

THAIS SANZOVO MACEDO

**HISTÓRIAS E CAMINHOS DA CONSTRUÇÃO DE UMA REDE
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ASSIS

2019

THAIS SANZOVO MACEDO

**HISTÓRIAS E CAMINHOS DA CONSTRUÇÃO DE UMA REDE
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

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

Orientador: Prof. Dr. Silvio Yasui

ASSIS

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Vânia Aparecida Marques Favato - CRB 8/3301

M141h Macedo, Thais Sanzovo
 Histórias e caminhos da construção de uma rede de
Atenção Psicossocial / Thais Sanzovo Macedo. Assis, 2019.
 73 f.

 Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual Paulista
(UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
 Orientador: Prof. Dr. Silvio Yasui

 1. Saúde mental. 2. Rede de Atenção Psicossocial.
 3. Saúde pública. I. Título.

CDD 362.2



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Assis



CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: HISTÓRIAS E CAMINHOS DA CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

AUTORA: THAIS SANZOVO MACEDO

ORIENTADOR: SILVIO YASUI



Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Mestra em PSICOLOGIA, área: Psicologia e Sociedade pela Comissão Examinadora:

Prof. Dr. SILVIO YASUI
Departamento de Psicologia Social e Educacional / UNESP/Assis

Profa. Dra. LAURA CAMARGO MACRUZ FEUERWERKER
Departamento de Práticas de Saúde Pública / USP/São Paulo

Profa. Dra. ELIZABETH MARIA FREIRE DE ARAÚJO LIMA
PPG/Psicologia / UNESP/Assis

Assis, 09 de setembro de 2019

AGRADECIMENTOS

Aos usuários (as) do SUS com quem tive contato durante minha caminhada profissional, com os quais me afeto e aprendo, diariamente.

Aos trabalhadores (as) do SUS que compõem a rede regional em que estou inserida, aos companheiros (as) do dia a dia de trabalho e aos colegas que se fizeram presentes no Fórum Intersetorial de Saúde Mental, Grupo Técnico de Saúde Mental, NEPER-H e Grupo Condutor da RAPS regional, possibilitando-me mergulhos na produção de uma política pública, generosos ensinamentos, afetos e o desejo de fazer esta pesquisa.

À Mayara por apoiar-me e inspirar-me a ingressar no mestrado acadêmico na UNESP-Assis.

Às trabalhadoras que participaram, diretamente, da pesquisa, revelando-me suas histórias de vida e profissional, inspirando-me a continuar lutando pelo SUS. Em especial, à Cristiane e à Rubiane, que estiveram sempre presentes, apoiando-me e compartilhando comigo os percursos profissional e acadêmico.

À Beth e Laura que, de forma afetuosa, trouxeram diversas reflexões e imensas contribuições à minha pesquisa.

Ao meu Orientador, Silvio, pela aposta no SUS e nos trabalhadores da ponta. Agradeço imensamente pela confiança e cuidado dedicados ao longo desse processo. Sua trajetória de Luta me inspira!

À minha família, em sua configuração não tão tradicional, pelo afeto e presença em minha vida.

Aos meus pais, Eduardo e Terezinha, pelo amor e cuidado incondicionais, pelos ensinamentos de uma vida toda, por não pouparem esforços para que eu tivesse uma formação acadêmica e profissional, por respeitarem minhas escolhas e decisões, por acreditarem e se orgulharem de mim.

Aos meus irmãos, Matheus e Manoela, por todo amor que permeia nossa relação, constituindo, também, uma base para minha vida.

À minha amada avó, Marina, que partiu para outro plano no final desse percurso acadêmico, deixando os registros de seus cuidados, afetos e ensinamentos destinados a mim.

Ao meu companheiro, amigo, esposo, José Alexandre, pelo afeto, respeito e cumplicidade de sempre. Pela dedicação e paciência ao longo deste processo e por sempre apostar em mim. Por me ensinar, estar aberto a aprender, ter sonhos em conjunto e por desejar dividir sua vida comigo.

MACEDO, Thais Sanzovo. **Histórias e caminhos da construção de uma Rede de Atenção Psicossocial**. 2019. 72f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Psicologia). – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2019.

RESUMO

O presente trabalho consiste em uma narrativa sobre os movimentos, pactuações e (des) articulações presentes na política de saúde mental de uma região, localizada a oeste do Estado de São Paulo, considerando o período que antecede à instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pelo Ministério da Saúde, até os dias atuais. Imersa neste campo enquanto pesquisadora, trabalhadora do SUS e participante do Grupo Condutor regional da RAPS, eu disserto sobre as memórias, registros e afetações – minhas e de oito trabalhadoras atuantes neste campo – frente aos desafios na constituição de uma rede de atenção psicossocial regional alinhada com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Neste percurso, além das entrevistas com as trabalhadoras e os diários de campo da pesquisadora, foram realizadas análises documentais da legislação que normatiza a atual Política Nacional de Saúde Mental, considerando-se os atravessamentos desta e do cenário atual de precarização das políticas públicas e perdas de direitos sociais na política regional. Com base na cartografia como metodologia de pesquisa, o trabalho visa acompanhar os efeitos da política pública de saúde mental, na microrregião do interior paulista, enquanto política de Estado e enquanto movimentos que produzem política, com suas contradições, disputas e agenciamentos, uma vez que a política é viva, produzindo-se o tempo todo, em todos os espaços.

Palavras-chave: Saúde Mental. Rede de Atenção Psicossocial. Saúde Pública.

MACEDO, Thais Sanzovo. **Histories and pathways on building a Psychosocial Care Network**. 2019. 72 p. Dissertation (Masters Degree in Psychology). São Paulo State University (UNESP), School of Sciences, Humanities and Languages, Assis, 2019.

ABSTRACT

This work consists of a narrative with regard to movements, pacts and (dis) articulations present in the mental health policy of a region located to the west of São Paulo State, considering the period before the establishment of the Psychosocial Care Network (RAPS), by the Ministry of Health, to the present day. As a deeply concerned researcher in this field, being a SUS worker and participant of RAPS Regional Conductor Group, I lecture about the memories, records and affectations – of mine and of eight others working in this field - facing the challenges in the constitution of a regional psychosocial care network, aligned with the principles of the Psychiatric Reform. On this course, besides the interviews with the workers and the researcher's field diaries, documentary analyzes of the legislation that regulates the current National Mental Health Policy were performed, considering the overpassing of that legislation and the current scenario of precariousness of public policies and losses of social rights in regional policy. Patterned after cartography as a research methodology, this work is aimed at following the effects of public mental health policy in a micro-region in the countryside of São Paulo state, as a state policy and as movements producing politics, with its contradictions, disputes and negotiations, since politics is something alive, yielding itself all the time, in all spaces.

Keywords: Mental Health; Psychosocial Care Network; Public health.

LISTA DE SIGLAS

AIH – AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

ACE – AGENTE COMUNITÁRIO DE ENDEMIAS

ACS – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CAPS AD – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

CDQSUS – CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E QUALIFICAÇÃO PARA O
SUS

CIB – COMISSÃO INTERGETORES BIPARTITE

CIT – COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE

CIR – COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL

CONAD – CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS

COSEMS – CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

CROSS – CENTRAL DE REGULAÇÃO DE OFERTAS DE SERVIÇOS DE
SAÚDE

DRS – DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE

EP – EDUCAÇÃO PERMANENTE

ESF – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

NASF – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

NEPER-H – NÚCLEO REGIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E
HUMANIZAÇÃO

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

PAREPS – PLANO DE AÇÃO REGIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SAÚDE

PNAB – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

PNH – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

PPHM – PARADIGMA PSIQUIÁTRICO HOSPITALOCÊNTRICO

MEDICALIZADOR

RAS – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

RAPS – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

RRAS – REDE REGIONALIZADA DE ATENÇÃO À SAÚDE

RT – RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

SRT – SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

UNESP – UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Sumário

INTRODUÇÃO	12
CENÁRIO POLÍTICO-ECONÔMICO E DESDOBRAMENTOS NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL	22
Período pós-golpe: os reflexos na política de saúde mental	24
A Portaria nº 3.588/2017 e as alterações no direcionamento da RAPS	28
A “Nova Política de Saúde Mental” e o cenário para 2019	31
A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DA REGIÃO: COMO ERA ANTES DA IMPLANTAÇÃO DA RAPS	36
A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO TERRITÓRIO: DE QUE RAPS ESTAMOS FALANDO?	47
O Grupo Condutor Regional da RAPS	48
A RAPS regional no cenário atual	57
A potência da Micropolítica na RAPS regional	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	69
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	72

A verdade dividida

*A porta da verdade estava aberta
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.
Assim não era possível atingir toda a verdade
porque a meia pessoa que entrava
só conseguia o perfil de meia verdade.
E sua segunda metade
voltava igualmente com meio perfil.
E os meios perfis não coincidiam.
Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.
Chegaram ao lugar luminoso onde a verdade
esplendia os seus fogos.
Era dividida em duas metades
diferentes uma da outra.
Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.
E era preciso optar. Cada um optou
conforme seu capricho, sua ilusão, sua miopia.*

Carlos Drummond de Andrade

INTRODUÇÃO

Esta dissertação é produto da tarefa de uma psicóloga que, recém-formada, deparou-se com os desafios do campo de trabalho na Política Pública de Saúde e procurou diálogos e espaços de trocas, a fim de encontrar respostas - e se encontrar - no campo de atuação. Este encontro com o SUS (Sistema Único de Saúde) e com os companheiros do campo da saúde coletiva gerou encantamento, frustrações, inquietações, desejos de luta, o retorno à academia e à produção dessa história que apresento.

Desse modo, meu lugar de fala tem relação com a formação em universidade pública e com o trabalho na saúde pública, em uma microrregião do interior paulista, localizada a oeste do estado de São Paulo. Em agosto de 2011, ingressei em município de pequeno porte, onde trabalhei em duas unidades de saúde da família. Vinculada a este mesmo lugar, tive riquíssimas experiências enquanto participante e facilitadora de processos formativos de trabalhadores, fórum intersetorial regional de trabalhadores e grupo deliberativo de técnicos e gestores do campo da saúde mental da região. A partir de novembro de 2015, passei a compor a equipe de Ambulatório municipal de saúde mental, em cidade de médio porte. Em seguida, passei a trabalhar em equipamentos da atenção básica no município, retornando à equipe do Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹ da região, no qual permaneço até o momento.

A partir das dificuldades sentidas no campo de trabalho, juntamente com a oportunidade propiciada por uma gestão aberta a mudanças, encontrei-me com o espaço de Fórum Regional Intersectorial de trabalhadores. As pessoas envolvidas com

¹ Grupo composto por técnicos e gestores dos municípios que compõem a CIR (Colegiado Intergestores Regional) e pelo órgão estadual (Departamento Regional de Saúde - DRS), tem o objetivo de monitorar e avaliar a implantação/implementação da rede de atenção psicossocial, bem como a constituição dos planos de ação dos municípios, com base nas necessidades e pactuações da região, conforme previsto na Portaria nº 3088/2011.

este espaço estavam realizando encontros para discutir questões sobre dependência química – questão em foco na região, e no país, naquele período. Além do Fórum e do apoio dos gestores para pactuações no estabelecimento de redes municipais, trabalhadores da região e técnicos do DRS organizaram-se na composição de um espaço para os técnicos e gestores das secretarias municipais de saúde. Assim, passam a ocorrer reuniões mensais do Grupo Técnico de Saúde Mental, com o objetivo de discutir as problemáticas e possibilidades percebidas, em âmbito regional, no campo da saúde mental.

Esses foram os principais espaços/grupos com quem me encontrei, estabeleci relações e que me modificaram, enquanto profissional. Falávamos muito em formação de rede e, por diversas vezes, obtínhamos momentos de articulação em rede, antes da publicação da portaria sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Encontrávamos-nos, mensalmente, no espaço do Fórum de trabalhadores, o qual nem sempre ocorria em espaço fixo, proporcionando acesso aos debates a maior número de atores, uma vez que percorria os municípios. Houve a realização de oficinas que envolveram técnicos e gestores de todos os municípios da região, e diversos setores, possibilitada por meio de parcerias com a universidade, resultando em pactuações locais, às quais abordarei à frente.

Esses encontros e movimentos aconteceram a partir dos próprios trabalhadores, com apoio dos gestores, que perceberam a necessidade de articulação e construção de propostas de ação para resolução das demandas da dependência química que chegavam aos municípios. Para tanto, não necessitou de uma portaria, diretriz ou normativa, mas do protagonismo e desejo de atores, somado a um interesse político, resultando numa força que, em determinado momento, sustentou práticas potentes de uma política pública local.

Essa é a política pública local que venho cartografar ao longo deste trabalho, considerando as diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Saúde Mental, mas, sobretudo, destacando as histórias, experiências, afetações, contradições e disputas presentes no campo da atenção psicossocial, de um território, no interior paulista, no qual também estou inserida como trabalhadora.

A Política Nacional de Saúde Mental, formalizada pelo aparelho estatal, foi resultado, dentre outros fatores, de décadas de movimentos coletivos – Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica – em busca da construção de um modelo de atenção às pessoas com sofrimento psíquico, com base no princípio do cuidado em liberdade, na criação de uma rede de serviços territoriais e de um profundo respeito aos direitos humanos. Consolidou-se como política do governo federal ganhando maior sustentação e visibilidade, especialmente, a partir do ano de 2001, com a aprovação da Lei 10.216² - a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais – e a partir das Conferências Nacionais de Saúde Mental (LUZIO e YASUI, 2010).

Faz-se necessário destacar que a Lei foi aprovada após mais de dez anos de tramitação no Senado e a partir de muitas concessões com relação ao projeto original, perdendo o radicalismo da “extinção progressiva do manicômio” para aprovação do texto que contém “proteção de direitos e redirecionamento no modelo assistencial”. Além disso, assim como ocorreu com a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial conquistaram garantias e maior visibilidade ao compor uma política pública, no entanto, ao deslocar-se para o interior do aparelho do estado, perderam o foco de luta da sociedade civil (LUZIO e YASUI, 2010).

