foram agrupadas e sistematizadas pelo grupo de pesquisa Saúde Mental e Saúde Coletiva do Curso de Psicologia da UNESP/Assis, constituindo-se nas diretrizes que foram traçadas em linhas gerais para nortear as estratégias dos planos municipais para a saúde mental e subsidiar a formação da rede.

4.5- DIRETRIZES PRODUZIDAS

- Superar o modelo médico hegemônico na atenção à saúde mental na região do DRS-IX Marília, de maneira que produza mudanças no processo de trabalho, no modo de construção do cuidado e nas tecnologias em saúde mental, a partir da Estratégia Atenção Psicossocial.
- Construir uma rede de cuidados em saúde mental transversal, onde os processos de trabalho sejam estruturados com base nas noções de acolhimento, clínica ampliada, cogestão, vínculo e em defesa da vida cidadã.
- Eleger a Estratégia Saúde da Família como prioritária na articulação das políticas sociais para o cuidado em saúde mental no território.

Durante as oficinas, o olhar do moderador sobre a discussão dos grupos, os problemas levantados e as proposições para enfrentá-los suscitaram reflexões do tipo: por que o grupo escolheu esses problemas e não outros? Por que essas proposições de enfrentamento? Será que, na construção das diretrizes, foi possível avançar para além do modelo hegemônico e caminhar rumo à Estratégia Atenção Psicossocial? Até que ponto o modo do processo, a intercessão, possibilitou experimentar formas de trabalho capazes de permitir o vislumbre da produção e gestão horizontal?

Nesse sentido, a compreensão dos problemas, o porquê desse recorte e a potência do produzido foram a ponte entre a capacidade instrumental do planejamento participativo e a intercessão-pesquisa, facultando um olhar posterior sobre o processo de produção do conhecimento.

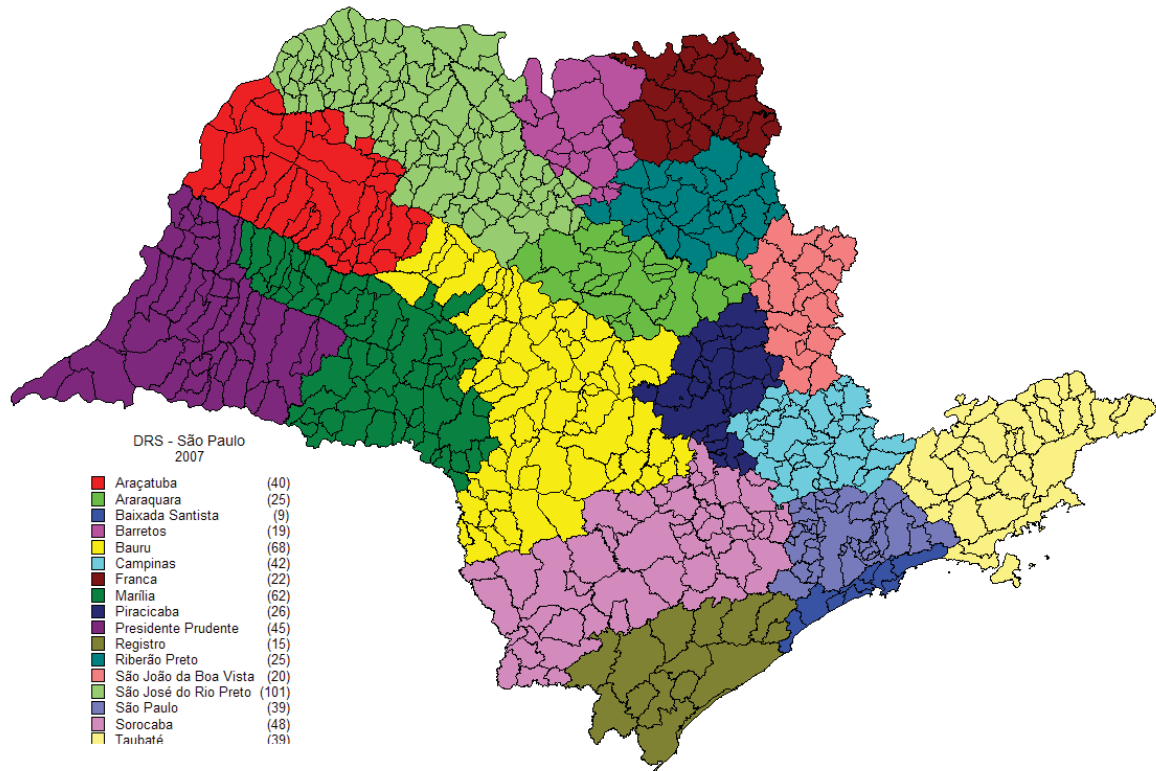
5- CAMPO DA INTERCESSÃO-PESQUISA

Este estudo foi realizado na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Marília (DRS – IX), que, conforme o Diagnóstico da situação de saúde dessa região, realizado em maio 2011 pelo DRS – IX, tem a seguinte configuração:

5.1- DADOS DEMOGRÁFICOS DO CAMPO

O Departamento Regional de Saúde de Marília – DRS IX está localizado na região centro-oeste do Estado de São Paulo, fazendo limites com as Regionais de Araçatuba, Bauru e Presidente Prudente (mapa 01).

Mapa 01 – Localização geográfica do DRS IX – Marília – 2010



Fonte: CRS/SES

É composto por 62 municípios (Mapa 02), com população total estimada, para 2010, de 1.068.408 habitantes (mapa 03), sendo 20,25% de jovens, 65,38% de adultos e 14,37% de idosos, conforme a Figura 01.

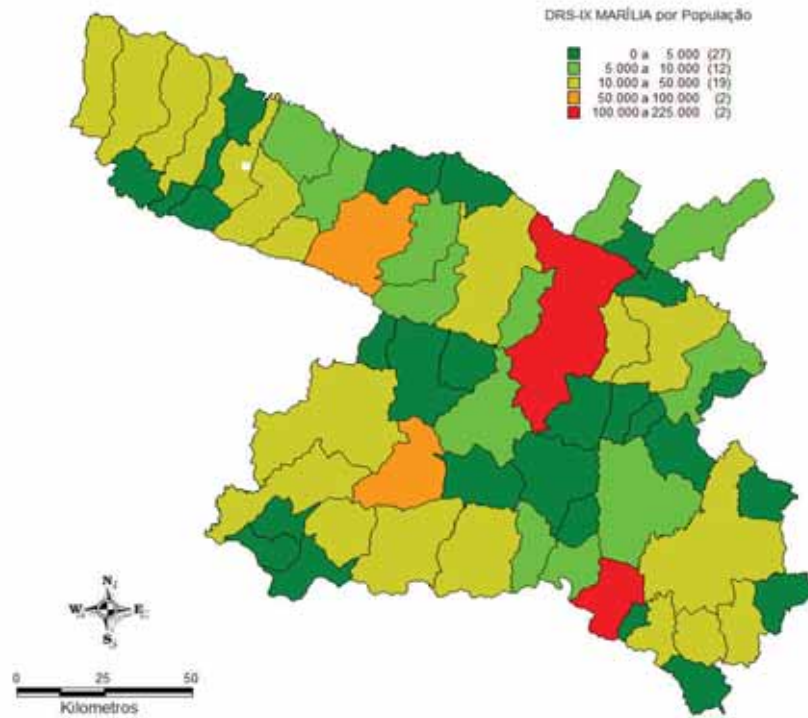
Os municípios da região apresentam uma economia eminentemente agrícola, onde, nas épocas de safra e entressafra, existe uma grande flutuação de população, devido à migração de outros Estados. Temos, ainda, um total de 9.000 detentos, aproximadamente, que fazem parte da população da região, porém, nem sempre mensurados.

