

**DAMARIS BEZERRA DE LIMA**

**O ESPAÇO FÓRUM COMO APOIO NA FORMAÇÃO DA REDE INTERSETORIAL  
REGIONAL EM SAÚDE MENTAL: desafios e potencialidades**

**ASSIS**

**2013**

**DAMARIS BEZERRA DE LIMA**

**O ESPAÇO FÓRUM COMO APOIO NA FORMAÇÃO DA REDE INTERSETORIAL  
REGIONAL EM SAÚDE MENTAL: desafios e potencialidades**

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

Orientador: Prof. Dr. Silvio Yasui.

**ASSIS**

**2013**

L7325e Lima, Damaris Bezerra de, 1980 –  
O espaço fórum como apoio na formação da rede  
intersectorial regional em saúde mental: desafios e  
potencialidades / Damaris Bezerra de Lima. – Assis, 2013.  
127 f. – il., mapas, tabs.

Orientador: Silvio Yasui

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade  
Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Letras, Assis,  
2013.

1. Saúde mental – Psicologia. 2. Psicologia social –  
Reuniões – Estudos em grupo. 3. Psicologia Aplicada –  
Reuniões – Estudos em grupo. 4. Fórum (Debates) –  
Saúde pública. I. Título. II. Universidade Estadual  
Paulista. III. Faculdade de Ciências e Letras.

CDD 302.33

**DAMARIS BEZERRA DE LIMA**

**O ESPAÇO FÓRUM COMO APOIO NA FORMAÇÃO DA REDE INTERSETORIAL  
REGIONAL EM SAÚDE MENTAL: desafios e potencialidades**

**Dissertação apresentada à Faculdade de  
Ciências e Letras de Assis – UNESP -  
Universidade Estadual Paulista para a  
obtenção do título de Mestre em  
Psicologia, Área de Conhecimento:  
Psicologia e Sociedade.**

**Banca Examinadora:**

---

**Orientador: Dr. Silvio Yasui  
Universidade Estadual Paulista**

---

**Dra. Simone Mainieri Paulon  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

---

**Dra. Cristina Amélia Luzio  
Universidade Estadual Paulista**

**Assis, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

*A Deus, ao meu amor eterno Alexandre e aos meus  
pais e irmãs pelo apoio e presença constantes durante  
toda minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sua presença em minha vida, por senti-lo sempre comigo, cuidando de mim e me dando forças para prosseguir.

Agradeço a meu amado esposo pelo incentivo, paciência, leituras dos textos, críticas construtivas e sugestões, mas principalmente por estar sempre comigo apoiando em tudo, fazendo-me lembrar da importância de concretizar os sonhos. Não poderia haver pessoa melhor e mais especial para compartilhar minha vida, meus momentos e minhas realizações.

Agradeço ainda a meus pais que nunca pouparam esforços para que eu estudasse e continuasse crescendo na aquisição de conhecimentos para minha formação acadêmica e profissional, de modo a dar-lhes orgulho e alegria; agradeço, sobretudo, a todos os valores inculcados em mim e os ensinamentos que me proporcionaram o privilégio de ser a pessoa que sou.

Agradeço ao amigo Fernando pela leitura cuidadosa do primeiro pré-projeto, rascunho do que, aos poucos, tornar-se-ia uma dissertação. E às amigas Bárbara, Cristhiane e Lucineiva pelas conversas oportunas em que as ideias surgiam, as experiências eram compartilhadas, além da sensação de fortalecimento de uma causa em torno de um bem comum. Momentos em que todos, de forma ética, se viam igualmente encantados pela vida e acreditando no SUS que dá certo.

Agradeço também a Tânia, Camila, Juliana Araujo, e Bell por abdicarem dos pequenos intervalos para o almoço conversarmos sobre nossos projetos e assim prolongarmos nossas reflexões e aprendizagens.

Agradeço ainda a Priscila, João e Vânia que estiveram comigo em disciplinas do Programa de Pós, e em várias viagens até esses encontros, colaborando para que minhas reflexões se aprofundassem, dando ideias e incentivando a continuar, e, principalmente, escutando-me.

Agradeço aos Aprimorandos em Saúde Pública com quem tive o privilégio de conviver, os quais me fizeram acreditar que a história dos psicólogos com a Saúde Coletiva continuará.

Às professoras Liiamar, Cristina Amélia e Simone cujos palpites, sugestões e “puxões” de orelha ajudaram-me a direcionar o texto e deixá-lo melhor.