² BRASIL. *Lei 10.216 de 06 de abril de 2001*. Brasília, 2001

Dando seguimento às normativas da Política Nacional de Saúde Mental, em 2002, a portaria 336 regulamenta que o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) seria o articulador das ações de saúde mental, com base na lógica do território (BRASIL, 2002). Prevê as modalidades de CAPS de acordo com o número de habitantes, assim como o financiamento, equipe e modo de funcionamento (temos então uma prescrição de onde, com quem e como realizar o cuidado em saúde mental?).

Ao final de 2011, com base nas diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde³ (RAS), em consonância com as discussões que fomentaram a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial e das demandas produzidas por esta, o Ministério da Saúde regulamentou, com base na portaria nº 3.088, que a atenção às pessoas em sofrimento psíquico deixaria de estar centralizada nos CAPS, devendo ser função de todos os equipamentos que compõem a chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Desse modo, de acordo com a portaria, a RAPS deveria se constituir por uma rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento psíquico e/ou com demandas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, sendo composta pelos seguintes componentes: Atenção básica em saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar (a qual não inclui o Hospital Psiquiátrico), Estratégias de Desinstitucionalização – Serviço Residencial Terapêutico e Programa de Volta para Casa – e Estratégias de Reabilitação Psicossocial – geração de trabalho e renda, cooperativas sociais, empreendimentos solidários (BRASIL, 2011).

³ BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 09 out. 2017

Prevê também a instituição do Grupo Condutor Estadual da RAPS - composto pela Secretaria Estadual de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) - e do Grupo Condutor Municipal da RAPS, como orientadores da política, de modo a apoiar, monitorar e avaliar a implantação/implementação da rede, bem como a constituição dos planos de ação dos estados e municípios, com base nas necessidades e pactuações de cada região. Há pouca literatura sobre a articulação das Redes de Atenção Psicossocial nos territórios, seja antes ou depois do advento da portaria, em especial que aborde sobre os Grupos Condutores da RAPS – temas em foco nesta pesquisa.

A portaria da RAPS, apesar de ser um avanço em relação à portaria nº 336, apresenta algumas limitações. Por exemplo, não institui uma política de saúde mental intersetorial, mesmo tendo como princípio que a integralidade do cuidado social e da saúde advém da dimensão multidimensional, interprofissional e intersetorial, de acordo com as discussões e propostas da IV CNSM-I.

Após seis anos da publicação desta portaria, e com diversas dificuldades e embates para aproximar o campo de atenção à saúde mental à potência presente em seu texto, em dezembro de 2017, o Ministério da Saúde publicou, dentre outras, a Portaria nº 3.588 (explicitada no capítulo a seguir) alterando, significativamente, a proposta da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Destaco que os pontos abordados acima são apenas uma parte ínfima do que representa, de fato, a política de saúde mental do nosso país. São algumas das normas e das concessões do Estado, diante de uma política que se faz o tempo todo, em inúmeros espaços e a partir das mais diversas formas e forças confluentes e contraditórias, pois a construção de uma política formal ultrapassa os limites dos governos e de suas instituições oficiais. Reconhecendo, também, que a política sofre,

continuamente, a interferência de outros sujeitos, ou seja, “(...) se transforma à medida que passa a ser colocada em prática” (MATTOS e BAPTISTA, 2015, p. 21).

Assim, na política cotidiana, pode-se reforçar ou transformar os modos instituídos de uma organização social, processando-se de forma diferente nos múltiplos espaços da sociedade (MATTOS e BAPTISTA, 2015). Essa política viva, a partir de um território específico, é a que pretendo contemplar nesta narrativa.

Durante a maior parte do trabalho, uso o termo Saúde Mental, por ter sido utilizado na legislação que instituiu a Política Nacional de Saúde Mental, bem como pelo uso rotineiro do termo pelos trabalhadores da saúde. Entretanto, é importante destacar que a mudança da nomenclatura na legislação vigente para Atenção Psicossocial advém do contexto da Reforma Psiquiátrica, utilizado para nomear os dispositivos de atendimento das pessoas com sofrimento psíquico. Assim, por Atenção Psicossocial, entende-se o olhar aos vários aspectos que fazem parte da vida do ser humano – aspectos políticos, econômicos, culturais – e não o olhar dicotômico saúde-doença, que é o que ainda prevalece nos equipamentos de saúde.

A proposta da Reforma Psiquiátrica e da legislação alinhada com ela não é estabelecer redes de atenção em saúde mental, mas sim Redes de Atenção Psicossocial, apontando para a possibilidade de atuação em outra lógica, ou seja, outra fundamentação teórico-técnica e outra ética, opostas às determinadas no paradigma psiquiátrico⁴ (COSTA-ROSA, LUZIO, YASUI, 2003). A Atenção Psicossocial deve superar e substituir o paradigma psiquiátrico de modo a compreender “o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos que demandam uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial”, estando a produção de

⁴ O Paradigma Psiquiátrico remete à designação de Costa-Rosa (2013) ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) como aquele que melhor expressa o Modo Capitalista de Produção, tendo como dispositivos-Estabelecimentos o Manicômio Psiquiátrico, o Hospital de mesmo sobrenome, o Discurso Médico e os medicamentos, atualmente chamados de manicômio químico.

saúde e de subjetividade entrelaçadas e indissociadas (YASUI e COSTA-ROSA, 2008, p. 29).

Realizadas as considerações com relação às terminologias, aponto que o objetivo da pesquisa é descrever e narrar os movimentos dos trabalhadores e gestores que levaram à construção da RAPS, em uma região no interior de São Paulo, relacionando aos reflexos do cenário mais conservador e de avanço da política neoliberal dos últimos anos.

Ressalto que a pesquisa foi iniciada no ano de 2017, após o golpe em nossa democracia, em seguida vieram as eleições presidenciais de 2018 e a vitória nas urnas de um governo conservador e de extrema-direita que, em início de mandato, propõe grandes cortes financeiros e mudanças drásticas nos rumos das políticas públicas – previdência social, saúde, educação, etc. – ameaçando a defesa dos direitos sociais que elas visam implementar.

O caminho percorrido pela pesquisa teve como base os documentos oficiais do Ministério da Saúde e de outras instâncias ligadas ao poder público, o diário de campo da pesquisadora, registrado ao longo do processo de pesquisa, e as narrativas, vivências e afetações sentidas por mim e pelas técnicas e gestoras que estão (ou estiveram) envolvidas com a política pública de saúde mental na região estudada.

Trata-se aqui de uma pesquisa qualitativa a partir de narrativas de atores que, assim como eu, atuam no campo da atenção psicossocial da região – e segue o referencial metodológico da cartografia. Diferente de outras metodologias de pesquisa, a cartografia não possui etapas pré-formuladas ou procedimentos padronizados específicos a serem seguidos. Assim, mais do que descrever um objeto em seu estado instituído, acompanha um processo de produção e transformação, num campo de relações, afetos, linhas de forças e agenciamentos (ROMAGNOLI, 2009).

“Toda experiência cartográfica acompanha processos, mais do que representa estados de coisa; intervém na realidade, mais do que a interpreta; monta dispositivos, mais do que atribui a eles qualquer natureza; dissolve o ponto de vista dos observadores, mais do que centraliza o conhecimento em uma perspectiva identitária e pessoal” (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009, p.169).

Alinhada ao método cartográfico, a narrativa não pretende dar respostas ou apontar explicações, mas problematizar a partir das experiências e afetações num campo. Nesse referencial, o conhecimento surge como composição, ao passo que caminhamos com o objeto, constituímos este caminho e nos construímos neste caminho (PASSOS, BARROS, 2009).

“Investigar o cotidiano é colocar em análise uma realidade em construção, móvel, sem começo, meio e fim, mas com várias entradas, tratá-lo como um campo de problematização, proporcionando novas possibilidades de apreensão e de produção do real” (BERTUSSI, D. et al, 2015, p. 472).

Dessa forma, para formulação da narrativa coletiva que compõem esta dissertação, entrei em contato com trabalhadores da saúde pública que estiveram envolvidos com movimentos regionais (Núcleo Regional de Educação Permanente e Humanização - NEPER-H - e Fórum Intersetorial de Saúde Mental) e/ou que participaram dos grupos deliberativos de técnicos e gestores no campo da saúde mental (Grupo Técnico de Saúde Mental e Grupo Condutor da RAPS), convidando-os a conversar sobre suas vivências profissionais no campo da atenção psicossocial⁵.

No primeiro momento, as conversas aconteceram individualmente com 3 (três) técnicas municipais, 2 (duas) gestoras municipais e 1 (uma) técnica do órgão estadual (DRS). Todas estiveram presentes no processo de construção da RAPS regional, desse modo, discutimos sobre as memórias, afetações, dificuldades e possibilidades acerca da construção da atenção psicossocial na micropolítica da região. Posteriormente, deu-se um encontro em grupo, com 5 (cinco) técnicas envolvidas com a atenção psicossocial, cada uma representando um município da região. Das cinco

⁵ A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências de Letras – UNESP Campus de Assis, conforme o Parecer 2.915.291. As entrevistadas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que está inserido como anexo desta dissertação.

trabalhadoras, três eram as mesmas do momento individual das entrevistas, sendo convidadas duas novas participantes para compor o grupo, pois nem todas entrevistadas poderiam comparecer ao momento em grupo.

Neste segundo momento, apresentei um resumo dos movimentos regionais construído a partir das entrevistas individuais que, após lido, foi validado pelo grupo. Em seguida, acrescentou-se a esse primeiro texto, outras memórias, percepções e reflexões sobre as dificuldades de articulação de redes e de atuação na lógica da atenção psicossocial nos municípios, o papel dos grupos deliberativos de trabalhadores - Grupo Técnico de Saúde Mental e o Grupo Condutor da RAPS – como interferência nos movimentos regionais, assim como algumas experiências positivas, alinhadas com a atenção psicossocial, nos municípios. As conversas foram gravadas e escutadas diversas vezes, extraindo-se os pontos mais relevantes para composição desta narrativa. Assim, os relatos e vivências das trabalhadoras estão incorporados ao texto – por isso utilizo o termo ‘narrativa coletiva’ – com destaque a trechos de falas⁶ que ilustram os processos que constituem o campo da política de saúde mental regional.

Ao longo do processo da pesquisa, escrevi, também, diários de campo, nos quais registrei minhas impressões, sentimentos, reflexões e questionamentos sobre a minha rotina de trabalho na atenção básica em saúde, a participação no Grupo Condutor Regional da RAPS e em relação ao cenário político brasileiro.

Desse modo, a partir das conversas com as trabalhadoras, atravessadas pela minha vivência no campo e pelo contexto nacional das políticas públicas em nosso país, viso, por meio desta narrativa, cartografar os efeitos da política pública de saúde mental em uma microrregião do interior paulista, enquanto política indutora (de Estado) e enquanto movimentos que produzem política.

⁶ As falas estão indicadas pela inicial do nome para diferenciar as pessoas entrevistadas sem identificá-las.

Feitas as explicações a respeito da Política de Saúde Mental brasileira e do propósito da pesquisa em narrar os movimentos e (des) articulações na rede de atenção psicossocial da região, em virtude das recentes alterações na legislação dessa política, descrevo, no capítulo 1, sobre a conjuntura político-econômica do país nos últimos anos e a relação com a política de saúde mental. No capítulo 2, disserto sobre a região estudada, em especial sobre os movimentos, articulações e pactuações existentes no período anterior à implantação da RAPS. Já no capítulo 3, abordo sobre a rede de atenção psicossocial que foi se desenhando no território de 2013 até o momento atual, considerando a RAPS como política indutora do Estado e também como movimentos micropolíticos.

CENÁRIO POLÍTICO-ECONÔMICO E DESDOBRAMENTOS NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Durante a década de 1990, concomitante às políticas abertamente neoliberais dos governos federais da época, tivemos uma gradual institucionalização da agenda e das pautas de diversos movimentos sociais por meio das políticas públicas instituídas pela constituição de 1988. Esse processo, que continuou na década de 2000, de um lado trouxe sustentação legal, mas, por outro lado, cooptou e/ou desmobilizou grande parte dos movimentos sociais – dentre eles os movimentos sanitário e a luta antimanicomial. Nesta década, sob o domínio das políticas neoliberais, houve a mundialização econômica e financeira, com aprofundamento da crise econômica internacional e das políticas sociais (VASCONCELOS, 2016).

Ainda na década de 2000, no Brasil, o Partido dos Trabalhadores (PT) “representou o desaguadouro das principais forças políticas que lutaram pela redemocratização e que formavam os movimentos mais populares” (VASCONCELOS, 2016, p. 63). Assumindo o poder em 2002, conseguiu alguns avanços no combate à miséria mais aguda, diminuição do desemprego e ampliação de algumas políticas sociais, pelo menos até 2010. No entanto, o partido cedeu ao modo conservador de fazer política e não priorizou o investimento e financiamento adequados nas políticas públicas e sociais como um todo (VASCONCELOS, 2016).

Após 2010, influenciado pelo cenário de recessão mundial - desencadeado pela crise financeira de 2008, gerada pela bolha imobiliária dos Estados Unidos - o crescimento econômico da década anterior começou a mostrar limitações, somando-se às insatisfações com relação às políticas sociais e urbanas. A partir das eleições de 2014, Vasconcelos (2016) aponta a tendência hegemônica de fortalecimento das forças conservadoras, ligadas ao agronegócio, indústria armamentista, dos setores militares e

mais conservadores das igrejas cristãs, os quais aprofundam as “iniciativas autoritárias e as medidas de ajuste fiscal ainda mais restritivas, que estimulam a recessão e sacrificam seletivamente os trabalhadores” (p. 65).