Mapa 02 – Municípios que compõem o DRS IX Marília - 2010

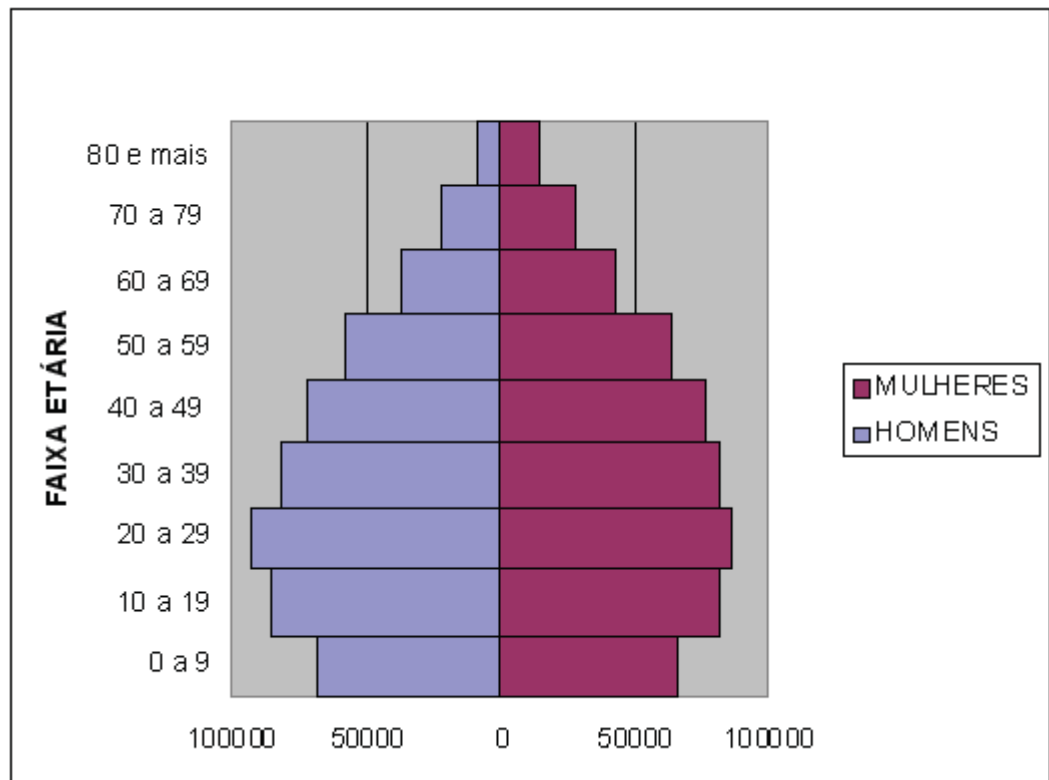


Fonte: CRS/SES

Mapa 03 – Dados de população - DRS IX – Marília - 2010.



Fonte: DATASUS



Fonte: DATASUS Figura 01- Pirâmide Etária DRS IX Marília – 2010

5.2- PERFIL SOCIOECONÔMICO

No Diagnóstico da situação de saúde da região, realizado em maio 2011 pelo DRS – IX, encontramos informações sobre a quarta edição do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS). Essa publicação consolida e compara dados relativos a 2000, 2002, 2004 e 2008, e consegue acompanhar as trajetórias das cidades na busca de soluções para a melhoria de vida da população. Quando agregados em 15 regiões administrativas, o gestor público visualiza e compara o estágio de desenvolvimento regional.

O estudo, conduzido pela Fundação Seade, revela os níveis de desempenho dos municípios paulistas quanto à riqueza, longevidade e educação, as três dimensões que compõem o índice. Além de ordenar as cidades do Estado de acordo com os três eixos considerados, o IPRS também classifica os municípios com base em cinco grupos, que resumem a situação de cada um deles.

Grupo 1: Municípios com índice elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais.

Grupo 2: Municípios com níveis de riqueza elevados, mas indicadores sociais insatisfatórios.

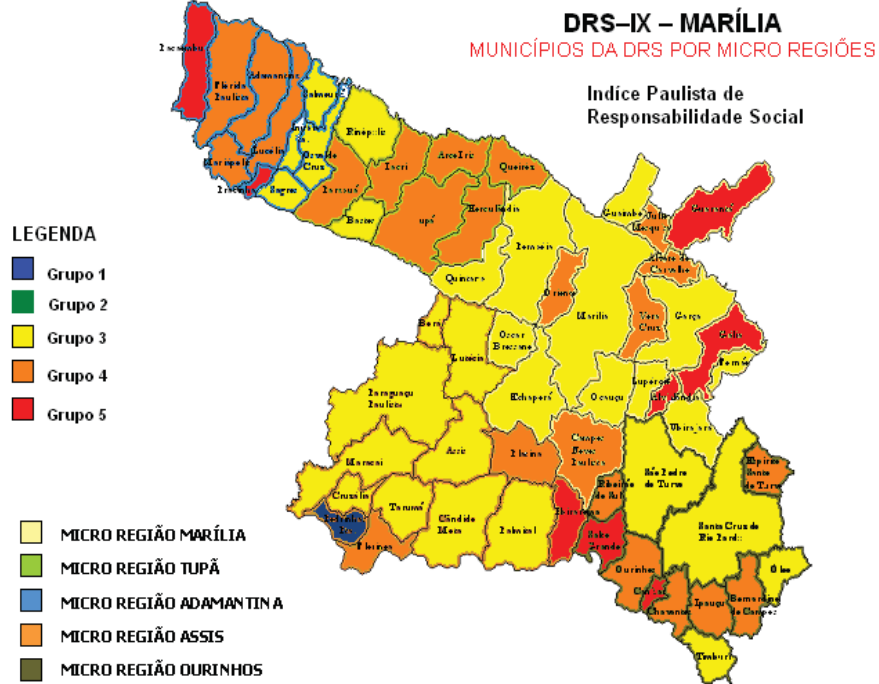
Grupo 3: Municípios com baixos níveis de riqueza, mas bons indicadores sociais.

Grupo 4: Municípios com baixos níveis de riqueza e indicadores intermediários de longevidade e ou/escolaridade (pelo menos um dos indicadores sociais insatisfatório).

Grupo 5: Municípios desfavorecidos tanto em riqueza como nos indicadores sociais.

No Grupo 1, que abriga os municípios com bons indicadores nas três dimensões, está apenas o município de Pedrinhas Paulista. O Grupo 2 não contempla nenhum município dessa Regional, enquanto o Grupo 3 reúne 30 cidades; os Grupos 4 e 5, com os piores indicadores em riqueza, longevidade e escolaridade, concentram outros 31, dos 62 municípios que formam o Departamento Regional de Saúde de Marília, conforme o Mapa 04.

Mapa 04 – Distribuição dos Municípios pelo IPRS – Ano de 2008.



Fonte: Fundação SEADE

6- ORGANIZAÇÃO DO SUS REGIONAL

Com a instituição do DRS IX Marília, iniciou-se um processo de reorganização que resultou em um novo desenho organizacional, que objetiva contemplar as necessidades e as peculiaridades locorregionais, pautadas na equidade, hierarquização e territorialização, na busca de uma rede resolutive e humanizada.

Os 62 municípios que compõem o DRS IX estão agrupados em 5 microrregiões, conforme Mapa 05, segundo critérios de territorialização e capacidade instalada dos serviços de saúde que constituem a rede microrregional de saúde, que são:

- Microrregião de Adamantina
- Microrregião de Assis
- Microrregião de Marília
- Microrregião de Ourinhos
- Microrregião de Tupã.

Mapa 05 – Municípios do DRS IX Marília separados por microrregiões.



Fonte: DRS IX Marília

6.1- COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DE ADAMANTINA

A Região de Saúde de Adamantina é formada por 10 municípios: Adamantina, Flórida Paulista, Inúbia Paulista, Lucélia, Mariápolis, Osvaldo Cruz, Pacaembu, Pracinha, Sagres e Salmourão. Localizada no Noroeste paulista, a sua economia é centrada nas atividades sucroalcooleira, com quatro usinas. Destaca-se também o setor terciário, com seis penitenciárias, gerando em torno de 2000 empregos diretos.

As Faculdades Adamantinenses Integradas contribuem para a economia regional, bem como a Cooperativa de Consumo de Inúbia Paulista, a quinta no País, que gera emprego e renda para a região.

A Região conta com uma população estimada de 128.287 habitantes, é composta em sua maioria de municípios pequenos e de baixo adensamento populacional, cinco deles com população até 5 mil habitantes e os outros cinco com população entre 10 e 50 mil habitantes.

- Organização do SUS na Região de Saúde

Nessa região, a maioria dos Sistemas Municipais de Saúde é constituída por redes de serviços de Atenção Primária. Conta ainda com cinco hospitais gerais e um hospital psiquiátrico, totalizando 403 leitos gerais, sendo 308 leitos conveniados ao SUS. Os 152 leitos psiquiátricos são todos conveniados.