E, ao meu Orientador, Silvio, pelo incentivo, por confiar em mim, em meu trabalho, por sua aposta em uma ideia e por mostrar-me que outras pessoas também precisam acreditar que as possibilidades de mudanças são possíveis a partir do protagonismo de cada um.

*Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.*

*Paulo Freire*



LIMA, D. B. **O ESPAÇO FÓRUM COMO APOIO NA FORMAÇÃO DA REDE INTERSETORIAL REGIONAL EM SAÚDE MENTAL: desafios e potencialidades.** 2013. 127 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2013.

## **RESUMO**

O estudo tem por objetivo descrever e analisar o processo de construção do Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da região de Ourinhos, como um processo com momentos instituintes e apoio na formação da rede intersectorial regional em saúde mental, visto que a dificuldade na emergência de processos instituintes e na reinvenção de espaços coletivos de discussão das problemáticas comuns a diferentes setores é sentida não só pela Saúde Pública, mas por toda a sociedade. O Fórum foi designado como um espaço coletivo de discussão, que objetiva refletir sobre as ações em saúde mental e levantar propostas visando à consolidação de uma rede intersectorial. Pressupõe uma gestão compartilhada e democrática, em que as redes, os vínculos e a corresponsabilização podem ser consolidados, valorizando o protagonismo nas práticas em saúde mental e na efetivação de uma política regional. A possibilidade de formular, concretizar e implantar políticas regionais de saúde mental desta forma, articulando diferentes saberes e setores, pode propiciar um espaço coletivo em que a responsabilidade seja de fato compartilhada, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente, resultando em mais e melhor produção de vida e reafirmando pressupostos éticos no fazer em saúde mental. Neste trabalho, utilizou-se a metodologia qualitativa com registros em diário de pesquisa designada como uma pesquisa-intervenção. Dentro de uma abordagem qualitativa, a pesquisa foi desenvolvida de forma descritiva a partir da inspiração da análise institucional.

**Palavras-chave:** fórum; redes; intersectorialidade; saúde mental;

LIMA, D.B. **THE FORUM SPACE AS A SUPPORT IN THE FORMATION OF THE REGIONAL INTERSECTORAL NETWORK IN MENTAL HEALTH: challenges and potentialities**. 2013. 127 p. Dissertation (Master's degree in Psychology). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2013.

### **ABSTRACT**

This study aims to describe and analyze the process along the construction of the Permanent Intersectoral Forum of Mental Health of the Ourinhos Region, as a process with moments instituting as well as support in the formation of the regional intersectoral network in mental health, once the difficulty in emerging instituting processes and in reinventing collective spaces for the discussion of those problematics which are common to different sectors is not only felt in Public Health but in society as a whole. The Forum has been designated as a collective space for discussion, aiming to reflect on the actions in mental health and to raise propositions targeting the consolidation of an intersectoral network. It presupposes a shared and democratic management in which the networks, bonds and shared liability can be consolidated, valuing the protagonism in the practices in mental health as well as in the accomplishment of a regional politics. The possibility of formulating, materializing and implementing regional politics in mental health in this way, by articulating different knowledges and sectors can provide a collective space in which responsibility can actually be shared, by means of analysis, decisions and evaluations that are constructed collectively, resulting in more and better production of life and reaffirming ethical premises in getting mental health done. The qualitative methodology for research has been used in this work, together with entries in a research journal, designated here as an intervention-research. Within a qualitative approach, the research has been carried out by parameters of a descriptive form, from an inspiration in institutional analysis.

**Key words:** forum; networks; intersectorality; mental health.

## LISTA DE SIGLAS

AME – AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES

CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CDQSUS – CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E QUALIFICAÇÃO PARA O SUS