A crise econômica, política e ética se aprofundou ainda mais nos anos de 2015 e 2016, enfraquecendo, agudamente, o governo de Dilma Rousseff e resultando em crescimento das forças políticas mais conservadoras. Além disso, forças aliadas à *estratégia internacionalizada* de interesses e às políticas ligadas ao grande capital mundial em lidar com governos considerados “indesejáveis” (VASCONCELOS, 2016, grifos do autor), geraram o *impeachment* da presidenta Dilma em agosto de 2016 – este que não se tratou de um impedimento, mas de um golpe de Estado, abalando a democracia do país (GUILHERME, 2016).

Apesar das inúmeras limitações da política de saúde durante os governos do PT, tivemos, regularmente, sanitaristas na gestão do Ministério da Saúde, parlamentares ou técnicos afinados com o movimento sanitário, garantindo certa continuidade das políticas do SUS. No entanto, em 2015, em plena crise econômica e política, já descritas, a gestão do Ministério da Saúde foi entregue para setores conservadores do PMDB – na figura de Marcelo Castro. Em dezembro de 2015, deu-se a indicação para a Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas do psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho, cuja marca profissional foi a gestão médica do maior manicômio privado da América Latina, fechado devido às práticas que violavam os direitos humanos (VASCONCELOS, 2016). Esse nome gerou intensas mobilizações do movimento antimanicomial em todo país, fazendo com que fosse exonerado em maio de 2016. Apesar da exoneração de Valencius, sua nomeação marcou o início da reação conservadora que, desde a redemocratização, sempre teve

coordenadores alinhados com a reforma psiquiátrica e com as orientações da Organização Mundial da Saúde, nos mais diversos governos.

Após sua exoneração, não houve a nomeação de gestor para a Coordenação Geral de Saúde Mental naquele ano. Após o golpe de 2016, o então vice-presidente Michel Temer assume a presidência do país, nomeando Ricardo Barros como Ministro da Saúde, político de base conservadora, engenheiro civil e empresário, que em sua primeira declaração como Ministro afirmou: “o tamanho do SUS precisa ser revisto”⁷, revelando a qual interesses sua nomeação atenderia.

Período pós-golpe: os reflexos na política de saúde mental

Em dezembro de 2016, logo após assumir a presidência, o governo aprova a Emenda Constitucional nº 95⁸, instituindo um Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União – o que significou o congelamento no orçamento destinado à Saúde, Previdência e Assistência Social por 20 anos. Desse modo, o governo de Michel Temer é, de forma incisiva, marcado pela diminuição de direitos sociais e dos direitos trabalhistas – com a aprovação da Reforma Trabalhista de 2017, que alterou, significativamente, a CLT (Consolidação das Leis de Trabalho) – e as insistentes tentativas de aprovação da Reforma da Previdência⁹. Ou seja, de abertura total à política neoliberal, que, claramente, retira financiamento das políticas públicas, bem como do SUS, para sua desconfiguração e abertura ao mercado.

⁷Fonte: Jornal virtual Folha de São Paulo, de 17 de Maio de 2016. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/paywall/signup.shtml?https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1771901-tamanho-do-sus-precisa-ser-revisto-diz-novo-ministro-da-saude.shtm>>.

⁸ BRASIL. Constituição de 1988. *Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. In Constituição da República Federativa do Brasil. 52 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017. Versão PDF. Disponível em: livraria.camara.leg.br

⁹ O texto da Reforma foi aprovado pela Câmara dos Deputados em 13/07/2019. Segue para 2º turno de votação na Câmara e apreciação do Senado; aprovado nessas instâncias, torna-se Emenda Constitucional.

Seguindo a agenda de abertura ao interesse privado, em fevereiro de 2017, Quirino Cordeiro Junior é nomeado para exercer o cargo de Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Diferentemente da nomeação anterior, que não tinha uma base forte de apoio e uma agenda bem definida, essa gestão coloca em ação no país o fortalecimento da “indústria da loucura” e da hegemonia do saber médico, contra a visão de uma rede intersetorial, baseada no cuidado em liberdade e de base comunitária.

Neste contexto há, concretamente, uma articulação contra a RAPS, uma vez que, em setembro de 2017, a Coordenação-Geral de Saúde Mental apresenta na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) um relatório articulado com uma Nota Pública da ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) e do CFM (Conselho Federal de Medicina) apontando um conjunto de irregularidades e inconsistências na implementação da RAPS – claramente com o propósito de lançar dúvidas quanto à consistência das propostas e ações da RAPS e dar um passo a frente na consolidação do que chamaram “Nova Política de Saúde Mental” do país (PINHO, 2018).

Ainda em setembro de 2017, o Ministério da Saúde publica as Portarias de Consolidação, as quais redefinem normas e diretrizes no âmbito do SUS. Dentre elas, a Portaria de Consolidação nº 3 define a consolidação das normas para as redes do SUS - as redes temáticas de atenção à saúde¹⁰, as redes de serviço de saúde e as redes de pesquisa em saúde do SUS; e a Portaria de Consolidação que define a consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações

¹⁰ Com base na Portaria nº 4.279 (BRASIL, 2010), foram discutidas no Grupo Técnico de Atenção (GTA) e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012, as seguintes temáticas das Redes de Atenção à Saúde: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (Raps), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

e os serviços de saúde do SUS. Na primeira, no que diz respeito ao objeto dessa pesquisa, apresenta-se as normas para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e numa breve análise comparativa, percebe-se que, com relação à composição da RAPS estabelecida pela Portaria nº 3088/2011, aparentemente, não houve alterações significativas. Entretanto, mesmo a maior parte do texto trazendo termos idênticos ao que é preconizado na portaria original da RAPS – leia-se Portaria nº 3.088 – seu direcionamento revela-se distinto, uma vez que, seu texto dispõe sobre os tipos de internações psiquiátricas – voluntária, involuntária e compulsória – modo de atenção este que os pressupostos originários da RAPS pretendem, de forma veemente, a substituição e contraposição.

Com relação às normas para o financiamento das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, a portaria de nº 6 estabelece os valores para a implantação de CAPS, em suas diversas modalidades, com os mesmos valores previstos no ano de 2005, ou seja, com 12 anos de depreciação da moeda. Além disso, prevê uma nova classificação dos hospitais psiquiátricos, que aumenta o recurso destinado aos hospitais que possuam mais leitos – indo mais uma vez na contramão das propostas da Reforma Psiquiátrica e da RAPS, as quais defendem a política de redução de leitos.

Por fim, mas não com menor destaque, a portaria dispõe sobre o incentivo financeiro destinado aos estados, municípios e ao distrito federal para o custeio de serviços de atenção em regime residencial, incluídas as comunidades terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Assim, as Comunidades Terapêuticas - locais alinhados com as práticas asilares, de privação de liberdade e primazia da abstinência, muitas vezes denunciados por violação dos direitos humanos, conforme aponta o Relatório de Inspeção Nacional

em Comunidades Terapêuticas¹¹ - que já recebiam financiamento público, desde 2015, por meio do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), passaram a fazer parte da pasta da Saúde.

Além das alterações na Rede de Atenção Psicossocial, a atenção básica, porta de entrada e organizadora das redes do SUS, também fora atingida. Ainda em setembro de 2017, o Ministério da Saúde publica a revisão das diretrizes para organização da Atenção Básica, aprovando uma nova PNAB¹². Mesmo apresentando um texto ambíguo, percebe-se alterações significativas com relação à PNAB de 2011, entre elas: a ESF é apontada como prioridade na política de atenção básica, porém, o texto flexibiliza, em vários aspectos, a instituição de outros modelos de Atenção Básica, que não a Saúde da Família; retirada a obrigatoriedade de um número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde nas ESF, fragilizando o profissional e a cobertura dos territórios; propõe que algumas das atribuições dos ACS e dos ACE sejam compartilhadas, desconsiderando as especificidades dessas áreas técnicas e suas respectivas políticas.

Mais uma vez, a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), publicou a portaria sem levar em consideração os apontamentos destacados pelo CNS e sem garantir o amplo debate da pauta. Essas medidas incidem sobre uma relação frágil entre o SUS e a sociedade brasileira, caminhando em paralelo ao fortalecimento ideológico do setor privado como alternativa para o atendimento das necessidades de saúde (MOROSINI; FONSECA e LIMA, 2018).

¹¹ Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018.

¹² BRASIL. Portaria nº 2436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 25/06/2019

A Portaria nº 3.588/2017 e as alterações no direcionamento da RAPS

Dando continuidade a agenda de desmonte das conquistas dos pressupostos de Reforma Psiquiátrica do país, conforme apontado anteriormente, em 22 de dezembro de 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.588, a qual estabelece, em sua essência, pressupostos opostos aos preconizados nas legislações vigentes de saúde mental, em especial na Lei nº 10.216/2001, portaria nº 3.088/2011, na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, nas quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental e viola os direitos das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A portaria nº 3.588/2017 insere como componentes da Rede de Atenção Psicossocial: a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/ Unidades Ambulatoriais Especializadas; altera a Atenção Hospitalar introduzindo a Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral, o Hospital Psiquiátrico Especializado e o Hospital Dia; e cria o CAPS AD IV – serviços com funcionamento 24 horas para atendimento de pessoas em sofrimento decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, com implantação planejada junto a cenários de uso, em municípios com mais de 500 mil habitantes ou capitais estaduais.

Os serviços chamados Unidades Ambulatoriais Especializadas e Hospital-Dia desvirtuam o caráter da atenção psicossocial pautado na multiplicidade de saberes, na horizontalidade e no exercício da cidadania e da autonomia. Além disso, há o retorno do Hospital Psiquiátrico, principal dispositivo a ser superado na proposta da Reforma Psiquiátrica e que na proposta original da RAPS era considerado não como um ponto da rede, e sim como serviço em desconstrução e alvo de ações para sua superação.

Com relação às Unidades de Referência Especializada em Hospital Geral, há mudanças em comparação à Enfermaria Especializada prevista pela portaria anterior,

uma vez que a primeira indica a estratégia de transformar o que é leito de referência – funcionando em estreita ligação com o CAPS – em verdadeiras enfermarias psiquiátricas, sem respeito à vinculação territorial e as articulações em rede. Há alterações com relação aos leitos, pois o número mínimo de leitos para habilitação passa de 4 (quatro) para 8 (oito), de modo que não corresponda a mais de 20% da capacidade total do hospital – porcentagem que era de 15%. Além disso, passa a ser exigência a ocupação mínima de 80% dos leitos para o recebimento do recurso financeiro, invertendo, completamente, a proposta original de leito de retaguarda, que deve ser utilizado apenas em casos extremos. Todos esses aspectos podem colocar a internação como primeira opção de conduta, estando, acima de tudo, incoerentes com a Lei nº 10.216 (MINAS GERAIS, 2018).

Ainda segundo a publicação do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (2018) acerca da Portaria nº 3.588, a apresentação do CAPS AD IV prevê os mesmos objetivos dos CAPS AD III – atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao uso de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24 horas por dia, todos os dias. Entretanto, enquanto o equipamento já previsto pela RAPS original se pauta na multidisciplinaridade e na diversificação das ações de cuidado em saúde, no CAPS AD IV é prevista uma lógica médico-centrada, direcionando a assistência para atendimentos padronizados por categoria profissional. Além disso, “desconsidera a importância da abordagem itinerante e local, que respeita as especificidades das pessoas em situação de rua” (MINAS GERAIS, 2018, p.11) abordagem esta realizada pelas equipes multiprofissionais do Consultório de/na Rua. Desse modo, tal equipamento presta serviço à ação higienista, além de desconsiderar os aspectos históricos, sociais, econômicos e culturais do uso prejudicial de drogas e descaracterizar as necessidades dos sujeitos em sofrimento.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT), ponto de atenção que pertence à estratégia de desinstitucionalização da RAPS, implantado para acolher pessoas com histórico de longa permanência de internação em hospitais psiquiátricos e de custódia que não possuam suporte social ou laço familiar¹³, teve sua conceituação e propósito deturpados na portaria nº 3.588/2017, pois se abriu a possibilidade para abrigamento de qualquer pessoa com transtorno mental que tenha necessidade de cuidado, apontando para o risco de tornar-se um espaço para o “depósito de pessoas”, assim como foram, durante décadas, os manicômios.

“A Portaria nº 3.588 e seus desdobramentos é o retrato fidedigno dos interesses que se rendem ao enfadonho monólogo da razão, ao discurso corporativo, ao saber biomédico e de controle, à lógica privatista e ao lucro a qualquer preço, ao pragmatismo eleitoreiro” (MINAS GERAIS, 2018, p.19).

Desse modo, essa portaria apresenta alterações significativas na RAPS, direcionando a Política de Saúde Mental no sentido de um enfraquecimento dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e da rede de base territorial, fomentando a implantação de dispositivos de lógica manicomial e restritivos de autonomia e liberdade, que há anos vinham sendo desconstruídos e substituídos. A proposta de incluir dispositivos com uma lógica oposta à lógica da RAPS produz mudanças na forma de articulação e de trabalho da mesma, especialmente no que diz respeito à implantação de serviços cujas características não respeitam a legislação que fundamenta a Reforma Psiquiátrica no Brasil, a lógica do cuidado em rede, a regionalização que contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde e a participação popular.

¹³ BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 106/MS, de 11 de fevereiro de 2000*. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no âmbito do SUS, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>. Acesso em 22 de dezembro de 2018.

A “Nova Política de Saúde Mental” e o cenário para 2019

Ao encontro da configuração da “Nova Política de Saúde Mental”, o Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas anunciou, para o ano de 2018, o repasse de R\$ 60 milhões para os Hospitais Psiquiátricos, R\$ 100 milhões para as Comunidades Terapêuticas (destinados pelo Ministério da Saúde), R\$ 33 milhões para os novos dispositivos - Ambulatórios e o novo CAPS AD em “cenas de uso” e apenas R\$ 70 milhões para toda a RAPS (PINHO, 2018).