Quanto à rede de alta complexidade e serviços especiais, a Santa Casa de Misericórdia de Adamantina é o hospital de maior porte e complexidade, realizando a maior parte dos procedimentos.

6.2- COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DE ASSIS

A Região de Saúde de Assis é formada por 13 municípios: Assis, Borá, Candido Mota, Cruzália, Florínea, Ibirarema, Lutécia, Maracaí, Palmital, Paraguaçu Paulista, Pedrinhas Paulista, Platina e Tarumã. Localizada no Sudoeste paulista, tem na agropecuária e na indústria sucroalcooleira a base de seu desenvolvimento econômico. Na produção agrícola, predominam a cana-de-açúcar, soja e milho.

Conta com população estimada em 236.188 habitantes, dos quais 39,81% residem no município de Assis, onde se concentram comércio e serviços, inclusive instituições formadoras. O restante da população está distribuída em seis municípios com menos de 5 mil habitantes, cinco entre 10 e 50 mil habitantes e um com população de 5 a 10 mil.

- Organização do SUS na Região de Saúde

O SUS regional da Região de Saúde de Assis é constituído por 13 Sistemas Municipais de Saúde, interligados por Sistemas de Regulação Municipal e Estadual.

A maioria dos Sistemas Municipais de Saúde da região refere-se a redes de serviços de Atenção Primária.

Os serviços de Média e Alta Complexidade se concentram principalmente no Sistema Municipal de Saúde de Assis, Paraguaçu Paulista, Cândido Mota e Palmital, no Hospital Regional Estadual de Assis e em instituições filantrópicas. Este CGR conta com 05 municípios, que possuem Centro de Atenção Psicossocial. A Região possui 563 leitos hospitalares, com uma média de 2,3 leitos/1000 habitantes.

6.3- COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DE MARÍLIA

A Região de Saúde de Marília é constituída por 19 municípios: Álvaro de Carvalho, Alvinlândia, Campos Novos Paulista, Echaporã, Fernão, Gália, Garça, Guaimbê, Guarantã, Júlio Mesquita, Lupércio, Marília, Ocaçu, Oriente, Oscar Bressane, Pompeia, Quintana, Vera Cruz e Ubirajara. Localizada no Centro-Oeste paulista, tem na agropecuária e na indústria a base do seu desenvolvimento econômico, com destaque para a indústria de alimentos e metalurgia. O setor terciário é importante, na economia da região, principalmente em Marília, onde se concentram o comércio e a prestação de serviço, inclusive instituições de ensino.

Na Região, estão distribuídos 361.514 habitantes, estando 61,13% concentrados no município de Marília – Polo de Região; 47,36% dos municípios têm menos que 5.000 habitantes, 31,57% com população de 5 a 10 mil e 15,8% com população entre 10 a 50 mil habitantes.

Essa região de saúde é bastante heterogênea, em termos populacionais, econômicos e de organização de serviços de saúde.

- Organização do SUS na Região de Saúde

O SUS Regional de Marília é integrado por 19 Sistemas Municipais de Saúde, interligados por Sistemas de Regulação Municipal e Estadual. A maioria dos Sistemas Municipais de Saúde da Região é constituída por redes de serviços de Atenção Primária.

Os serviços de Média e Alta Complexidade estão localizados no município de Marília, sob Gestão Municipal e Estadual, em serviços vinculados à Faculdade de Medicina de Marília, serviços próprios do Estado (NGA e Adolfo Lutz) e serviços filantrópicos. Esse Sistema de Saúde, em Marília, é referência para os 62 municípios da área de Abrangência do DRS IX Marília e, em alguns procedimentos, para as regiões de Presidente Prudente e Araçatuba.

Há uma grande diversidade de procedimentos oferecidos nas diversas especialidades, porém, insuficientes quantitativamente e, em alguns procedimentos, necessitando referência em outras regiões de saúde, com destaque para Botucatu, Bauru, Campinas e São Paulo.

Este CGR possui 03 municípios com Centro de Atenção Psicossocial implantado. A região conta com 1.446 leitos hospitalares, dos quais 606 são leitos psiquiátricos e 74 leitos de UTI.

Os 766 leitos gerais estão distribuídos em 10 hospitais, no município de Marília (06), Garça (01), Pompeia (01), Gália (01) e Guarantã (01).

Os leitos psiquiátricos estão distribuídos em 02 hospitais, sendo 01 em Marília e 01 em Garça. A região conta com 3,87 leitos/1000 habitantes, média superior à do Estado.

6.4 - COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DE OURINHOS

A Região de Saúde de Ourinhos é constituída por 12 municípios: Bernardino de Campos, Canitar, Chavantes, Espírito Santo do Turvo, Ipaussu, Óleo, Ourinhos, Ribeirão do Sul, Salto Grande, Santa Cruz do Rio Pardo, São Pedro do Turvo e Timburi. Localizada no Sudoeste paulista, tem na agropecuária e na indústria a base do seu desenvolvimento econômico. O setor sucroalcooleiro se destaca na região. O cultivo da soja e milho também contribui para a economia regional. Essa Região foi contemplada com incentivos federais para a produção de biodiesel. O setor terciário é igualmente importante, sobretudo no município de Ourinhos, polo regional, onde se concentra o comércio e a prestação de serviços da região.

Na região, estão distribuídos 217.871 habitantes, dos quais 47,92% estão no município de Ourinhos; 05 dos municípios dessa região têm menos de 5.000 habitantes.

- Organização do SUS na Região de Saúde

O SUS Regional da Região de Saúde de Ourinhos é formado por 12 Sistemas Municipais de Saúde, interligados por Sistemas de Regulação Municipal e Estadual. A maioria dos Sistemas Municipais de Saúde da Região refere-se a redes de serviços de Atenção Primária.

Os serviços de Média e Alta Complexidade estão mais centrados no Sistema Municipal de Saúde de Ourinhos, porém, Santa Cruz do Rio Pardo e Salto Grande também são referências. São referências, para essa Região, o Hospital Regional de Assis e o Sistema de Saúde de Marília.

Este CGR conta com 02 municípios que possuem Centro de Atenção Psicossocial. A região conta com 618 leitos hospitalares, dos quais 123 leitos psiquiátricos, 12 são para cuidados prolongados (Salto Grande) e 33 leitos de UTI. A Região tem média de 2,73 leitos/1000 habitantes.

6.5- COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DE TUPÃ

A Região de Tupã é constituída por 08 municípios: Arco-Íris, Bastos, Herculândia, Iacri, Parapuã, Queiroz, Rinópolis e Tupã. Localizada no Centro-Oeste paulista, tem na agropecuária a base do seu desenvolvimento econômico, com a segunda bacia leiteira do país,

além do cultivo de café, amendoim, arroz, cana para forragem, seringueiras e eucalipto. A indústria é predominantemente de transformação da produção agropastoril da região (carne, leite e amendoim).

Na região, 51,75% dos habitantes residem em Tupã, município-sede da Região de Saúde, onde se concentram o comércio e os serviços, com um fluxo natural da população dos demais municípios. O município de Marília, também por concentrar um grande número de serviços, comércio e indústria, tem grande importância para essa região. O menor município é o de Arco-Íris, com 2.326 habitantes, dos quais 194 são indígenas.

- Organização do SUS na Região de Saúde

O SUS Regional da Região de Tupã é constituído por 08 Sistemas Municipais de Saúde, interligados por Sistemas de Regulação Municipal e Estadual. A maioria dos Sistemas Municipais de Saúde é constituída por redes de serviços de Atenção Primária.

Os serviços de Média a Alta Complexidade estão localizados no município de Tupã, em serviços filantrópicos sob Gestão Estadual. A principal referência para a região em Média e Alta complexidade é o Sistema de Saúde localizado em Marília. A região conta com 1.925 leitos hospitalares, dos quais 440 são leitos psiquiátricos, 221 neurológicos e 08 leitos de UTI.

Os 456 leitos gerais estão distribuídos em 07 hospitais, nos municípios de Tupã, Bastos, Parapuã, Herculândia, Rinópolis e Iacri. Os leitos psiquiátricos e neurológicos estão concentrados em 03 hospitais no município de Tupã.