CID – CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS

CIES – COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

CGR – COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DE SAÚDE

COSEMS – CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

CRAS – CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

DATASUS – DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS

DRS – DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE

DSM – MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS

EP – EDUCAÇÃO PERMANENTE

ESF – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

FIO – FACULDADES INTEGRADAS DE OURINHOS

FPISMO – FÓRUM PERMANENTE INTERSETORIAL DE SAÚDE MENTAL DA REGIÃO DE OURINHOS

IPRS – ÍNDICE PAULISTA DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

NEPER – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

NIES - NÚCLEO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

PAREPS – PLANO DE AÇÃO REGIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

PNH – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

PPHM - PARADIGMA PSIQUIÁTRICO HOSPITALOCÊNTRICO MEDICALIZADOR

PPI – PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA

PPS - PARADIGMA PSICOSSOCIAL

RRAS – REDE REGIONALIZADA DE ATENÇÃO À SAÚDE

SEADE – SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

UMMES – UNIÃO DOS MUNICÍPIOS DA MÉDIA SOROCABANA

UNESP – UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

## LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

|              |  |    |
|--------------|--|----|
| Mapa 01      | Municípios do DRS IX Marília separados por regiões de saúde    | 56 |
| Tabela 1     | Distribuição da população por município do CGR Ourinhos – 2010 | 57 |
| Tabela 2     | Classificação dos Municípios da Região de Ourinhos, IPRS, 2008 | 58 |
| Ilustração 1 | Logomarca e frase escolhida no concurso do FPISMO              | 85 |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO</b>   | <b>15</b> |
| <b>CAPÍTULO 1</b>   | <b>24</b> |
| <b>O CAMINHAR NA PESQUISA-INTERVENÇÃO</b>   | <b>24</b> |
| <b>CAPÍTULO 2</b>   | <b>35</b> |
| <b>POR QUE APOSTAR NA FORMAÇÃO DE REDES</b>   |           |
| <b>INTERSETORIAIS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL</b>  | <b>35</b> |
| Saúde Mental, uma questão mundial. Atenção Psicossocial<br>uma ação local.                        | <b>35</b> |
| Saúde Mental e Atenção Psicossocial   | <b>37</b> |
| Atenção Psicossocial e seus parâmetros  | <b>40</b> |
| Conceituando redes intersetoriais   | <b>43</b> |
| As redes regionalizadas de atenção à saúde  | <b>47</b> |
| O Fórum como possível espaço de apoio à rede intersetorial na<br>efetivação de políticas públicas | <b>49</b> |
| <b>CAPÍTULO 3</b>   | <b>56</b> |
| <b>CENÁRIO INICIAL DE FORMAÇÃO DO FPISMO</b>  | <b>56</b> |
| Caracterização da região de saúde do FPISMO   | <b>56</b> |
| A saúde mental na região do FPISMO  |           |
| Saúde mental ou Atenção Psicossocial?   | <b>61</b> |
| O espaço fórum  | <b>64</b> |
| Percurso até o fórum  | <b>69</b> |
| Espaços instituídos e espaços instituintes:<br>CGR/DRS/CDQSUS e o FPISMO                          | <b>75</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>CAPÍTULO 4</b>  | <b>82</b>  |
| <b>AS REUNIÕES DO FÓRUM E ALGUNS ANALISADORES</b>            | <b>82</b>  |
| O Fórum como espaço de reflexão sobre a dependência química  | <b>83</b>  |
| A quem pertence um espaço aberto como o Fórum?               | <b>85</b>  |
| A dificuldade de efetivação da corresponsabilização          | <b>88</b>  |
| Parcerias intersetoriais possíveis                           | <b>91</b>  |
| a. O Seminário Intersetorial                                 | <b>92</b>  |
| b. O curso de Apoiadores                                     | <b>96</b>  |
| Múltiplas questões sobre o que é o Fórum                     | <b>98</b>  |
| a. O Fórum como espaço de formação                           | <b>100</b> |
| b. O Fórum como espaço de disputa de sentidos                | <b>103</b> |
| c. O Fórum como espaço de discussão de políticas             | <b>105</b> |
| d. A configuração atual do FPISMO                            | <b>109</b> |
| e. As reuniões do Fórum em 2013                              | <b>111</b> |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>                                  | <b>115</b> |
| <b>FPISMO: POTÊNCIAS E DESAFIOS. O QUE SE TEM POR FAZER?</b> | <b>115</b> |
| Desafiar? A quê?   | <b>115</b> |
| Em processamento   | <b>118</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>                            | <b>122</b> |

## INTRODUÇÃO

"Não haverá borboletas se a vida não passar por longas e silenciosas metamorfoses".

Rubem Alves

Historicamente as relações humanas são configuradas de forma vertical, nas quais há a superioridade de um sobre o outro; e não de forma horizontal, em que as decisões seriam tomadas de forma conjunta, sem subordinação, por meio do diálogo. Segundo Rubem Alves<sup>1</sup> a relação do homem é de domínio, deste sobre a natureza e sobre outros homens. A sociedade capitalista, por meio da divisão de classes, projeta um mundo ideal e faz com que a classe dominada acredite nesse mundo, e não deseje mudanças. Porém, nas relações de classe, surgiria tanto a dominação quanto a resistência. Para que mudanças ocorressem, deveria haver participação efetiva de cada um no processo de construção da cidadania.