Em consonância com tal orçamento, tivemos, em 2018, no campo da política de drogas a aprovação de um marco regulatório que garante a aplicação da Resolução nº 01/2018 do CONAD¹⁴ – que, mesmo não tendo força de lei, pode resultar em mudanças práticas na política nacional sobre drogas, principalmente, no que diz respeito à atuação das comunidades terapêuticas, alterando a lógica da redução de danos para uma política proibicionista, com foco na abstinência – além da Portaria nº 3.449/2018¹⁵, do Ministério da Saúde, que institui um comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com as comunidades terapêuticas (PINHO, 2018).

A desconfiguração da lógica da Reforma Psiquiátrica fica, novamente, evidente na publicação, em agosto de 2018, de portaria que anuncia significativo aumento no valor das diárias pagas aos hospitais psiquiátricos, com internação acima

¹⁴ BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - Ministério da Justiça. *Resolução nº 1, de 9 de março de 2018*. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD – Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002. Diário Oficial da União, de 13 de março de 2018, ed. 49, seção 1, p. 79.

¹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 3.449, de 25 de outubro de 2018*. Institui Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas. Diário Oficial da União, de 01 de novembro de 2018.

de 90 (noventa) dias, além de interromper o fechamento dos leitos após a alta de usuários cronificados, transformando-os em leitos para casos agudos¹⁶.

Além desta, em novembro de 2018, o Ministério da Saúde publicou duas portarias que deram materialidade ao posicionamento do governo no sentido de apontar que a RAPS, como estava proposta, era “incompetente” e “inoperante”, administrativamente. Uma vez que articulou a ideia de que falhas na alimentação dos sistemas de informação do SUS e atrasos na implantação de serviços que representavam o modelo baseado em serviços substitutivos, alinhados com os pressupostos da Reforma, não funcionava.

Sendo assim, por meio das portarias de novembro de 2018, foi anunciada a suspensão do repasse financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS¹⁷ e publicada uma lista de Estados e Municípios que receberam recursos referentes à parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a RAPS e não executaram o referido recurso¹⁸. Dessa forma, “justifica” as alterações na Política de Saúde Mental preconizada, em razão do enfoque em internações em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas.

¹⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018*. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Diário Oficial da União, de 20 de agosto de 2018.

¹⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018*. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Diário Oficial da União de 16 de novembro de 2018, ed. 220, seção 1, p. 87.

¹⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.718, de 22 de novembro de 2018*. Publica lista de Estados e Municípios que receberam recursos referentes a parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes. Diário Oficial da União de 23 de novembro de 2018, ed. 225, seção 1, p. 257.

Fechando este ciclo de retrocessos e, na tentativa por transformar essa agenda (portarias e decretos) em um marco legal, ocorreu em Brasília, no dia 27 de novembro de 2018, o lançamento da *Frente Parlamentar Mista em Defesa da “Nova Política Nacional de Saúde Mental”* e da *Assistência Hospitalar Psiquiátrica*, que se inicia em 2019, com um congresso nacional ainda mais conservador e com a ascensão de um governo de extrema direita. A Frente Parlamentar, formada por 203 deputados e quatro senadores, defende a derrubada da Rede de Atenção Psicossocial – considerada “ideológica” e inoperante – para o que chamam de “Nova Política de Saúde Mental”, a qual defende o retorno dos hospitais psiquiátricos, os Ambulatórios de Saúde Mental, o maior investimento nas Comunidades Terapêuticas e, de modo geral, a medicalização. Evidentemente, uma “nova” política em defesa da indústria farmacêutica e dos empresários dos manicômios.

Essas medidas que alteraram a configuraram das políticas públicas de saúde mental ocorreram por meio de “canetadas” da Coordenação Nacional de Saúde Mental que, sem passar pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde e pelas diversas instâncias da saúde mental (usuários, familiares e suas entidades organizadas), “dialogaram” apenas com seus aliados - a Associação Brasileira de Psiquiatria, o Conselho Federal de Medicina, a Confederação de Comunidades Terapêuticas e os gestores públicos - instituindo uma democracia de baixa intensidade e contrariando o processo histórico da reforma psiquiátrica, marcado pela forte participação e mobilização social (PINHO, 2018).

Todas essas medidas de desconfiguração da RAPS e construção de uma política outra comprometida com a indústria da loucura e com a privatização da saúde ainda não afetaram o arcabouço da legislação brasileira vigente. Entretanto, alinhadas à legitimidade de um cenário conservador que desmerece os fundamentos dos Direitos

Humanos e os avanços da Constituição Cidadã, estão prontas as bases para fundamentar o que Leonardo Pinho - vice-presidente da ABRASME e conselheiro do Conselho Nacional de Direitos Humanos - nomeou de “Contra-Reforma Psiquiátrica”.

“A fase de Contra-Reforma se abre através da eleição, com legitimidade social das urnas, de um governo de extrema direita e de um congresso nacional mais conservador, tendo na eleição da bancada do PSL e de um forte protagonismo político do DEM sua coroação. A eleição de maneira mais geral abre uma crise de regime na nova república e nos valores e sentidos dela aberto com a Constituição de 1988, a ideia central de progressividade e universalidade dos direitos. Para o campo da saúde mental e drogas dá as condições objetivas para transformar qualitativamente a agenda de retrocessos em política de estado e de um novo marco legal” (PINHO, 2018, p.8).

Já em fevereiro de 2019, o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica nº 11¹⁹, esclarecendo sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Em resumo, a nota explicita sobre a portaria nº 3.588\2017 e os equipamentos que compõem a “Nova Política” (explicitadas no item anterior), aponta que não há serviços substitutivos na Rede de Atenção Psicossocial, pois todos os equipamentos, inclusive o Hospital Psiquiátrico, possuem a mesma importância, afirmando, ainda, que “a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos de Hospitais Psiquiátricos” (p. 5). Além disso, dispõem sobre a compra de aparelhos para Eletroconvulsoterapia (ECT), a ser financiado pelo SUS.

A Nota também reafirma a Resolução do CONAD 1/2015 e a Portaria Interministerial nº 2/2017, que estabelece critérios para o funcionamento, expansão e financiamento das Comunidades Terapêuticas. Explicita sobre as principais mudanças na Política Nacional de Drogas – apresentadas pela Resolução do CONAD 01/2018 –, dentre elas, foco na abstinência como tratamento ao usuário de substâncias psicoativas

¹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Técnica Nº11: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 20/04/2019.

e transição de tal Política para a competência do Ministério da Cidadania, sob o comando de Osmar Terra. Diversas organizações sociais e órgãos ligados à saúde coletiva e aos Direitos Humanos manifestaram-se em repúdio a esta Nota, a qual foi retirada do site do Ministério da Saúde em poucos dias. No entanto, ressalto que a Nota apenas esclarece portarias e resoluções já publicadas.

É neste contexto de alterações no direcionamento da política oficial do Ministério da Saúde que a pesquisa foi sendo produzida. Nesse sentido, o clima de ameaça às propostas da Reforma Psiquiátrica e da RAPS atravessaram as falas, memórias e sentimentos dos trabalhadores que me auxiliaram na composição desta narrativa. Como a narrativa precisa ter um fim, mesmo a história e a política sendo escritas, feitas e refeitas o tempo todo, parto para descrever um pouco sobre o cenário da região estudada – na qual também atuo – no período que antecede a proposta formal de constituição de RAPS.

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DA REGIÃO: COMO ERA ANTES DA IMPLANTAÇÃO DA RAPS

Neste capítulo, parto, basicamente, das memórias e relatos dos trabalhadores do campo da saúde, com quem entrei em contato ao longo da pesquisa, para narrar sobre os movimentos e articulações regionais que configuravam a política de saúde mental do território, anteriormente ao movimento do Estado na implantação da RAPS.

A região de que trato na pesquisa localiza-se a oeste do Estado de São Paulo, atualmente, é composta por 13 municípios e compreende uma população de 224.596 habitantes²⁰. Pertence a uma macrorregião do interior paulista adscrita por um Departamento Regional de Saúde (DRS) composto por 62 municípios, agregados em 05 diferentes regiões de saúde, abrangendo uma população total de 1.068.468 habitantes²¹.

No âmbito da saúde, a região conta, majoritariamente, com serviços de atenção básica (UBS e USF) por compreender, em sua maioria, municípios de pequeno porte e 1 (um) município de médio porte, onde estão 45,87% dos habitantes da região, localizando-se a maioria dos serviços “especializados” do campo da saúde mental. Levantamento realizado pelo Departamento Regional de Saúde apontou, em 2011, que na macrorregião os transtornos mentais e comportamentais estavam entre as cinco principais causas de internações, correspondendo a 21,06% dos recursos gastos com internação hospitalar.

Nos dados de 2008 sobre a cobertura de serviços de saúde na região, temos que a CIR (Comissão Intergestores Regional) era composta por 12 municípios, compreendendo, basicamente, os seguintes serviços de saúde: 38 Unidades Básicas de Saúde, sendo 19 equipes de saúde da família, 6 Hospitais Gerais, 1 (um) CAPS I e 1

²⁰ <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp>

²¹ Dados fornecidos pelo Departamento Regional de Saúde – DRS.

(um) CAPS II recém-inaugurados (2003 e 2006, respectivamente), Ambulatório Especializado em dois dos municípios e 1 (um) Hospital Psiquiátrico no município de porte médio.

Até meados de 2008, aproximadamente, os movimentos e as articulações de trabalhadores no campo da saúde mental se davam majoritariamente em âmbito local, em seus próprios municípios e serviços. Considerando a regional adscrita pela DRS, havia reuniões mensais com técnicos e gerentes dos CAPS da macrorregião, a qual ficava sob a coordenação do órgão estadual. Dessa forma, como apenas dois dos municípios da região possuíam CAPS, somente estes tiveram a oportunidade de compartilhar experiências com outros trabalhadores, em âmbito regional, naquele momento.

O final da primeira década dos anos 2000 destaca-se, na região estudada, pela grande demanda aos setores Judiciário e Saúde no sentido de “solucionar” a “problemática” do uso abusivo de drogas. Nesse contexto, as ações dos municípios e serviços se-voltavam, sobretudo, para a internação psiquiátrica. Porém, em um cenário de fechamento dos leitos de hospitais psiquiátricos e percebendo que a internação não dava vazão ao elevado número de casos demandados pelas famílias e pelo poder judiciário, em alguns municípios, os setores começaram a se reunir para discutir e planejar ações em âmbito municipal.

A partir de 2002, em momentos distintos, três municípios da região receberam os aprimorandos do Programa de Aprimoramento da UNESP de Assis. Essa experiência de apoio da universidade foi importante, auxiliando os profissionais a ofertarem outras formas de cuidado, que não a médico-centrada e medicalizadora, assim como facilitaram a articulação entre o campo da saúde mental e o da saúde

coletiva. As ações dos aprimorandos evidenciaram-se, principalmente, nos municípios de pequeno porte.

(C.): “Passamos a realizar oficinas com os usuários (psicóticos) na UBS e, inclusive, fizemos parcerias com outros setores – assistência social, educação – para disponibilização de espaços para as oficinas. Com isso, a cidade toda ficou conhecendo o trabalho da saúde mental (...).”

(D.): “Inspirado no modelo do município S. G., e facilitado pela autonomia que a gestão proporcionou a alguns técnicos, nos anos de 2011 e 2012, o município C. conseguiu receber os aprimorandos da UNESP e passou a desenvolver oficinas e grupos nas unidades de saúde, sendo um período bastante produtivo nesse aspecto”.

No ano de 2008, ações de Educação Permanente (EP) promovidas pelo NEPER-H do CDQSUS (Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS) possibilitaram uma articulação entre os técnicos da região. Eram realizadas reuniões mensais com representação de todos os municípios da regional, em sua maioria, técnicos que atuavam na atenção básica, dentre eles alguns psicólogos, discutindo-se sobre as problemáticas comuns, assim como as possibilidades de ações conjuntas e formações. Dentre as problemáticas, estavam as dificuldades dos profissionais e serviços com relação à atenção psicossocial e, portanto, necessidade de ampliação dos debates e fortalecimento das equipes neste sentido, tendo como perspectiva o conceito ampliado de saúde.

Destaco aqui a importância da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde²², instituída como estratégia para a regulação, formulação e execução das ações relacionadas à formação e desenvolvimento da força de trabalho em saúde, como uma aposta na gestão descentralizada e participativa.

Nesse contexto, a partir dos encontros produzidos pelo NEPER-H e com apoio do movimento do Fórum Intersetorial de Saúde Mental (descrito abaixo),

²² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

diversas ações/capacitações foram planejadas e, ao longo dos anos seguintes, executadas. Em 2010, realizou-se o curso “Formação de Apoiadores da Atenção Básica”; em 2012, “Curso de Qualificação de Apoiadores para Constituição da Rede Intersetorial no Cuidado à Dependência Química”; no ano de 2013 efetivaram-se “1ª Oficina para Conselheiros Municipais de Saúde” e “Oficina de Educação Permanente para os Gestores” e, por fim, execução do curso “Apoio Institucional em Saúde Mental” no ano de 2015. As oficinas/capacitações foram planejadas pelo grupo que compunha o NEPER-H e contaram com a participação da maioria dos municípios que compõem a regional.

Além disso, percebendo-se a dificuldade dos equipamentos da rede em cuidar das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, e da sociedade civil como todo, gerando enormes demandas para internação (compulsórias e/ou voluntárias), consultas psiquiátricas e solicitação judicial para fornecimento de medicamentos, gestores de saúde e técnicos dos 12 municípios pertencentes à CIR articularam-se, com apoio do grupo do NEPER-H, para discutir essas questões. Desse modo, o grupo contou com a colaboração de docentes da UNESP-Assis, os quais apoiaram a elaboração do Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS) de 2010 e 2011 e do planejamento de uma oficina para o planejamento da política regional de drogas (LIMA, 2013).