A região tem uma média de 8,70 leitos por 1000 habitantes, média muito alta, devido à existência de 661 leitos especializados em Psiquiatria e de Neurologia, para pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

7- ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DRS- IX MARÍLIA

A implantação, nos municípios, da estratégia Saúde da Família é incentivada pelo DRS como modelo de Atenção Primária e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde. Há um crescimento considerável do número de equipes, nessa

região. Na Região de Adamantina, 80% dos municípios têm pelo menos uma equipe de saúde da família implantada, na região de Assis, 77% dos municípios contam com a estratégia, em Marília, 94%, Ourinhos, com 75% e em Tupã, 100% dos municípios têm a Estratégia Saúde da Família implantada.

8- UTILIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO DRS – IX MARÍLIA

Como foi possível observar, nas informações da quarta edição do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), os municípios das Regiões de Saúde do DRS Marília têm um baixo índice de desenvolvimento econômico, o que demonstra que a população depende integralmente do Sistema Único de Saúde, para ter acesso aos serviços de saúde.

No Brasil, a maior participação da saúde suplementar ocorre nas áreas de maior desenvolvimento econômico; no Estado de São Paulo, a cobertura de Planos Privados de assistência médica, em dezembro de 2010, era de 43,87%.

Na área de abrangência do DRS Marília, nesse período, havia 228.343 pessoas com plano privado de assistência médica, correspondendo a 21,37% da população, portanto, considera-se que 78,63% da população utilizam o SUS.

9- DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Tabela 01. Número de Internações por residência por Capítulos da CID-10 por Região de Saúde, no ano de 2010

Capítulo CID-10	REGIÕES DE SAÚDE					DRS	%
	Adamantina	Assis	Marília	Ourinhos	Tupã		
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.002	762	826	784	1.423	4.797	5,53
II. Neoplasias (tumores)	501	1.166	1.405	1.179	675	4.926	5,68
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imun	82	109	151	149	134	625	0,72
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metab	740	425	652	585	787	3.189	3,67
V. Transtornos mentais e comportamentais	893	686	3.304	1.254	839	6.976	8,04
VI. Doenças do sistema nervoso	271	200	438	305	274	1.488	1,71
VII. Doenças do olho e anexos	30	64	189	64	40	387	0,45
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	30	28	60	20	19	157	0,18
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.931	2.099	2.550	2.451	2.036	11.067	12,75
X. Doenças do aparelho respiratório	2.192	2.328	2.860	1.543	2.688	11.611	13,38
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.144	1.681	1.844	1.686	1.243	7.598	8,75
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	116	269	267	190	303	1.145	1,32
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	334	753	510	291	488	2.376	2,74
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1.067	1.430	1.499	1.319	1.516	6.831	7,87
XV. Gravidez parto e puerpério	1.230	2.894	3.254	2.529	1.637	11.544	13,30
XVI. Algumas afec orig. no período perinatal	69	277	340	352	160	1.198	1,38
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromos.	46	121	200	112	80	559	0,64
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	738	131	228	160	386	1.643	1,89
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas ext	891	1.559	2.217	1.228	1.176	7.071	8,15
XX. Causas ext. de morbidade e mortalidade	15	2	3	3	4	27	0,03
XXI. Contatos com serviços de saúde	79	311	472	312	397	1.571	1,81
Total	13.401	17.295	23.269	16.516	16.305	86.786	100,00

Fonte: DATASUS

Legenda:

	1ª Causa de Internação
	2ª Causa de Internação
	3ª Causa de Internação

No ano de 2010, ocorreram 86.786 internações de pacientes residentes na área de abrangência do DRS Marília, o que correspondeu a 8,12% da população internada, sendo

7,47% de internações gerais e 0,65% de internações psiquiátricas. A primeira causa de internação foi relacionada a Doenças do Aparelho Respiratório, a segunda causa, Gravidez e Puerpério, e a terceira causa, Doenças do Aparelho Circulatório. Por Regiões de Saúde, chama a atenção a Região de Saúde Marília, em que a primeira causa de internação é por Transtornos Mentais e Comportamentais, o que está relacionado com a existência de três hospitais psiquiátricos, nessa região, com pacientes moradores.

10- PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA (PPI)

Em 2007, a PPI foi elaborada entre os gestores de saúde, sendo utilizados parâmetros de necessidades aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite e estabelecidas as referências de acordo com a série histórica de produção. O complexo hospitalar da FAMEMA é uma referência em média e alta complexidade, para toda a área de abrangência do DRS Marília e do DRS de Presidente Prudente. A pactuação da Alta Complexidade se deu por regiões de saúde e os procedimentos de média complexidade, por municípios. Os procedimentos que, na época de elaboração da PPI, eram pagos por recurso estratégico não foram pactuados.

Tabela 02. Procedimentos de Terapia que incluem saúde mental pactuados para o Complexo HC Marília

Tratamentos ou Terapias	Quant. pactuada (PPI)/Mês	População referenciada na PPI (municípios)	Quantidade pactuada por município/mês
Terapias Especializadas	64	Echaporã	2
		Marília	43
		Quintana	1
		Vera Cruz	2
		Bastos	1
		Herculândia	1
		Iacri	1
		Parapuã	1
		Rinópolis	1
		Tupã	4
		Adamantina	3
		Lucélia	2
		Osvaldo Cruz	2
		Pacaembu	2
		TOTAL	64
Procedimentos em Saúde Mental	202	Álvaro de Carvalho	4
		Alvinlândia	2
		Campos Novos Paulista	3
		Echaporã	6
		Fernão	1
		Gália	3
		Guaimbê	3
		Guarantã	3
		Marília	114
		Ocaçu	4
		Oscar Bressane	2
		Vera Cruz	8
		Arco Iris	2
		Bastos	4
		Herculândia	8
		Parapuã	4
		Queiroz	2
		Rinópolis	4
Tupã	25		
TOTAL	202		

Fonte: DRS

11- PARTICIPANTES NA PRODUÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA

Foram convidados os 62 gestores municipais e dois trabalhadores da saúde mental, por município, através de ofício do DRS – IX Marília.

Participaram do trabalho 81 trabalhadores de saúde mental e 22 Secretários Municipais de Saúde, representando 55 municípios.

12- PROCEDIMENTO

A produção dos dados foi efetivada por meio da intercessão-pesquisa nas oficinas de planejamento participativo. Como já frisado, o Método ZOPP serviu como inspiração, mas fizemos adequações para nosso campo e projeto, utilizando nas oficinas apenas a parte das análises.

Foram realizadas 06 oficinas consecutivas, agrupando os municípios e empregando o critério populacional; a cada encontro, trabalhou-se com dois pequenos grupos, variando entre nove a dez participantes, desenvolvendo todo o ciclo das análises, ou seja, o processamento da construção das árvores de problemas, objetivos e alternativas.

Toda a memória das tarefas executadas, na forma de painéis digitados, além daquelas que foram descartadas na construção das árvores de objetivos e alternativas e das impressões do intercessor-pesquisador, constituiu no material produzido para a presente pesquisa.

12.1 TRATAMENTO DOS DADOS PRODUZIDOS NAS OFICINAS

Para análise dos dados, utilizamos o método dialético, e os tratamos através de cinco passos, desenvolvidos por Figueiredo (1994), a saber:

Primeiro Passo – Identificação das Categorias Temáticas

Após a digitação das memórias das oficinas, foram feitas exaustivas leituras dos painéis de cada oficina. Essa leitura possibilitou a identificação das categorias e seus descritores,

subsidiando igualmente os processos complementares da análise, através de uma visão globalizada dos elementos que emergiram das memórias das oficinas.

Segundo Passo – Identificação das Unidades Temáticas

Pela análise de cada categoria e seu descritor, foi identificado o núcleo central, isto é, o ponto de referência que o grupo usou para produzir seu conhecimento sobre o tema abordado pelas categorias. As Unidades Temáticas foram descritas por intermédio de notações capazes de definir o significado que as categorias adquiriram para o grupo.

Terceiro Passo – Síntese das Unidades Temáticas

Realizadas as duas fases anteriores para cada oficina, fizemos uma leitura de todas as categorias frente às unidades temáticas, com o objetivo de agrupá-las de acordo com a similaridade dos significados dos conteúdos. A partir do agrupamento das Unidades Temáticas, novamente foram feitas notações que traduziram o ponto de referência que cada grupo imprime aos conteúdos de suas ideias estruturadas.