(D.): “Os serviços e municípios passaram a se articular devido à problemática da dependência química e, através da EP, várias ações e capacitações para gestores e trabalhadores, que emergiram nesse período, tinham como tema central a saúde mental”.

(R.): “A partir do incômodo social referente à dependência química, que demandou do Judiciário, os setores do município passaram a ser convocados pelo judiciário para se reunir e discutir ações em conjunto”.

“Junto a esse processo, com a proposta da Educação Permanente e as movimentações possibilitadas por ela, a região passou a articular-se, especialmente, no campo da saúde mental, com o Grupo Técnico de Saúde Mental e o Fórum de Saúde Mental, com o objetivo de fortalecer os serviços existentes e a articulação da rede intersetorial”.

Assim, em fevereiro de 2011, ocorreu a I Oficina de Planejamento da Política Intersectorial Regional sobre crack e outras drogas, realizada no município de maior porte, por trabalhadores mais implicados com as questões de saúde mental e por dois docentes da UNESP-Assis. A Oficina contou com a participação de trabalhadores e gestores dos diversos setores – saúde, assistência social, educação, segurança pública, judiciário, etc. – ficando pactuadas diretrizes municipais e regionais, dentre elas a realização de reuniões mensais de rede intersectorial municipais e a criação de uma rede intersectorial regional de saúde mental, a fim de continuar pensando as questões de dependência química e saúde mental.

Dando continuidade a essas ações, em abril de 2011, ocorreu a primeira reunião que compôs um espaço constituído por trabalhadores dos diversos setores da rede regional denominado Fórum Permanente Intersectorial de Saúde Mental. A criação do Fórum, bem como as discussões coletivas nos espaços de reuniões teve o objetivo de fortalecer as ações em rede entre os setores municipais, produzindo trocas e configurando-se como um espaço de formação para os participantes. Esse movimento gerou, inclusive, a produção de uma dissertação de mestrado²³, na qual me fundamento para tratar, abaixo, das temáticas e repercussões desse espaço na região estudada.

As primeiras reuniões do Fórum tiveram como foco discussões sobre o que seria e como se daria esse espaço, ficando acordado entre os envolvidos que seria um espaço aberto, de responsabilidade compartilhada entre os atores – técnicos, gestores e usuários da rede. No segundo semestre de 2011, além das discussões relacionadas à dependência química, os participantes compartilharam como os municípios estavam se organizando para iniciar as reuniões intersectoriais em seus territórios, bem como as

²³ LIMA, D. B. de. O espaço fórum como apoio na formação da rede intersectorial regional em saúde mental: desafios e potencialidades. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2013.

dificuldades para a realização das mesmas. Desse modo, como forma de sensibilizar as redes municipais a se articularem para pensar questões complexas como o uso abusivo de drogas, e com o objetivo de dar visibilidade ao espaço do Fórum Intersetorial, foi planejado o “I Seminário Intersetorial: rede de cuidado à dependência química”.

O evento ocorreu em setembro do mesmo ano e contou com a mobilização dos gestores de saúde municipais para o levantamento de recursos financeiros e para dar visibilidade à temática. Assim, teve a participação de cerca de 450 pessoas de diversos setores da sociedade - saúde, assistência social, educação, judiciário, usuários dos serviços de saúde mental, poderes executivo e legislativo – tanto dos municípios que compõem a CIR, como de outras regiões do estado (LIMA, 2013).

Ao final de 2011, foram listados temas e sugestões de profissionais para planejamento dos encontros do ano seguinte. Ao iniciar 2012, profissionais convidados falaram sobre: Saúde Mental na Atenção Básica, Humanização e Apoio Matricial, houve troca de experiências, além da possibilidade dos participantes se aproximarem de temas que pudessem permear suas reflexões teóricas e talvez suas práticas. Durante o percurso, houve diversos debates com relação ao papel do Fórum Intersetorial e questionamentos quanto ao Fórum direcionar ações e implantar algo concreto na região, principalmente referente à dependência química. Isso não chegou a ocorrer, pois muitos participantes reforçavam o papel do Fórum como espaço de interlocução e apoio, e não de implantação das políticas (LIMA, 2013).

Em maio de 2012, a reunião do Fórum Intersetorial fez parte do espaço do II Congresso Internacional de Saúde Mental, realizado por uma universidade privada da região. Na oportunidade, discutiu-se sobre a demanda por internações, em especial as internações compulsórias, e sobre os modos de fazer na rede de atenção psicossocial. Em junho de 2012, deu-se um encontro sobre o tema da dependência química e sua

complexidade, com mediação de apoiador da Unesp/Assis, trazendo problematizações com relação a nossa organização social, à produção de dependências nessa organização e com relação às ofertas de cuidado em nossa rede intersetorial. Em julho, ocorreu uma oficina de compartilhamento de experiências, na qual cada município não só apresentou como estava a sua rede intersetorial, os avanços e dificuldades após um ano de existência do Fórum, como também compartilharam experiências exitosas relacionadas com promoção e/ou prevenção de saúde (LIMA, 2013).

A partir de agosto de 2012, as reuniões do Fórum passaram a ser itinerantes, realizando-se em cada mês em um município que se dispusesse a sediar o encontro. Roda de conversa sobre a rede intersetorial; importância de se conhecer as ofertas nos territórios próximos; medicalização da vida e da sociedade; compartilhamento de experiências exitosas nos municípios; redução de danos (temática que não despertou grande interesse por parte dos profissionais); ações psicossociais e possibilidade de implantação de serviços regionais; discussões sobre a Portaria nº 3088/2011 e de ações psicossociais na Atenção básica foram as principais temáticas deste período.

No início de 2013, ocorreram ainda algumas reuniões itinerantes e, no decorrer do ano, voltaram a ficar centralizadas no município de maior porte. Ao final de 2013, esse movimento passou a ter menor número de participantes, devido à mudança de gestão nos municípios e grande rotatividade de técnicos nos serviços municipais. Além disso, é importante destacar que a organização dos encontros acabava ficando, principalmente, sob a responsabilidade de uma única profissional e, com sua desvinculação da rede municipal, os demais participantes do Fórum assumiram por pouco tempo a organização e planejamento desse espaço. Assim, as reuniões foram acontecendo de forma mais espaçada e com participação quase

exclusiva dos trabalhadores dos serviços de saúde mental do município de maior porte, não ocorrendo novos encontros desde o ano de 2015.

Enfatizo aqui as temáticas e a configuração do espaço Fórum, pois, apesar das várias dificuldades e contradições, representou, na região, um amplo movimento no sentido de debater e problematizar as práticas, sendo lembrado, com destaques, pelas trabalhadoras com quem conversei para compor essa narrativa.

“Esse espaço coletivo apresenta contradições e fragilidades, mas também representou, em alguns momentos, uma oportunidade de atuar em outra lógica, e não reproduzir o modo hegemônico de atuação e de gestão ainda vigente” (LIMA, 2013, p.).

Impulsionado por esses movimentos regionais e seguindo uma demanda da região, constituiu-se, ao final de 2011, o Grupo Técnico de Saúde Mental - com representantes dos 12 municípios da CIR (sendo 2 secretárias municipais de saúde) e articulador da DRS. O grupo tinha como objetivo ampliar as propostas de atenção à saúde mental, a partir da análise da prática e do processo de trabalho.

(R.): “(...) devido à necessidade de maior apoio e ações no campo da saúde mental para a região, constituiu-se o Grupo Técnico de Saúde Mental (...) as problemáticas e discussões do grupo tratavam da necessidade de leitos psiquiátricos em Hospital Geral na região, implantação e estruturação de equipamentos de saúde mental e, para além de equipamentos, também sobre a necessidade de investir na formação dos trabalhadores e na atenção básica”.

Nesse período, em ambos os espaços (Fórum e Grupo Técnico) foram levantadas as demandas e carências da região. A partir do diagnóstico realizado que apontou para a necessidade de implantação de serviços que atendessem a demanda regional, foram escritos projetos de CAPS e CAPS AD regionais, discutidos fluxos, bem como questões referentes ao acesso dos usuários. Foram escritos também projetos para implantação de Residências Terapêuticas, Consultório na Rua e projeto de Saúde Mental na Atenção Básica para articular a mudança no modelo de cuidado

ambulatorial no município de maior porte. Destaco aqui que os movimentos dos trabalhadores, apoiados por gestores e a universidade caminhavam no sentido de articulações em rede antes da instituição da portaria da RAPS.

Pode-se perceber por meio das narrativas dos técnicos e gestores que essas articulações regionais acima elencadas, tanto por meio do NEPER-H, Fórum Intersetorial de Saúde Mental, os processos formativos de trabalhadores, assim como o Grupo Técnico de Saúde Mental, em maior ou menor grau, repercutiram nas falas e práticas de alguns trabalhadores. Digo isto, pois os trabalhadores com quem conversei para a produção dessa escrita trazem lembranças positivas desse período, destacando, por exemplo, a instituição de reuniões de equipe em serviços, a pactuação de reuniões de rede e o desenvolvimento de ações terapêuticas em grupo, em alguns municípios, nos anos seguintes após esses movimentos. Além disso, enquanto trabalhadora desse campo, participei da maior parte desses processos e posso afirmar que refletiram de forma significativa em minha formação, ampliando a compreensão sobre as políticas públicas e possibilitando reflexões mais complexas para atuar com as demandas de saúde mental.

(NI.): “Considero um marco para a saúde mental na nossa região o Seminário Intersetorial Regional, que contou com apoio de professores universitários e da DRS, com envolvimento dos gestores, e também o Fórum de Saúde Mental (...). A partir de então os aspectos que envolvem a saúde mental passaram a ser fortalecidos e vistos de forma ampliada. Nesse período também se configurou a reunião do Grupo Técnico de Saúde Mental, assiduamente”.

Em 2013, em virtude da Política Nacional de Saúde Mental, que buscava instituir a Rede de Atenção Psicossocial como parte da Rede Regional de Atenção à Saúde, o Grupo Técnico de Saúde Mental transforma-se em Grupo Condutor da RAPS. Nesse contexto, o foco passa a ser oficialmente a montagem dos Planos Regionais da RAPS. Com a transição, outro técnico da DRS passa a compô-lo, direcionando as reuniões de acordo com pautas referentes à formulação dos Planos

Regionais. Esse mesmo ano coincide com a mudança de gestão municipal na maior parte dos municípios que compõem a CIR, devido a eleições municipais, constituindo uma quebra nos movimentos que vinham sendo realizados - em alguns casos, essa quebra ocorreu por questões político partidárias – interferindo em movimentos locais, quando existiam e, conseqüentemente, nos regionais.

(C.): “O direcionamento do Grupo Condutor focou-se na implantação de equipamentos especializados em saúde mental e implantação de RTs, uma vez que o Estado vinha sendo obrigado a dar conta do movimento de desinstitucionalização, num contexto em que muitos técnicos já tinham o entendimento da lógica psicossocial e da necessidade de outras discussões e ações para a região, que não diziam respeito a implantar serviços (...)”.

Pode-se destacar que o que sustentou os movimentos regionais, nesse período, foi o protagonismo de alguns profissionais, contagiado pelo desejo de muitos, além da conjuntura de abertura a diversas propostas da Reforma Psiquiátrica e do apoio da DRS, dando respaldo às ações e articulações, juntamente com a publicação da Portaria nº 3.088/2011.

Desse modo, foi um período bastante potente no sentido de apoio de discussões e ações coletivas que investiram no cuidado em saúde mental a partir da formação dos trabalhadores, trabalho em rede, implantação de equipamentos, problematização ao modelo de cuidado e criação de ações possíveis. Ou seja, passou-se a dar maior visibilidade à questão do conceito de saúde, fazendo com que os municípios procurassem, minimamente, ofertar outras propostas à população, uma vez que as vagas para internação psiquiátrica restringiam-se, e uma das ofertas eram – e são – as Comunidades Terapêuticas.

Nesse sentido, tivemos por meio dessas ações regionais, movimentos que apontavam para forças instituintes atuando e afetando, ora mais, ora menos, as práticas dos atores em seus territórios. Ao mesmo tempo, dava-se a repetição de práticas instituídas, voltadas à abstinência, à medicalização e à internação, uma vez que as

contradições estão sempre presentes no campo. Essa contradição ou paradoxo evidencia que o processo social complexo da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2007; YASUI, 2010) não é uma força descolada da realidade que se instala por força de portarias e regulamentações. Ao contrário, é um processo permanente de mudanças de saberes e práticas que convivem no cotidiano com práticas manicomiais ainda hegemônicas. Assim, retrocessos na legislação das políticas públicas, como os que estamos vivenciando, são muitas vezes legitimados pelos mesmos atores que, aparentemente, há pouco defendiam a Reforma.

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO TERRITÓRIO: DE QUE RAPS ESTAMOS FALANDO?

O marco para a utilização do termo RAPS e explanação de suas diretrizes, deu-se, em nossa região, de modo oficial, através da “Oficina da Rede de Atenção Psicossocial da Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS”, realizada em 28 de maio de 2013 no município sede da macrorregião que compreende o Departamento Regional de Saúde local. A oficina teve o objetivo de apresentar e discutir com os secretários municipais de saúde, técnicos representantes do campo da saúde mental dos municípios, técnicos dos Departamentos Regionais de Saúde e com os apoiadores do COSEMS/SP a Política Nacional de Saúde Mental, os documentos legais que definem o financiamento dos vários pontos assistenciais da RAPS, explicitar sobre os possíveis serviços que viriam compor a RAPS em cada regional e iniciar a discussão para implantação da Rede de Atenção Psicossocial em cada CIR (Comissão Intergestores Regional).

Na oficina, foi apresentada a Deliberação CIB – 87, de 03 de dezembro de 2012, que aprovava o Termo de Referência para a implantação das Redes Regionais de Atenção Psicossocial, expressando estratégias e compromissos do Estado de São Paulo para implantação de uma rede comunitária, de cuidado integral à pessoa com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em substituição ao modelo asilar. Abordou também, entre outras, a Portaria nº 4.135/2010²⁴ – sobre as ações de Saúde Mental e o ‘Plano Crack para pequenos municípios’, divulgando a autorização do repasse de recurso, pelo Ministério da

²⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.135, de 17 de dezembro de 2010*. Destina recursos financeiros emergenciais para ações de qualificação da Rede de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas em Municípios de pequeno porte, no âmbito do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Brasília, 2010.

Saúde, para ações de matriciamento e apoio em saúde mental a municípios de regiões vulneráveis que possuísem de 15.000 a 20.000 habitantes.

Essas informações a respeito da Oficina que definiu, oficialmente, a instituição da RAPS na região foram baseadas em um trecho do documento produzido por técnicos do DRS presente no Plano de Implantação da Rede de Atenção Psicossocial regional de 2014, o qual pertencia aos registros da própria pesquisadora enquanto membro do Grupo Condutor da RAPS, pois não foi possível obter, através do DRS, registro documental específico sobre a Oficina, devido à informação da inexistência deste.

O Grupo Condutor Regional da RAPS

O Grupo Condutor Regional da RAPS, abordado diversas vezes neste texto, foi iniciado em meados de maio de 2013, a partir da realização da Oficina acima descrita. Anteriormente a esta data, técnicos representantes da saúde mental dos 12 municípios e dois gestores municipais, juntamente com técnico da DRS, compunham, com pactuação em CIR, o grupo denominado Grupo Técnico de Saúde Mental. As reuniões do Grupo Técnico aconteciam mensalmente e a maior parte dos municípios eram presentes, com alguns membros bastante ativos e outros que não participavam de fato. Em muitos momentos, as temáticas discutidas nas reuniões assemelhavam-se aos debates presentes no grupo do NEPER-H, pois em ambos espaços eram discutidos temas como as necessidades da região, a formação dos profissionais com base no cuidado ampliado em saúde e o fortalecimento das equipes. Os técnicos presentes nas reuniões registravam os conteúdos discutidos em ata e essa era disponibilizada por e-mail para os membros do grupo.

O grupo de técnicos que constituiu o Grupo Condutor era, basicamente, o mesmo do grupo anterior, havendo, no entanto, mudança no técnico do departamento estadual, o que representou uma quebra, pois o primeiro grupo era conduzido de acordo com os interesses e demandas dos técnicos, enquanto o Grupo Condutor da RAPS apresentou-se com uma agenda pronta – sobre as pautas a seguir e direcionamento da rede a se constituir.

Quanto à pactuação, o Plano de Implantação da RAPS da região, de 2013, cita a apreciação e aprovação do Grupo Condutor da RAPS pela Comissão Intergestores Regional (CIR), entretanto, ao solicitar ao DRS documento que formalizasse a pactuação deste grupo, fui informada sobre a inexistência do mesmo, assim como de atas e/ou registros das reuniões realizadas ao longo dos 5 anos (2013 a 2018). Desse modo, não há documento oficial sobre a Oficina de implantação da RAPS na região e o Plano de Implantação da RAPS regional atualizado, se existe, não foi fornecido para a pesquisa. Portanto, essa pesquisa não obteve evidências oficiais que a implantação da RAPS tenha ocorrido na região, revelando, de antemão, um paradoxo na implantação dessa RAPS. Ao mesmo tempo em que se constitui a partir de movimentos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, não possui documentos institucionais que a formalizam, o que revela uma fragilidade enquanto política induzida pelo Estado. Nesse sentido, as evidências dos movimentos para implantação da RAPS regional dão-se por meio das pessoas, pois estão em seus corpos, memórias e registros pessoais. Assim, a narrativa produzida por essa pesquisa é, também, uma contribuição para o registro da existência dos movimentos para construção da RAPS regional, com base em minhas vivências, anotações sobre o campo e nas memórias das trabalhadoras envolvidas com o mesmo.

Desde sua constituição até os dias atuais, o Grupo Condutor foi composto por trabalhadores com formação na área de saúde mental, majoritariamente psicólogos e alguns enfermeiros que gerenciavam serviços – em especial, CAPS e RTs. Ou seja, era pequena a participação de atores da atenção básica propriamente dita, mesmo a região sendo composta por municípios que contavam, em imensa maioria, com serviços de atenção básica. Além disso, não se buscou a inclusão dos serviços de urgência e emergência – como as Santas Casas, UPAs e SAMU – na constituição do grupo. Técnicos da UPA participaram de raras reuniões as quais foram convidados. Desse modo, como pensar em alterar a centralização das ações em saúde mental do CAPS (ou profissionais “psis”) e passá-la a uma *rede articulada e integrada nos diversos pontos de atenção*? Essa composição apresenta lacunas que são, também, dos tempos do Grupo Técnico de Saúde Mental e revela um modelo que se reproduz, no qual as questões de saúde mental são destinadas a um lugar e uma lógica da especialidade, com pouca ou nenhuma conexão com a atenção básica.

As reuniões do Grupo Condutor consistiram, durante vários anos, em discutir e redigir o Plano de Implantação da RAPS da região, com base na caracterização do território – geografia, dados populacionais, econômicos e sociais - e destaque para o levantamento dos equipamentos de saúde existentes nos municípios e as necessidades de implantação, de acordo com a Matriz Diagnóstica da RAPS (contida no anexo I da Portaria nº 3.088/2011). Sendo assim, durante um extenso período, a condução das reuniões teve como foco a implantação de equipamentos tais como NASFs, CAPS, Residências Terapêuticas, Unidades de Acolhimento.

Desse modo, revela-se que os atores que compõem o Grupo Condutor da RAPS passam a discutir sobre a região a partir de um *menu* estabelecido pelo Estado, e não com base em problematizações das necessidades e carências sentidas pelas

pessoas que trabalham e vivem nesse território. Além disso, conforme já descrito, no grupo deliberativo composto anteriormente – Grupo Técnico de Saúde Mental – produzia-se trocas, problematizava-se modos de fazer e repensava-se sobre as problemáticas regionais sem que houvesse uma portaria a seguir, ou seja, sem que existisse uma prescrição sobre o modo de fazer política e/ou rede. Destaco que a constituição deste grupo se deu com base em movimentos - Oficinas e Fórum Intersectorial de Saúde Mental – que produziram nos técnicos e gestores da saúde a necessidade de fortalecer o campo da saúde mental de seus municípios.

O movimento de constituição do Grupo Condutor da RAPS foi diferente. Ao seguir uma pauta pré-estabelecida pela coordenação estadual, descaracterizam-se as necessidades e as possibilidades de construção dos atores, evidenciando, como afirmam Luzio e Yasui (2010), que a ênfase nos processos de regulação como indutores da política do SUS transforma forças vivas de criação em servidão às normas e portarias.

Partindo das necessidades pensadas de acordo com a Matriz Diagnóstica da região, alguns municípios que acreditavam necessitar de serviço especializado para as questões de saúde mental e dependência química, procuraram, com apoio da DRS, articular-se de modo que a maior parte do território que compreende a CIR obtivesse cobertura de algum serviço de CAPS (esta articulação já vinha sendo pensada há alguns anos, como descrito no capítulo 2). Diante das dificuldades de pactuação dos recursos financeiros para o custeio do serviço regional e transporte dos usuários, os poucos municípios que se mantiveram interessados realizaram um redesenho para tentativa de pactuação e implantação por proximidade geográfica.

Em 2014, o Plano de Implantação da RAPS regional foi apresentado à Secretaria de Estado de Saúde e retornou com recomendações para alterações, devido

a essa composição dos CAPS regionais. Segundo o Departamento Regional de Saúde, houve mudança na forma de entendimento a respeito de serviços nessa configuração, orientando a regional a constituir serviços ‘de referência’ e não serviços regionais. Assim, um município é que implanta, custeia e gerencia o equipamento, o qual pode ser referência a outros municípios. Com essa proposta, esse tema foi descartado pelos gestores municipais locais.

No primeiro ano de formação do Grupo Condutor da RAPS, no qual se buscou traçar a Matriz Diagnóstica da região, pensando na viabilidade de implantação de serviços e no repasse financeiro destinado aos equipamentos, houve o interesse por parte dos gestores e a participação de representantes da maioria dos municípios. Entretanto, no decorrer dos anos, ao perceber as dificuldades e até mesmo a inviabilidade em montar equipamentos, muitos municípios foram deixando de mandar seus representantes – permanecendo, em média, um terço dentre os 12 municípios – e os gestores eram convocados excepcionalmente para pautas pontuais.

(NI): “De início, a RAPS impulsionou um período forte, os municípios fizeram um levantamento das suas necessidades e dificuldades (...), mas com o tempo foi se enfraquecendo, devido à mudança de profissional a frente da equipe de Saúde Mental na DRS, mudança de gestão nos municípios. A proposta que vem do governo federal já não é mais a mesma, a ideia de CAPS regional que foi pensada inicialmente, não é possível. O secretário atual não apoia o fechamento dos hospitais psiquiátricos, o financiamento não acontece (...).”

(C.) “O Grupo Condutor continuou durante os anos seguintes focado em implantação de serviços e de RTs, passando a estar esvaziado dos técnicos, perdendo até mesmo essa direção após as mudanças políticas no país e dificuldade de financiamento aos serviços substitutivos”.

Esse esvaziamento nas reuniões e a sequência de pautas repetitivas por parte da técnica da DRS gerava um grande incômodo em mim e em algumas técnicas presentes. Por vezes problematizávamos essa questão com a pessoa que conduzia o grupo, justificando que os municípios não tinham condições de implantar serviços,

mas as pautas se repetiam. Questionava-me então: formar RAPS era implantar os diversos serviços previstos na portaria? Enquanto trabalhadora de município de pequeno porte, eu e colegas ouvíamos as possibilidades de financiamento e habilitação de serviços ao maior município da regional – com cerca de 100 mil habitantes.

A partir de 2014, após anos de discussões e negociações no município de maior porte, o Hospital Psiquiátrico em funcionamento na região foi, gradativamente, desabilitando seus leitos. Com base na retaguarda às emergências psiquiátricas após a inauguração de duas UPAs e do SAMU regional, a implantação de duas Residências Terapêuticas, em dezembro de 2014, e com o serviço do CAPS AD em vias de inaugurar – ambos no município de maior parte - fechou-se, definitivamente, os leitos do Hospital Psiquiátrico no final de 2015.

(D.): “Havia resistência no município devido à grande quantidade de internação, devido à questão dos moradores do hospital psiquiátrico a ser resolvida, mas o principal entrave se deu por conta das negativas da Santa Casa referentes à implantação dos leitos psiquiátricos (...). Primeiramente ocorreu a habilitação das Residências Terapêuticas, a criação da UPA e do SAMU e houve o entendimento de que as AIHs ficariam para a administração municipal. Só assim o fechamento ocorreu de forma razoavelmente tranquila, devido à questão financeira, mesmo com a pressão política contrária”.

Assim, dentre os entraves para o fechamento do hospital psiquiátrico, além do modelo manicomial presente na região, com uma demanda grande para internações, especialmente em casos de abuso de substâncias, tínhamos (e continuamos tendo) a dificuldade para implantação de leitos psiquiátricos em Hospital Geral. Com relação a essa temática, destaco o papel do Grupo Condutor nas diversas discussões e tentativas de pactuação entre os municípios para implantação desses leitos. Em uma política pública de saúde mental alinhada com a Reforma Psiquiátrica – desinstitucionalização, cuidado em liberdade e de base territorial – sabe-se que os leitos psiquiátricos em hospital geral são um ponto de atenção de extrema necessidade na rede.

Ao iniciar as discussões sobre essa temática, investiu-se na implantação dos leitos no município de maior porte, o qual possui o hospital de referência para diversos agravos de urgência e emergência na região adscrita. Porém, a gestão do hospital não estava de acordo com a implantação dos leitos. Passados os anos, dois municípios de pequeno porte tiveram interesse em implantar os leitos psiquiátricos, devido ao recurso financeiro recebido. A pactuação seria de implantação de 5 (cinco) leitos em cada um dos municípios, os quais deveriam também implantar CAPS. O cumprimento dos acordos e dos requisitos para implantação dos leitos foram ocorrendo de forma bastante lenta. A partir de dezembro de 2017, com as mudanças na política nacional de saúde mental prevista pelo Ministério da Saúde, que alteraram os critérios para habilitação dos leitos e o valor do repasse financeiro para custeio dos mesmos, a efetivação desse ponto da rede continua sendo um grande nó para a região.

Vale aqui salientar que, por meio das conversas com as técnicas da região para composição dessa narrativa, obtivemos a informação de que em um dos municípios da regional – de 11 mil habitantes – entre os anos de 2005 a 2013, internavam-se pessoas que estivessem em crise na Santa Casa local. Tratou-se de um período de um gestor municipal de saúde em específico que estabeleceu alguns acordos com a equipe da Santa Casa, no qual internações pontuais e de curta duração aconteciam. Mesmo com a mudança da gestão municipal, essa pactuação permaneceu durante alguns anos, deixando de se efetivar com a mudança na direção da Santa Casa local. Desse modo, não se necessitou de uma formalização como leito psiquiátrico ou de um recurso financeiro específico para que pessoas fossem acolhidas em momentos de crise no serviço de urgência e emergência do território. Esse exemplo demonstra que normativas e diretrizes não resultam necessariamente em práticas, e que a política se produz mais por práticas do que por diretrizes instituídas. Por outro lado, práticas e

pactuações podem ser alteradas mais facilmente quando não “sustentadas” por diretrizes oficiais.