Quarto Passo – Discussão da Síntese das Unidades Temáticas

Os resultados obtidos na etapa anterior permitiram a análise em conjunto dos significados atribuídos, os quais foram discutidos com base no referencial teórico adotado em nosso projeto de pesquisa, procurando identificar as mediações estabelecidas entre a produção dos grupos e o referencial teórico.

Quinto Passo – Interpretação dos Resultados Finais

As discussões realizadas para cada Unidade Temática foram sintetizadas e retomadas no interior de cada categoria Temática, e rediscutidas com base no referencial teórico. Esse material constituiu a primeira forma de redação do trabalho e foi aprofundado com base em estudos sobre o referencial adotado.

13- RESULTADOS E DISCUSSÃO DA INTERCESSÃO-PESQUISA

13.1- CATEGORIAS DE LEITURA DOS DADOS

Para melhor organização, apresentamos as análises das categorias, agrupadas pela ordem do fio lógico utilizado nas etapas do planejamento participativo que gerou as oficinas.

A - Serviços de saúde mental existentes nos municípios (desenho organizativo)

Nessa etapa, procuramos traçar o desenho organizativo da saúde mental nos municípios; identificamos 03 categorias, expostas no quadro abaixo.

Quadro 02- Categorias relativas aos desenhos organizativos dos municípios

1 (A) Modo de organização dos serviços	
2 (A) Queixa	2 (A1) Carência
	2 (A2) Carecimento
3 (A) Estado da situação de saúde	

Ao analisarmos a combinação do conjunto dos recursos tecnológicos e das modalidades assistenciais, identificamos 03 categorias: a primeira, **Modo de organização dos serviços**, foi definida pela forma de organizar a saúde no município. Tal categoria nos remete à questão da dinâmica do funcionamento presente na rede de atenção à saúde mental locorregional, como ela se articula com as necessidades de saúde e com as redes sociais e, ainda, às escolhas políticas que recortam os problemas a serem enfrentados.

Grande parte dos municípios participantes das oficinas organiza-se para a produção da saúde mental, conforme o preconizado pelas diretrizes do modelo ambulatorial e hospitalar, com suas práticas pautadas na centralidade do profissional especializado, nos procedimentos e na tecnologia por equipamentos, rotinas e protocolos.

No caso da saúde mental, essas diretrizes vão se traduzir em preferência por consultas médicas ou psicológicas, medicalização do cotidiano, agendamentos para longuíssimo prazo, relações objetificadas entre profissionais e usuários e uma demanda sempre crescente por internações psiquiátricas.

Os aspectos assistenciais, nessa categoria, parecem envolver apenas a realização dos procedimentos clínicos reduzidos, sem refletir a trajetória dos atos terapêuticos, a história das ações de saúde e os movimentos de disponibilização ou de incorporação, para o uso social, de modos de cuidar já preconizados pela Estratégia Atenção Psicossocial (EAPS).

Os serviços não constituem uma rede organizada: estão isolados entre si, divididos de forma hierarquizada, sem responsabilização pela continuidade do cuidado; uma vez que não é possível definir nem separar hierarquicamente, de forma protocolar, a intensidade do sofrimento psíquico, fica difícil saber de qual serviço é o usuário.

A segunda categoria, **Queixa**, definida pelas subcategorias Carência x Carecimento, pode ser pensada como demanda social e como são interceptados alguns dos seus efeitos pelos trabalhadores da saúde. Situam-se em relação à Demanda Social a partir de uma demanda de carência (necessidade – suprimimento) e também de uma posição de carecimento (desejo – devir). Nessa categoria, observamos uma ambivalência nos conteúdos das memórias das oficinas, que trazem uma queixa que não vai além do papel de reproduzir o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), que se expressa em sobrecarga de trabalho, falta de reuniões da equipe multiprofissional ou falta da própria equipe; dificuldade para conseguir internações, sem questionar que o modelo escolhido para desenhar a saúde mental dos territórios é o próprio gerador de tais necessidades. Ao mesmo tempo, trazem queixas como um operador de mudanças; questionando a fragmentação dos sujeitos e dos serviços, a queixa vem acompanhada da crítica do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), apresentando-se como um vislumbre da possibilidade de superar o modelo vigente e traçar novos desenhos com a visão integral dos sujeitos e a integralidade dos serviços, onde a demanda expressa um devir em relação à saúde mental. Aqui, as forças centrífugas do modo de produção capitalista se mostram com muita clareza; as necessidades de mais profissionais, mais serviços, mais medicamentos, geram mais solicitações das mesmas, criando uma roda viva sem fim, que pode produzir, por sua vez, dispositivos de enfrentamento, brechas por onde a intercessão pode se dar, com a finalidade de construir outros arranjos tecnoassistenciais.

A categoria 03, **Estado da situação de saúde**, definida pela reprodução/ou não do modelo de atenção do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM),

mostra a fotografia da situação de saúde mental, nos municípios. O que pudemos analisar foi que todos os serviços da rede estão abertos para receber os usuários de saúde mental; todavia, a atenção primária, em sua grande maioria, não cuida – apenas encaminha para as especialidades, constituindo-se unicamente como porta de entrada do sistema.

Os serviços da Atenção Primária que não encaminham, prescrevem medicamentos; aqueles que contam com profissionais considerados da área “psi”, organizam o trabalho na lógica ambulatorial e os municípios que têm serviços como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivos da Estratégia Atenção Psicossocial (EAPS), apresentam uma enorme dificuldade para desenvolver ações condizentes com a referida estratégia.

Podemos notar que a reprodução do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) é a tônica que primeiro se apresenta, nessa categoria; na verdade, a situação de saúde mental dos municípios desvela problemas, como excesso de encaminhamento de usuários da Atenção Primária para as especialidades e internações, uso naturalizado e indiscriminado de medicamentos, enfoque no cuidado individualizado, desconsideração do território no processo saúde/doença mental, dificuldade em estabelecer vínculos com familiares etc.

A lógica que organiza os serviços, quer dizer, um organograma que expressa uma estrutura vertical de poder, produz os problemas elencados acima, porque traz a marca indelével do “sistema operacional”, a divisão hierárquica do trabalho, na qual são constituídos.

O Ministério e as Secretarias de Saúde Estaduais trabalham com as políticas de saúde de modo fragmentado: gestão separada da atenção, atenção separada da promoção, e cada uma delas dividida em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializados. Por sua vez, os municípios organizam-se igualmente desse modo burocratizado e despersonalizado de encaminhamentos, sem responsabilização posterior.

Os processos de gestão também prescindem de mecanismos que favoreçam a construção coletiva dos desenhos tecnoassistenciais, como o processamento de problemas em equipe e a gestão compartilhada.

O desenho tecnoassistencial que emerge é aquele condizente com o modo de produção capitalista, que, no caso da saúde mental, se desdobra no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM); é esse modelo que ordena a estratégia institucional para a atenção à Saúde Mental individual e coletiva e para a gestão das ações, serviços e sistemas de Saúde da região do DRS-IX Marília.

Isso se revela bastante problemático, pois essa combinação da tomada de decisão administrativa hierárquica, na produção das políticas e no local de trabalho, com a alienação da capacidade de decisão do trabalhador, vai desembocar na dificuldade destes em se corresponsabilizarem pela produção de saúde, seja para si, seja para os usuários.

B- Modo de operar as ações de saúde mental

Nessa etapa, procuramos identificar como estão organizados os processos de trabalho e em que lógica de trabalho estão fundamentados. As memórias e a respectiva análise possibilitaram a identificação de 05 categorias.

Quadro 03: Categorias relativas ao modo de operar as ações de saúde mental

1 (B) Modo de operar as ações de saúde mental
2 (B) Concepção de saúde mental
3 (B) Composição e organização dos serviços
4 (B) Influência do Hospital Psiquiátrico na concepção e desenvolvimento do trabalho
5 (B) Pontos comuns aos municípios que participaram das oficinas

A categoria **modo de operar as ações de saúde mental**, definida pela forma de prestar o cuidado, evidencia os modos de fazer e os pressupostos teóricos em que esses modos estão assentados.