Dando seguimento às considerações sobre o espaço do Grupo Condutor da RAPS, como já citado, dentre os anos de 2013 e 2014, as reuniões tiveram enfoque na implantação de equipamentos e implantação de leitos psiquiátricos em hospital geral. Com exceção desse período, as reuniões do Grupo Condutor pareciam não ter objetivos. Mês a mês, levantava-se alguma problemática de um município em específico (ou da região) e a questão era discutida na reunião do dia, sem continuidade e ampliação dos debates. De modo geral, nos anos seguintes, as reuniões do Grupo se deram dessa maneira, permeadas ainda por momentos de pautas que focavam a implantação de Residências Terapêuticas e CAPS, atendendo às demandas do governo do estado – uma vez que regiões vizinhas passavam por processo de desinstitucionalização, devido a determinação judicial, e o Departamento Regional precisava facilitar esse processo e dar endereço aos moradores dos hospitais em fechamento.

Ao final de 2015, a técnica da DRS que conduzia o grupo aposentou-se, passando a ser direcionado por outras duas técnicas - do órgão estadual - que se revezavam. Neste período, o grupo já se encontrava bastante esvaziado e os poucos técnicos municipais que o compunham tinham uma participação mais acomodada. Tenho a impressão de que os membros que compareciam cumpriam com uma formalidade e/ou buscavam compartilhar com os parceiros as dificuldades e angústias pessoais do processo de trabalho no campo da saúde mental – esse era o meu caso.

No ano de 2017, houve a mudança com relação à regulação das internações psiquiátricas, passando para a CROSS – Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde, assim como as demais internações para qualquer agravo em saúde. Essa

mudança trouxe controvérsias nos municípios, alguns consideraram que a regulação das vagas ficou mais transparente, outros não gostam da alteração. De modo geral, alguns serviços que estavam habituados a apenas encaminhar começaram a se articular procurando ampliar os conhecimentos nas questões referentes à saúde mental – como no caso dos Prontos Socorros e UPAs, que tem buscado apoio do CAPS, quando há o serviço no município.

Percebo que nos anos de 2017 e, especialmente, em 2018 – nos períodos em que as reuniões ocorreram – houve a busca por fortalecer as equipes existentes no município, o enfoque para a atenção básica, no sentido da importância da reunião de equipe, do acolhimento, do apoio matricial e do fortalecimento da rede intersetorial de modo a identificar ações existentes e/ou ações possíveis nos territórios. O enfoque em temas tão essenciais para a atenção psicossocial deu-se, de forma tardia, no grupo, muito provavelmente pelos retrocessos na política que dificilmente estava habilitando e financiando novos serviços na lógica da reforma psiquiátrica. Assim, a condução do grupo finalmente partiu para o reconhecimento do que existe e é possível no território. No entanto, esses momentos foram extremamente pontuais – já que em 2017 e 2018 as reuniões foram canceladas por diversas vezes – e continuaram contando apenas com profissionais “psis” e gerentes de serviços especializados para as discussões.

Destaco que no ano de 2019 as reuniões do Grupo Condutor da RAPS foram agendadas por diversas vezes pelo DRS, inclusive com convocação aos técnicos e gestores a discutirem sobre desinstitucionalização neste espaço. Entretanto, foram canceladas, mês a mês, sem justificativas.

A RAPS regional no cenário atual

Pretendo neste tópico trazer apontamentos a respeito da configuração da RAPS regional atual, problematizando sobre os atravessamentos do direcionamento da política nacional na conjuntura local.

Conforme já foi dito, as reuniões do Grupo Condutor da RAPS não ocorrem com regularidade desde 2017, sendo suspensas no ano de 2018, retomadas em outubro do mesmo ano, devido às solicitações dos técnicos municipais e, continuamente, canceladas, até o presente momento de 2019²⁵. Destaco que o setor de saúde mental da DRS está totalmente defasado de funcionários, contando, durante os últimos anos, com os (as) aprimorandos (as) do Programa de Aprimoramento da UNESP-Assis para desempenhar diversas funções. Com o fim do Programa no final de 2018, o setor passa a ficar ainda mais desfalcado.

Desde o ano de 2015, não há, na região, movimentos que envolvam os municípios com relação à temática da saúde mental, a não ser as reuniões mensais do grupo do NEPER-H, onde a atenção psicossocial permeia as pautas, mas que se encontra pouco ativo, no momento.

O CAPS AD existente no município de maior porte na região, habilitado e em funcionamento desde 2016, até o momento não recebeu o recurso mensal do Ministério da Saúde. Além disso, o Plano Regional da RAPS, que descreve as necessidades de habilitação de serviços na região e as propostas de pactuações regionais, encontra-se estagnado desde 2016, conforme relata a técnica da DRS.

²⁵ Julho de 2019

(NA.): “Após 2016, nenhum dos Planos Regionais da RAPS das regiões pertencentes à DRS conseguiu ser aprovado em CIB, pois todos voltaram com recomendações para alterações. Assim, os municípios não conseguiram evoluir no planejamento e pactuações alinhados com a implantação da RAPS”.

Não é difícil perceber que as ações no campo da atenção psicossocial que dependem de financiamento passam por maiores dificuldades há alguns anos, e não apenas com a proposta da “Nova Política” do atual governo federal. Pois, como investir em políticas públicas diante do congelamento orçamentário previsto pela Emenda Constitucional nº 95/2016? Como pensar em fortalecimento da Rede (ou da RAPS) diante das alterações nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017?

Temos, hoje, um governo federal de extrema-direita, que coloca no Ministério da Saúde aliados da ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria), com grande abertura à FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. Sem dúvida, um cenário bastante complicado. Apesar disso, o Estado de São Paulo permanece mantendo os repasses estaduais que financiam a Rede (de acordo com a Portaria nº 3.088/2011) e coloco em destaque a fala da técnica estadual quanto ao posicionamento do DRS.

(N.): “O Estado de São Paulo ainda está mantendo a proposta da Portaria 3.088 da RAPS e está mantendo os repasses estaduais que financiam a rede. **Enquanto coordenação e articulação da DRS, há o consenso em manter a postura de não legitimar essas novas portarias que alteram completamente a lógica da RAPS.** Portarias essas que não passaram por consultas públicas, sem qualquer participação popular ou aprovação das entidades que representam os técnicos, usuários e familiares, portanto, não foi endossada e não é considerada por nós como novo direcionamento na política pública de saúde mental”(grifo meu).

Aponto que apesar do serviço de CAPS AD existente na região ainda não receber recurso federal para custeio mensal, mesmo estando habilitado pelo Ministério da Saúde, não se fala em fechamento. O município vem custeando o serviço, talvez

por entender que se faz necessário uma oferta municipal voltada ao cuidado à dependência química (inclusive pela pressão social nesta questão, conforme citado no capítulo 2), assim como por garantia da própria política ministerial, que instituiu que o valor das AIHs dos leitos de hospital psiquiátrico, quando desabilitados, deve ser repassado ao município sede. Desse modo, como o município abrigava um hospital, fechado em 2015, vem recebendo este recurso financeiro do Estado.

Em virtude da Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018, a qual tem o propósito de desqualificar os serviços substitutivos em saúde mental, tivemos, no início de 2019, a suspensão do custeio mensal das duas Residências Terapêuticas existentes na região, devido à justificativa da falta de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. De acordo com a portaria, a suspensão seria de 6 (seis) meses, sendo repetida caso não houvesse a regularização no sistema. Apesar dessas dificuldades impostas por essa “Nova” Política, o município e o DRS intervieram ao Ministério Público, com o objetivo de garantir a manutenção do serviço residencial, assim como os direitos dos moradores, e conseguiram reaver essa suspensão.

Outro ponto importante sobre a RAPS regional é que continuamos descobertos dos leitos psiquiátricos em Hospital Geral, ao mesmo tempo em que há nas nossas UPAs e Santas Casas disputas de vagas, via CROSS, para internações psiquiátricas. Sobre essa temática, gestores de saúde locais expuseram, na reunião de câmara técnica realizada em junho de 2019, a necessidade de fortalecimento da RAPS e retorno das reuniões do Grupo Condutor. Essa questão surgiu, pois os municípios não estão conseguindo dar vazão aos pedidos judiciais para internação e as UPAs tem recebido grandes demandas psiquiátricas, assim como dificuldades em “segurar” os pacientes enquanto aguardam vagas nos Hospitais Psiquiátricos.

(S.): “Pela primeira em vez em todos esses anos que participo da Câmara técnica, os gestores falaram que precisamos fortalecer a RAPS e voltar a ter as reuniões do Grupo Condutor. Porque estão com muitos problemas nas UPAs, muitos pedidos de internação compulsória, os CAPS fecham as 17 horas e a Regulação não funciona nos finais de semana (...)”.

Nesse sentido, questões sobre o que é emergência em saúde mental, como e onde acolher as chamadas “crises” e, especialmente, sobre as grandes demandas para internações compulsórias (ou voluntárias) para usuários de substâncias psicoativas, são problemáticas das mais desafiadoras para a região. Há dificuldade em compreender e reconhecer a atenção psicossocial e, portanto, em buscar outras ofertas para além das consultas especializadas e das internações.

Apesar dos gestores estarem mais voltados às demandas emergentes e judiciais, e não aos fatores que produzem esse caos, fez-se necessário olhar para o campo da saúde mental. Em tempos difíceis como o que estamos vivenciando e com uma política nacional que investe em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, essa fala de fortalecimento da RAPS pode ficar apenas no discurso. Entretanto, conforme exposto no capítulo 2, foi a enorme dificuldade em lidar com as questões envoltas à dependência química, juntamente com o protagonismo de profissionais e parceiros da Universidade, que fizeram com que, em anos anteriores, a região se movimentasse e procurasse envolver-se para pensar o cuidado em saúde mental.

Em junho de 2019, a equipe de saúde mental do DRS orientou os técnicos dos municípios a efetivarem junto a seus gestores solicitação ao órgão estadual para a retomada das atividades do Grupo Condutor, chegando a convocar reunião para tratar do processo de desinstitucionalização – cancelada semanas depois. Ao mesmo tempo em que temos a Nota Técnica do Ministério da Saúde, de 2019, descrevendo que o Hospital Psiquiátrico faz parte da RAPS e que na “Nova” Política de Saúde Mental não há *serviços substitutivos*, apontando que todos os pontos de atenção são de igual

importância, há pessoas no Departamento Regional buscando encontrar-se com os trabalhadores da ponta. Trata-se de tentar resistir às mudanças recentes na política nacional de saúde mental? Um setor que muito pouco problematizou o fazer na atenção psicossocial junto aos trabalhadores? São diversas as contradições.

Enquanto pesquisadora e trabalhadora desse campo, revelo que a angústia aumentava à medida que as portarias e diretrizes mais atuais do Ministério da Saúde iam sendo publicadas, à medida que as eleições se aproximavam e a ameaça de poder a um governo ultra conservador crescia, especialmente quando os governos federal e estadual ficaram “nas mãos” dos representantes atuais. A sensação era de enorme ameaça às poucas conquistas de uma política baseada na Luta Antimanicomial e na Reforma Psiquiátrica. Durante o caminhar da pesquisa as dúvidas sobre como e quanto as alterações nas diretrizes oficiais refletiriam no campo das práticas em saúde mental, me acompanharam.

Nesse sentido, por meio da pesquisa, também pude conversar com as trabalhadoras sobre essa temática. Revelando-se a sensação de desânimo e de estagnação quando se trata do momento atual de nossa política de saúde mental.

(R.): “todo mundo muito desmotivado, momento de falta de esperança e de angustia, no medo de toda essa luta se perder, com o retrocesso enorme na política de saúde mental atual, que não investe na atenção psicossocial, ao contrário, investe em Comunidade Terapêutica e Hospital. As reuniões do Grupo Condutor nem mesmo estão ocorrendo, o setor de Saúde Mental da DRS totalmente defasado de funcionários”.

Sem dúvida, esse desânimo e desesperança por parte dos trabalhadores, somados a pouca assistência por parte do DRS, atravessam as micropolíticas locais. Entretanto, ainda há ações e parcerias que tem servido de respaldo à região, às quais tive conhecimento a partir das narrativas das trabalhadoras.

Como apoio ao Estado de São Paulo, há o TAC de Sorocaba – de 18 de dezembro de 2012 – Termo de Ajuste de Conduta formalizado entre o Ministério

Público do Estado de São Paulo, Ministério Público Federal e as prefeituras municipais de Sorocaba, Salto de Pirapora e Piedade para enfrentamento dos problemas no atendimento dos sete hospitais psiquiátricos particulares da região. O TAC, originariamente, determinou metas e acordos à gestão tripartite para desinstitucionalização e adequação da rede de atenção psicossocial dos municípios citados, mas outros municípios do estado também podem aderir ao TAC. Assim, o Departamento Regional de Saúde da região estudada tem se apoiado no TAC Sorocaba para garantir os repasses estaduais e defender a RAPS alinhada com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

(NA.): “Temos nos apoiado no TAC-Sorocaba como tentativa de resistir e combater as alterações na RAPS, persistindo na construção de uma RAPS que realiza cuidado em liberdade e no território”.

Além do TAC-Sorocaba, o Ministério Público Federal e as Defensorias Públicas foram solicitados pelos municípios, com intermédio do Departamento Regional de Saúde, em defesa da garantia dos direitos humanos direcionados a usuários de serviços de saúde mental que tiveram seus direitos violados. Assim, buscando apoio de outros órgãos e de ações consolidadas é que alguns trabalhadores e gestores da região vêm lutando pelos princípios básicos ao ser humano resguardados em nossa constituição federal.

Dentre os sentimentos de angústia e temor e os desafios na atuação na rede de atenção psicossocial local, as trabalhadoras com quem conversei não sentem que as mudanças recentes da legislação em saúde mental alteraram o campo de atuação e/ou o modo de fazer cuidado em saúde mental, pelo menos por enquanto. Concordam:

C., E. e S.: “As problemáticas do hoje são, vez ou outra, as mesmas que tínhamos em momentos anteriores”.

São grandes os entraves para a efetivação de uma rede de atenção psicossocial, mas uma grave dificuldade que se apresenta, mais agora do que antes, parece estar ligada ao financiamento.

A potência da Micropolítica na RAPS regional

Para Merhy (2002), o cotidiano em saúde é o terreno da produção e cristalização dos modelos de atenção à saúde, assim como da produção de novos arranjos no modo de fabricar saúde. Desse modo, é importante olhar para o território, pois é onde se produzem as relações, seus limites e suas possibilidades, onde se encontram os movimentos micropolíticos.

O processo de trabalho em sua micropolítica deve ser entendido como um cenário de disputa de distintas forças instituintes, desde as forças claramente presentes nos modos de produção – no caso, modo capitalista de produção –, assim como aquelas que se apresentam nos processos imaginários e desejantes. Desse modo, o processo de trabalho está sempre aberto à presença de lógicas distintas que o trabalho vivo em ato – trabalho criativo, horizontal – pode comportar. Isso pode ocorrer nos momentos em que se abrem fissuras nos processos instituídos e em que a lógica estruturada da produção é posta em xeque. Desse modo, há a possibilidade de se constituir tecnologias da ação do trabalho vivo em ato abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga nas ações produtivas instituídas (MERHY, 2002). Com base nisso, sabemos que as forças instituintes e instituídas estão sempre presentes no campo de ação. E que no trabalho vivo em ato, dentro da ética da atenção psicossocial, sempre pode produzir um processo de trabalho em outra direção, não hegemônica.

Sendo assim, podemos considerar os movimentos e as articulações protagonizadas na região (apontados no capítulo 2) como um movimento instituinte? O qual, sem uma norma ou diretriz, cria um espaço coletivo de troca de saberes e práticas, tendo como base o protagonismo de alguns e o desejo de muitos. Creio que sim, e que temos aí uma demonstração da potência do processo de trabalho na micropolítica.

No decorrer da narrativa, fui apontando diversos movimentos micropolíticos da RAPS regional, muitos deles na lógica hegemônica, serializada e outros movimentos criativos, alinhados com a lógica da atenção psicossocial.

Durante as conversas com as trabalhadoras, para composição da narrativa, pude perceber que surgiram sentimentos positivos nas mesmas – e em mim – devido às lembranças das ações potentes que se realizaram na região, clareando as ideias ao que já foi possível, num passado próximo, e acendendo a chama para possibilidades no hoje. No encontro em grupo com as trabalhadoras, pensou-se em fazer um Seminário Regional com a temática de internações compulsórias, uma vez que é uma questão que vem permeando os setores de saúde, judiciário, assistência social e sociedade civil, a fim de mobilizar novamente a rede e, sendo do desejo de outros parceiros, retomar os encontros do Fórum Intersetorial de Saúde Mental regional. A ideia de retomada do Fórum surgiu ainda em conversa individual com uma gestora de saúde e em espaço de reunião com técnicos da rede de saúde mental municipal, pertencente a meu campo de trabalho no SUS.

Conforme apontei acima, os gestores de saúde da região defenderam em reunião o fortalecimento da RAPS e o retorno das reuniões do Grupo Condutor, devido aos problemas gerados à administração municipal em torno da grande demanda de internações psiquiátricas. Seria, então, este o momento para tentar retomar e

fortalecer as ações em saúde mental na região (como ocorreu em 2011)? Esse desejo ficou em mim e em algumas das trabalhadoras presentes na conversa em grupo.

No encontro em grupo com as trabalhadoras, também se levantou a possibilidade de conversar com os gestores de saúde sobre a utilização de leitos das Santas Casas, dos municípios de pequeno porte, na oferta de uma retaguarda mínima às “crises” em saúde mental, sem, necessariamente, habilitá-lo como leito psiquiátrico – conforme realizado por município S²⁶. Uma vez que os gestores de saúde estão percebendo as dificuldades de suporte nas UPAs regionais e os municípios, muitas vezes, estabelecendo convênios com clínicas particulares/ comunidades terapêuticas para dar vazão aos pedidos de internação compulsória.

Não sabemos se haverá implicação e parcerias suficientes para movimentar essas pactuações regionais, mas essas foram reflexões que surgiram a partir do encontro com o grupo de trabalhadoras para pensar a RAPS regional, surgiu pela interferência da pesquisa. Assim, nos encontros, muitas coisas podem surgir.

Se a RAPS regional, como política formal, apresentou-se como um *menu* de serviços a serem implantados, sem financiamento, ela encontra-se “falida”. Mas enquanto práticas que se fazem na micropolítica, no trabalho vivo em ato, pode existir em alguns momentos e/ou espaços, já que as contradições e as disputas se inscrevem o tempo todo. Historicamente, foi em períodos de caos – como o da ditadura militar, por exemplo – que a sociedade se mobilizou na busca pela democracia e por acesso a direitos.

²⁶ Utilizada letra inicial do município com o objetivo de não o identificar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para encerrar esta narrativa, mas não para concluir, podemos dizer que, mesmo as políticas governamentais, ou seja, a política formal, não é distante de um contexto social. Há vida na política e ela é a expressão de acordos momentâneos e dinâmicos, assim, é na disputa em torno de diferentes projetos que grupos, com maior ou menor poder, conseguem garantir o enunciado de uma política (MATTOS e BAPTISTA, 2015).

No contexto político-econômico atual, apontamos que estamos diante de um cenário de total abertura ao capital, com cortes nas políticas públicas e sociais afetando os modos de vida como um todo. Além disso, elencamos, especialmente, as recentes alterações no direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental – por meio do texto da Portaria nº 3.588 e de outras portarias complementares – as quais representam retrocessos com relação ao enunciado da política oficial anterior. Entretanto, devemos destacar que as forças manicomiais estiveram sempre presentes no campo, ou os enunciados não se alterariam agora. Do mesmo modo, houve o momento de um texto mais potente, alinhado com a Reforma Psiquiátrica – Portaria nº 3.088 – que não garantiu uma atenção de acordo com a lógica psicossocial.

Se há retrocesso nos textos das políticas oficiais, é porque falhamos enquanto técnicos e gestores que atuam na política pública e apostam na atenção psicossocial? Ou talvez porque, com base nos avanços nos textos alinhados com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, acreditamos, demasiadamente, que ela já estaria dada? Prendemo-nos à política do papel e acabamos deixando de lado a política do cotidiano? Seguimos as prescrições das portarias como se o conjunto de equipamentos – CAPS em suas diversas modalidades, Residências Terapêuticas, por exemplo – garantisse o modo de fazer na atenção psicossocial? Ocorre que os Hospitais

Psiquiátricos e as Comunidades Terapêuticas estiveram sempre presentes, não só os lugares físicos, como também e, principalmente, nos modos de pensar e agir.

Tomemos como exemplo o surgimento do CAPS, o qual nasceu da experimentação de trabalhadores com uma proposta de atendimento diferenciada, que preconizava o exercício da cidadania aos usuários dos serviços de saúde mental (YASUI, 1989) e tornou-se, por meio das portarias instituídas, o equipamento onde se cuida das complexas demandas em torno do sofrimento mental, de acordo com o número de habitantes do território e população a ser atendida – CAPS I, II, III, CAPS i, CAPS ad. Ao seguirmos a política instituída pelo estado, temos a impressão de que os principais atores das políticas públicas estão nos gabinetes ministeriais, produzindo normas e portarias, e deixamos de lado os protagonismos políticos presentes nas forças vivas da sociedade, das instituições e dos serviços (LUZIO e YASUI, 2010). Assim, perdemos em criação e experimentação, em (re)construção cotidiana da política enquanto produção de formas de existir, que possibilitam processos de singularização – e não homogeneização como nas leis e portarias.

Quanto à região estudada, percebe-se que a instituição da Portaria nº 3.088, assim como a presença de relações verticais entre os municípios e a Secretaria de Estado, produziu agenciamentos e grande burocratização no processo de instituição da Rede de Atenção Psicossocial regional. Com relação à atuação no campo de atenção psicossocial regional, a pesquisa de campo supõe que as dificuldades atuais são as mesmas presentes em períodos anteriores. Entretanto, ficam os questionamentos a esse respeito, uma vez que estamos em tempos de maior investimento a práticas segregacionistas e manicomiais, apontando que as estratégias na atenção psicossocial talvez não possam ser as mesmas de contextos anteriores.

Conforme indica Merhy (2004), mesmo que tenhamos pistas sobre como fazer atenção psicossocial, devemos nos proteger de tomá-las como paradigmas e receitas, como guias de nossas práticas. E sim, considerá-las como pistas, “como alimentos para digerirmos e ressignificarmos com os nossos fazeres, com os nossos coletivos reais, nos nossos mundos concretos” (p. 6).

De modo geral, a pesquisa contribuiu não só para recordar e narrar uma história passada, apontando que houve movimentos potentes, mas também ressignificar esses momentos, demonstrar as forças instituintes e instituídas em disputa, independentemente do enunciado oficial da política pública e, por meio das interferências produzidas nos e pelos trabalhadores, retomar esses movimentos micropolíticos. A aposta que faço é a de trabalhar, persistir, resistir e continuar lutando e acreditando na saúde mental – de acordo com os pressupostos da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica – assim como a luta pelo SUS e pelas políticas públicas.

REFERÊNCIAS

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

BERTUSSI, D. et al. Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T.W. de F. (Orgs). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015, p. 461-486.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 fev. 2002. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 dez. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 dez. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 15 mar. 2018.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica:** contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Unesp, 2013.

COSTA-ROSA, A., LUZIO, C. A.; YASUI, S. **Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma em Saúde Mental Coletiva.** In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Nau, 2003, p.13-44.

GUILHERME, C.A. **O Impeachment de 2016 foi Golpe.** Diálogos [revista online], v.21, n.3, 2017, p. 247-250. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4025.dialogos.v21i3.41581>>. Acesso em: 23 nov. 2018.

LIMA, D. B. de. **O espaço fórum como apoio na formação da rede intersetorial regional em saúde mental:** desafios e potencialidades. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2013.

LUZIO, C.A.; YASUI, S. **Além das portarias:** desafios da política de saúde mental. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 15, n.1, p 17-26, 2010.

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

_____. **Os CAPS e seus trabalhadores:** no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. 2004. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/46200105-Os-caps-e-seus-trabalhadores-no-olho-do-furacao-antimanicomial-alegria-e-alivio-como-dispositivos-analisadores.html>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

MINAS GERAIS. Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais. **Comentários acerca da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde:** alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios. Set. 2018.

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

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs). **Pistas do Método da Cartografia:** Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PINHO, L. **Saúde mental, Retrocessos ou Contra-Reforma?** Informativo da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), dez. 2018. Disponível em:

<http://www.abrasme.org.br/informativo/view?TIPO&ID_INFORMATIVO=402>.
Acesso em: 03 dez. 2018.

VASCONCELOS, E. M. **Reforma Psiquiátrica, Tempos Sombrios e Resistência:** diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social, 2016.

YASUI, S. CAPS: aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. **SaúdeLoucura**. São Paulo, HUCITEC, 1989, p.47-59.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. **A Estratégia Atenção Psicossocial:** desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, 2008.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(Capítulo IV, itens 1 a 8 da Resolução 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“HISTÓRIAS E CAMINHOS DA CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL”** para obtenção do título de mestre, sob a responsabilidade da pesquisadora Thais Sanzovo Macedo, RG nº 41.145.731-7, matriculada no Programa de Pós Graduação em Psicologia Social da Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista/ UNESP - Assis, orientada pelo Prof. Dr. Silvio Yasui.

Esta pesquisa tem por objetivo investigar o processo de implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da região, de modo a identificar as bases que fundamentam a construção dessa política, compreender seus efeitos e sua sustentação como política pública.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semiestruturada, com informações sobre suas vivências e percepções sobre a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da região. A entrevista será conduzida pela pesquisadora no espaço da Secretaria Municipal de Saúde de Ourinhos. Será utilizado um gravador de áudio a fim de que todas as informações fornecidas por você durante a entrevista possam ser recuperadas e analisadas posteriormente.

Como risco relacionado à sua participação nesta pesquisa, você pode se sentir incomodado com determinada pergunta, pois estará falando de vivências pessoais e por isso, é assegurada a você a liberdade de não responder as perguntas que possam causar-lhe incômodo e constrangimento de qualquer natureza. Os benefícios obtidos com os participantes estão exclusivamente relacionados às possíveis contribuições de ensino-aprendizagem do campo das práticas da atenção psicossocial. A sua participação não é obrigatória, mas, voluntária. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo ou penalização.

Durante e após a pesquisa os resultados somente serão divulgados em apresentações ou publicações com fins científicos ou educativos, respeitando o critério de confidencialidade e assegurado o sigilo sobre a sua participação sem a divulgação de seus dados pessoais. Os

dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

Este termo foi elaborado em duas vias. Depois de lido, rubricado e assinado, uma via ficará em seu poder (participante) e a outra via em poder do pesquisador responsável.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Campus de Assis. Qualquer dúvida quanto aos aspectos éticos poderão ser esclarecidas no telefone (18) 3302-5607 ou pelo e-mail cep@assis.unesp.br, ou diretamente com a pesquisadora no telefone (14) 99859-7913 ou e-mail thais.smacedo@gmail.com.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, RG: _____, abaixo assinado, concordo em participar, como PARTICIPANTE, da pesquisa “HISTÓRIAS E CAMINHOS DA CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL”. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Thais Sanzovo Macedo sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido, ainda, que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Declaro, ainda, que () concordo / () não concordo com a publicação dos resultados desta pesquisa, ciente da garantia quanto ao sigilo das minhas informações pessoais e ao meu anonimato.

Ourinhos, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Participante

Eu, Thais Sanzovo Macedo, pesquisadora responsável pelo estudo, obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do PARTICIPANTE para a participação na pesquisa.

Assinatura do Pesquisador

Os resultados somente serão divulgados em apresentações ou publicações com fins científicos ou educativos.