Como a forma de organizar os serviços para a produção de saúde é indissociável da forma de produção, dá-se que, nessa categoria, aparecem novamente as fragmentações já referidas do modo de produção capitalista. Se o modo de organizar é pautado pela fragmentação, a maneira de operar também estará fragmentada, e o trabalho não faz sentido para o trabalhador, aparecendo como ações dispersas, sem um eixo norteador, que poderia ser a Estratégia Atenção Psicossocial (EAPS). O cuidado é realizado através de procedimentos

técnicos, como prescrição de medicamentos, psicoterapias individuais, orientações a familiares quanto à forma correta de ministrar os medicamentos e encaminhamentos para especialidades.

O processo de trabalho se afasta do trabalho vivo, ou seja, aquele que ainda não teve sobre si a aplicação de um trabalho anterior; é um trabalho pré-programado, normatizado, realizado por meio do conhecimento especializado; mesmo que este se dê na atenção primária, o modo da ação denota a centralização na reprodução do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM).

Todavia, expressando as próprias contradições do modo de produção capitalista e a potência do trabalho em saúde, que, por ser relacional, é capaz de não se deixar capturar completamente pela normatização e manter a possibilidade da prática criativa, vemos emergir nesta categoria alguns relatos sobre parcerias com outros setores, visitas domiciliares com agentes comunitários, ações de saúde mental transversais à Saúde em geral, oficinas para geração de renda, demonstrando que componentes da Estratégia Atenção Psicossocial (EAPS) estão igualmente presentes no cotidiano do trabalho, mantendo-o vivo.

A categoria **concepção de saúde mental**, definida pela forma de conceber a saúde mental, remete-nos à concepção do processo de produção saúde/doença/Atenção. Identificamos uma concepção ancorada no reducionismo organicista do modelo médico hegemônico, denotando uma compreensão do processo saúde/doença mental baseada em sinais e sintomas, portanto, a atenção deverá ser realizada através de medicamentos ou outros procedimentos especializados, como as psicoterapias.

A abordagem clínica dos profissionais, em grande parte, está limitada aos procedimentos técnicos de cada profissão, demonstrando a concepção estática de adoecer e ter saúde. A interação entre os profissionais também é mínima, aparecendo com frequência o trabalho de forma isolada.

No entanto, também encontramos nessa categoria indícios da concepção do processo saúde/doença mental como produção social que se expressa pela condição de existência das pessoas, em seu dia-a-dia. Essa concepção demonstra a possibilidade de dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença não inscritos no biológico e na clínica tradicional, o que

ajuda no momento de articular, para cada situação singular, saberes e tecnologias diferentes, lidando da melhor maneira com a tendência excludente e totalizante de muitos desses saberes.

Outra categoria é **composição e organização dos serviços**, definida pela organização do processo de trabalho, que está relacionada ao conjunto das categorias 3A, 1B e 2B, pois o modo de organizar, operar e conceber o processo saúde/doença mental está sempre imbricado. Podemos resumir esse conjunto de categorias, afirmando que o modo de organizar a produção determina o que se produz e, ao mesmo tempo, gera concepções condizentes com a organização e a prática, que, por sua vez, são retroalimentadas pelas concepções produzidas.

A categoria **influência do Hospital Psiquiátrico na concepção e desenvolvimento do trabalho** é definida pelo modo como o Hospital Psiquiátrico formata a concepção e a organização do processo de trabalho. Essa categoria aponta para o estado de desenvolvimento dos serviços em relação à lógica paradigmática – meios de produção e força de trabalho.

Os trabalhadores ainda confiam na capacidade da Psiquiatria, enquanto campo de conhecimento, de cuidar isoladamente do sofrimento psíquico, e minimizam a inadequação do hospital psiquiátrico enquanto dispositivo da intervenção técnica.

A natureza do cuidar, quando a referência é o hospital psiquiátrico, está delineada pela exclusão; a prática dos trabalhadores é orientada para a seleção, que tem seus parâmetros delimitados pelos protocolos, formais ou informais. É fundamentada na especialização e tem como premissas a intensidade dos sintomas, a racionalidade e a hierarquização dos problemas. Seu impacto mais imediato na organização do trabalho pode ser observado na dificuldade que os trabalhadores encontram em se desfazerem de um papel específico e compartilharem saberes intra e interserviços.

A categoria **pontos comuns aos municípios que participaram das oficinas**, definida pelas similaridades entre os municípios participantes das oficinas, remete à análise geral da produção de saúde/doença mental, no território de abrangência do Departamento Regional de Saúde – DRS-IX Marília. Identificamos que várias são as similaridades entre os municípios que compõem esta região, principalmente quanto ao local de atendimento, tipo de ação desenvolvida para o cuidado, problemas levantados pelos trabalhadores, solicitações de implementação da equipe, com contratação de psiquiatra, críticas ao profissional médico da

Estratégia Saúde da Família por sua atuação incipiente em saúde mental e organização hierarquizada dos serviços.

Embora os colegiados de Gestão tenham as suas especificidades, estes partilham uma concepção comum sobre adoecer e ter saúde mental, o modo como organizam os serviços para a produção de saúde/doença mental, os meios que são utilizados para essa produção e as expectativas de transformação dessa produção.

De maneira geral, podemos afirmar que ainda predominam os traços do modelo médico hegemônico de produção de saúde/doença, tanto na organização quanto no modo de operar as ações de saúde, mesmo naqueles municípios que contam com os serviços estratégicos para a mudança de modelo, seja na produção geral de saúde/doença, seja na produção específica da saúde/doença mental, como a Estratégia Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial respectivamente, mas também se encontram presentes movimentos de resistência que mobilizam vontades e ações rumo a um novo modo de cuidar.

C- Conhecimento produzido nas oficinas (por entre permanências, aprendizagens e transcendências)

Nessa etapa, foram sistematizadas as propostas para as diretrizes da saúde mental do DRS-IX Marília; procuramos identificar as necessidades de mudança na produção e organização da saúde mental dos municípios e possíveis ações a serem implantadas ou implementadas, além de identificar o novo conhecimento produzido coletivamente. Através da análise das memórias, pudemos identificar 05 categorias.

Quadro 04: Categorias relativas ao conhecimento produzido nas oficinas

1 (C) Necessidade de formação	
2 (C) Proposições para mudanças no cuidado	2(C 1) Aquém do texto
	2 (C 2) Com o texto
	2 (C 3) Além do texto
3 (C) Intersetorialidade	
4 (C) Trabalho em rede	
5 (C) Participação social nos CAPS	

A categoria **necessidade de formação**, definida pela necessidade de educação permanente para os profissionais, refere-se ao estado e implemento dos meios de produção; principalmente no caso da atenção à saúde mental, isso se circunscreve aos trabalhadores, sua formação, sua saúde mental, os meios que Merhy (2002) chama de “tecnologias leves”, relacionais, que se contrapõem às tecnologias duras, equipamentos e saberes estruturados. A produção de ações de saúde opera-se sempre com uma relativa autonomia dos trabalhadores, e é justamente isso que abre grandes possibilidades para estratégias que favoreçam a construção de novos valores, compreensões e relações, porque há espaço para a invenção. Portanto, a formação permanente é um componente essencial para as novas diretrizes, constituindo estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão e formulação de políticas.

Fazer educação permanente em saúde requer reflexão crítica sobre as práticas de cuidado, gestão e formação, buscando processos de produção do conhecimento imanentes ao trabalho.

Quando a dimensão dessa política é compreendida, pode-se afirmar que os participantes têm maior clareza do quanto são desafiadores os contextos, os espaços e as relações de trabalho onde se desenvolvem as práticas de saúde.

Pensar a execução dessa política é acreditar que ela favorecerá a aproximação entre a construção da gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS), o desenvolvimento da atenção integral e o fortalecimento do controle social, características fundantes de uma produção de conhecimento em serviço.

Na categoria **proposições para mudanças no cuidado**, definida a partir da necessidade de mudança nas relações entre trabalhadores, gestores e usuários, elencamos três subcategorias, sendo **aquém do texto**, quando as proposições feitas nas oficinas não estão de acordo com o texto lido, situando-se ainda em patamar anterior de organização proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), representadas pela ênfase na necessidade de contratação ou aumento da disponibilização de vagas para consultas com profissionais especializados para a melhoria do cuidado em saúde mental e pela solicitação da ampliação de leitos para internações psiquiátricas; **com o texto**, quando as proposições reproduzem o texto

lido, como uma descoberta realizada na oficina a respeito da política vigente em saúde mental, sugerindo apenas a ampliação da rede de serviços já existente, de forma que garanta ao usuário o acesso ao atendimento e principalmente a medicação, sem modificações significativas na organização do processo de trabalho, que proporcione outras práticas terapêuticas; e **além do texto**, quando as proposições ultrapassam as recomendações da OMS, aproximando-se muito da Estratégia Atenção Psicossocial e da noção de cuidado em saúde como uma ação integral que respeita as singularidades dos sujeitos, construindo coletivamente tecnologias criativas, capazes de produzir saúde e, conseqüentemente, autonomia do usuário e do trabalhador.

Na categoria **intersetorialidade**, definida pela necessidade de ampliar as estratégias de ação para além dos serviços de saúde, observamos uma proposição para o cuidado em saúde mental ser realizado de forma transversal, com valorização de outros espaços como produtores de saúde e de vida. Essa categoria expressa o olhar dos participantes das oficinas sobre estratégias que perpassam vários setores sociais, tanto do campo da saúde quanto das políticas públicas em geral e da sociedade como um todo; é como se, ao efetuarem a análise da situação de saúde, se dessem conta de que existem outros parceiros com os quais podem compartilhar fenômeno tão complexo, como a saúde mental.

Quando propõem o desenvolvimento dessa prática, invertem as prioridades do modelo hegemônico, subvertem o poder centralizador e inventam condições para melhorar o trabalho, ao desencadear mudanças nas relações, nos processos, nas ações de saúde e, principalmente, nas pessoas.

Os participantes demonstram compreender que articular ações para dentro e para fora das instituições de saúde ainda pode promover a ampliação da qualidade da gestão, o aperfeiçoamento da atenção integral, o domínio do conceito ampliado de saúde e o fortalecimento do controle social no Sistema.

A categoria **trabalho em rede**, definida pela integralidade das ações, aponta para a compreensão da necessidade da articulação entre os vários recursos existentes no território, reforça a ideia da intersetorialidade e rompe com a tradicional referência e contrarreferência. Os serviços são colocados num fluxo contínuo de trocas de informações, experiências e saberes, que vão subsidiar a construção de projetos terapêuticos singulares. Aqui, observamos

a compreensão de que as políticas de saúde/saúde mental devem organizar-se em rede, formando uma série de pontos de encontro, de caminhos de cooperação e solidariedade, com muitas iniciativas e muitos atores envolvidos em vasta sementeira de alternativas, de estilos novos de convivência e de formas diferentes de produção de saúde.

A categoria **participação social nos CAPS**, definida pela diretriz da participação e controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), remete à necessidade de compreender saúde como direito; para garanti-lo, é preciso que haja participação, não apenas nos espaços já instituídos, mas também em espaços que estão para serem construídos, como é o caso do conselho gestor no CAPS. A participação é o que fomenta a rede e, sendo uma diretriz operadora do SUS, é ainda a expressão do cuidado integral, porque possibilita compor alianças de saberes e práticas de saúde entre profissionais e a população.

O controle social efetivo, aquele que pressupõe democracia real, diálogo profundo e criativo, conflito e embate, mas com pactuação e construção coletiva, ainda está em processo de construção, com avanços e retrocessos, transcendências e permanências.

No entanto, essa proposição na oficina mostra que os trabalhadores e os gestores estão dispostos a enfrentar o desafio de operar mudanças, norteados por uma visão ética e solidária e pela aposta na multiplicidade de grupos e culturas.

As proposições partem da análise do que falta e daquilo que poderia vir a ser o arranjo organizacional dos municípios da área de abrangência do DRS-IX Marília, expressando uma vontade política de se pensar novos fluxos e circuitos, dentro do sistema de saúde municipal, redesenhando-os a partir das necessidades de saúde dos territórios de cada colegiado de gestão regional.

A incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão deverá viabilizar a construção de um sistema de saúde mais efetivo e humanizado, assentado na solidariedade, aqui compreendida, conforme Santos (2000), como “[...] uma forma específica de saber que se conquista sobre o colonialismo, que consiste na ignorância da reciprocidade e na incapacidade de conceber o outro a não ser como objeto. A solidariedade é o conhecimento obtido no processo de nos tornarmos capazes de reciprocidade”.

14- CONCLUSÕES

**Toda noite tem aurora. E toda aurora tem seus galos,
clarinando no escuro o dia por nascer.
(Portal Vermelho)**

Depreendemos, a partir das categorias analisadas, que o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) está presente em grande parte delas, norteando o desenho organizativo dos serviços, do modo de produção das ações e, de certa forma, influenciando a produção de um novo conhecimento em saúde/saúde mental.

O Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) é o que emerge em primeira instância nas descrições dos serviços existentes, na maneira como estes operam e administram esses serviços e nas necessidades que elencam como prioritárias, deixando entrever a reprodução do sistema do capital como a corporificação do trabalho em forma alienada e autoperpetuada.

Embora, no campo da saúde, o trabalhador tenha certa autonomia em relação ao seu modo de produzir, por se tratar de um trabalho onde as ferramentas são em sua maioria relacionais, não desconsideramos que este se subjetiva em serviços que reproduzem a divisão hierárquica do trabalho; portanto, suas relações com outros trabalhadores e entre estes e os usuários já estão reificadas.

Sendo este, provavelmente, um dos motivos pelos quais afloram nas discussões iniciais das oficinas de planejamento participativo, no momento da tempestade de ideias, as concepções naturalizadas sobre produção de saúde/saúde mental.

Contudo, o capital não domina completamente a criatividade humana e, à medida que, nos pequenos grupos, os participantes avançam na problematização, no diálogo ativo e na análise coletiva da situação de saúde, engendram as proposições de transcendência do modelo hegemônico, recusam o conhecimento dominante e produzem o conhecimento vivo.

Nesse contexto paradoxal, em que a face oculta do capital se expressa na dicotomia entre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde de essência claramente participativa e sua operacionalização verticalizada, é que o planejamento participativo e a

intercessão-pesquisa coemergem como uma proposta legítima de contribuição para a ativação do potencial protagônico e emancipatório dos trabalhadores, por servir como lócus do exercício democrático e para a reflexão e a reapropriação da autoria, na produção de saúde.

Foi possível identificar que o princípio da participação é potencializado tanto pela pesquisa quanto pelo planejamento, e que o encontro entre os trabalhadores e gestores para a planificação faz emergir a capacidade de ação rumo a um coletivo cooperativo, motivado e corresponsável.

O planejamento participativo e a pesquisa partem de uma concepção de que teoria e prática são indissociáveis e de que todos os envolvidos na situação em análise têm algum conhecimento sobre o assunto, que pode se somar aos demais, de forma mutuamente proveitosa. Assim, produzir e difundir o conhecimento constituem momentos que se imbricam de maneira irreversível, radicalizando a universalização do saber, na sua produção.

O conhecimento produzido nas oficinas e as ferramentas utilizadas na sua produção também são forças motrizes para a emancipação do trabalho e do trabalhador, possibilitando outras perspectivas para a organização do cuidado em saúde mental, pois, em relação à descentralização do poder e a democracia, acreditamos com Castells, que

[...] o mais importante não é o que se propõe, mas como se propõe. Não é tanto o que se faz, mas como se faz. Pois é aí que está a questão. Uma democracia futura não sairá de documentos, por mais completos e bem formulados que sejam. Sairá de práticas coletivas, que vão experimentando novos mecanismos de deliberação, representação e decisão. Vamos aprendendo no caminho, através de experiências, pois é muito difícil que alguém invente um sistema novo que substituiria o outro sem que haja debates e sem que as pessoas saibam exatamente o que está acontecendo.[...] A participação em comissões, a coordenação de comissões e o poder de decisão das assembléias; que cada coletivo específico gere suas próprias formas que podem ser controladas pelas pessoas que participam. (CASTELLS, 2011,p.5).

O espaço coletivo para a análise da situação de saúde, a reflexividade sobre o processo de trabalho e o exercício participativo nas oficinas compõem o amálgama de planejamento e pesquisa, ambos favorecendo a recuperação da dimensão criativa do trabalhador e possibilitando a tomada de consciência e a ação para a transformação dos processos de trabalho que caminham para além do capital.

Esse procedimento de planejar e pesquisar é a aposta em um processo constituinte, capaz de romper as relações de subsunção e libertar a potência “[...] do trabalho vivo que não é nem servo, nem soberano: é aquilo que o comum funda e produz”(GULLI, 2005), o comum que é engendrado na cooperação, na solidariedade e na coalizão de forças, ao redor de valores e princípios coletivamente partilhados em defesa da vida cidadã.

Dá a importância de planejar e produzir conhecimento de forma participativa, já que uma transformação profunda nos modos de conhecer deve estar relacionada, de um jeito ou de outro, a uma mudança igualmente significativa nos modos de organizar o processo de trabalho, que demonstra o grau de emancipação do trabalhador, sendo que o modo de conhecer não pode funcionar suspenso no ar, mas deve ser articulado constantemente com as necessidades de transformação societal emancipadora, enunciadas nas demandas que chegam ao setor Saúde.

Finalizando, vislumbramos, nas categorias analisadas, nas diretrizes e no processo de sua construção, a possibilidade de os trabalhadores acolherem essas demandas, acessando o que já está presente neles e produzindo mudanças simultâneas no trabalho e no mundo da vida, as quais levem à emancipação dos poderes constituídos; não com a igualdade de coisas consumidas, nem de tarefas ou horas de trabalho realizadas, mas a igualdade medida pelas capacidades e necessidades não alienadas dos indivíduos sociais. Tal vislumbre reacende a nossa esperança na utopia marxiana como um norte para as transformações nas políticas de saúde/saúde mental que sejam capazes de gestar, nestas, as alternativas concretas ao modo de produção do capital. Encerramos, fazendo nossas as considerações de Marx:

[...] quando houver desaparecido a subordinação escravizadora dos indivíduos à divisão do trabalho e, com ela, o contraste entre o trabalho intelectual e o trabalho manual; quando o trabalho não for somente um meio de vida, mas primeira necessidade vital; quando, com o desenvolvimento dos indivíduos em todos os seus aspectos, crescerem também as forças produtivas e jorrarem em caudais os mananciais da riqueza coletiva, só então será possível ultrapassar-se totalmente o estreito horizonte burguês do direito e a sociedade poderá escrever sobre a sua bandeira: de cada um segundo as suas capacidades, a cada um segundo as suas necessidades. (MARX, 1875, p.12).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 13. ed. rev. ampl. São Paulo: Cortez, 2008.

BOLAY, F.W. **Guia para aplicação:** planejamento de projeto orientado por objetivos - método ZOPP. Tradução de Markus Brose. Recife/PE: GTZ - Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde:** valorização dos trabalhadores da saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental** 2. ed. revista e atualizada, 2002-b.

BROSE, M. Gerenciamento Participativo e o Método ZOOP da GTZ In: KLAUSMEYER, RAMALHO (Org.). **Introdução a Metodologias Participativas**. Recife: SACTES/DED – ABONG, 1995.

_____. **Introdução à moderação e ao Método ZOPP**, Recife: GTZ, 1993.

CAMPOS, G.W.S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.4 n.1, p.19-31, 2006.

CAMPOS, O. R. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 16(3): 723 –731, jul/set, 2000.

CASTELLS, M. **Outra democracia**. Disponível em: www.adital.com.br/site//noticia. Acesso em: 21 jul. 2011.

CORDIOLLI, S. **Enfoque Participativo** – um processo de mudança. Porto Alegre: Gênese, 2009.

COSTA-ROSA, A. Planejamento participativo e produção de conhecimento na formação em ação de trabalhadores protagonistas para as diretrizes do Sistema Único de Saúde. CIPSI Congresso Internacional de Psicologia, IV; Semana de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, X. **Caderno de Resumos**, Maringá, 2009

_____. **A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade**. Assis: UNESP, 2006. Mimeo.

_____. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DELEUZE, G. **Conversações**. Tradução Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE MARÍLIA- DRS IX. **Diagnóstico da situação de saúde, maio 2011**. Marília: DRS IX, maio de 2011, mimeo.

FIGUEIREDO, M. A. C. **Profissionais de saúde e atitudes frente à síndrome da imunodeficiência adquirida**: um estudo diferencial com base no modelo afetivo-cognitivo de Fishbein e Aizen (1975). 1994. Tese (Livre Docência) – FFCL/USP. Ribeirão Preto/SP, 1994.

GIOVANELLA, L. As Origens e as Correntes Atuais do Enfoque Estratégico em Planejamento de Saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 7(1): 26-44, jan/mar, 1991.

GTZ – DEUTSCHE GESELCHAFT FÜR TECHNISCHE ZUSAMMENARBEIT. **ZOPP Planejamento de projetos orientado por objetivos**: um guia de orientação para o planejamento de projetos novos e em andamento. Eschborn, 1998

GUERRA, I. O Território como espaço de ação coletiva: paradoxos e possibilidades do “jogo estratégico de atores” no planejamento territorial em Portugal. In: SANTOS, B. S. (Org.). **Democratizar a democracia**: Os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

GUIZARD, L. F. et al. Vozes da Participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: PINHEIRO, R; MATTOS, A (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

GULLI, B. **Labor of fire**: the ontology of labor between economy and culture. Philadelphia: Temple University Press, 2005.

HECKERT, A.L.; NEVES, C.A. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R et al. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ- CEPESC- ABRASCO, 2007.

KLAUSMEYR, A; RAMALHO L. **Introdução às Metodologias Participativas**: Um Guia Prático. Recife: SACTES/DED, 1995.

KRAPPITZ, U; ULLRICH, J. **Enfoque Participativo para o Trabalho em Grupos**. Recife: Assocene, 1988.

LACAN, J. **O Seminário, livro 17**. O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

MARX, K. **Crítica ao programa de Gotha**. Disponível em: www.culturabrasil.org/zip/gotha.pdf Acesso em: 02 mar. 2011.

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

MÉSZAROS, I. **A educação para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2005.

_____. **Para além do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2002.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G.C.; LIMA, F.C.J. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/EPSJV, 2008.

_____. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva** 8(2): 557-567, 2003.

MARTINI, R. B. **O dispositivo intercessor como meio de superação dialética da medicalização da saúde mental**. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – FCL/UNESP, Assis/SP, 2010.

MORAES, V. V. **Planejamento participativo como instrumento de aprendizado**. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação) – FE/UNICAMP, Campinas/SP, 2006.

PASSOS, E.; BARROS, B. R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E, KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre, RS: Sulina, 2009.

RIVERA, U. J. F. Planejamento de saúde. In: PEREIRA, B.I.; LIMA, F.C. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro, EPSJV, 2008.

RODRIGUES, E. **Oficina terapêutica e um caso de alcoolismo**. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – FCL/UNESP, Assis/SP, 2010.

ROGGERO, G. **A produção do saber vivo**. Verona: Ombre Corte, 2009.

SADER, E. **Esfera pública x esfera mercantil**. Disponível em: www.cartamaior.com.br Acesso em: 28 ago. 2010.

SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência; para um novo senso comum, a ciência, o direito e a política na transição paradigmática**. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS FILHO, S.B. **Análise do trabalho em saúde nos referenciais da humanização e do trabalho como relação de serviço**. Brasília: Tempus - Actas de Saúde Coletiva, 2011.

_____; BARROS, M. E. B., GOMES, R. S. A política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Botucatu: **Interface Comunicação Saúde Educação**, 13:603-13, 2009.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, 2008 – 2011**. São Paulo: SES/SP, maio de 2007, mimeo.

_____; Secretaria de Estado da Saúde. **Revisão do Documento Preliminar e Contribuições ao Plano Estadual de Saúde, quadriênio 2008-2011**. São Paulo: SES/SP, junho de 2007, mimeo.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: Eduff, 2007.

STRINGHETA, L. V. H. O. **Método intercessor e saúde mental: construindo saberes a partir da práxis**. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – FCL/UNESP, Assis/SP, 2007.

TEIXEIRA, C. F. **O futuro da prevenção**. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

VIVERET, P. Entrevista com Patrick Viveret. Disponível em: www.adital.com.br/site/noticia_imp.asp?cod=44961&lang=pt. Acesso em: 09 fev. 2010.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.

_____; COSTA-ROSA, A. A estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em debate** - Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, Rio de Janeiro v. 32 n. 78/79/80, jan./dez.2008.

ZEURI, M. **Análise crítica do ZOPP: Planejamento de Projeto Orientado por Objetivo enquanto método de planejamento e gestão compartilhada**. 2002. Dissertação (Mestrado em Educação) – FE/UNICAMP. Campinas/SP, 2002.