O início do processo de construção do espaço do Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos (FPISMO), foi pensado a partir da possibilidade de mudança na configuração das relações, ou seja, que estas fossem organizadas de forma horizontal, para que atores de vários setores e cargos pudessem sentar e conversar de forma a compartilhar as dificuldades e avanços da saúde mental na região do Colegiado de Gestão Regional de Ourinhos (CGR). Como o leitor pode perceber, este ainda é um processo inacabado; entretanto, lentamente vem colaborando para “metamorfoses”.

Faz parte deste trabalho de pesquisa refletir sobre a possibilidade de construção de espaços coletivos onde a participação cidadã possa ocorrer apoiando processos de mudanças. Por meio da aposta nas relações horizontais, pode-se projetar uma sociedade formada por atores protagonistas de sua história. Aqui vou destacar o envolvimento dos profissionais que fazem parte do espaço do Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos e analisar a minha implicação, enquanto profissional-pesquisadora nesse processo.

---

<sup>1</sup> RODRIGUES, José Humberto. Gramsci, Foucault e Rubem Alves: três visões sobre o domínio e resistência que permeiam os movimentos sociais. Disponível em <http://smeduquedecaxias.rj.gov.br/nead/Biblioteca/Forma%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Artigos%20Diversos/internet/>, acesso em 23/03/2013.



A oportunidade de escrever sobre o processo de construção do Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos (FPISMO) vem da minha participação, juntamente com outros profissionais, no campo de atuação em saúde coletiva, especificamente com relação à saúde mental em nossa região.

Foram seis anos de experiências e aprendizagens, que se deram no fazer em saúde coletiva, no dia a dia de dois municípios, um de pequeno e outro de médio porte, do interior do Estado de São Paulo, inseridos na região de saúde do Colegiado de Gestão Regional (CGR) de Ourinhos, região esta com dificuldades estruturais; porém, com enorme potencial construtivo.

Segundo Paulo Freire (1996; 2000), aprender é um processo inacabado; é no processo de aprendizagem que nós fazemos e refazemos, assumimo-nos como seres que sabem e que não sabem; portanto, enquanto seres humanos, somos tão projetos quanto podemos ter projetos. Estamos “sendo”. Aprendemos para transformar e não para adaptar, para construir e reconstruir, para mudar.

Para contextualizar a minha atuação profissional com o processo de construção do FPISMO, é necessário contar-lhes brevemente que atuei primeiramente no campo da educação por mais de 11 anos, nas séries iniciais do ensino fundamental e na educação de jovens e adultos e, logo após, no apoio educacional enquanto psicopedagoga institucional. Após essa experiência, iniciei minha atuação na Atenção Primária em Saúde, quando ingressei por concurso para atuar como psicóloga em uma pequena cidade do interior do Estado de SP, posteriormente, em um município vizinho com maior número populacional, atuei em um Ambulatório de Saúde Mental. Encantei-me pela Saúde Pública e aguçou-me a vontade de conhecer mais sobre o assunto, podendo então conhecer e participar de espaços como o Núcleo de Educação Permanente e Humanização do CGR, e atuar como Apoiadora da Atenção Básica na Unidade de Saúde do município menor.

A relação com a prática profissional desenvolveu-se ao longo dos anos e agora na saúde coletiva traz muito das inquietações que atravessam o ambiente escolar quando os educadores se propõem a um olhar ampliado para os alunos buscando, em seu entorno, questões que possam influenciar de modo prejudicial a aprendizagem.

A conexão com as angústias do trabalho e dificuldades decorrentes dele proporciona crescimento profissional em qualquer área de atuação. Para que o trabalho profissional seja desempenhado é essencial que seja pensado e repensado de forma contínua.

Em sentido amplo, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986). A Organização Mundial de Saúde (OMS), também afirma que saúde não é apenas a ausência de doenças, o que corrobora com o conceito de saúde apresentado nesse trabalho.

É dessa forma de entender a saúde, com uma escuta e um olhar ampliados, que aprendo muitas coisas ao trabalhar com seres humanos, e uma delas é que não são meramente pacientes ou usuários do serviço. Todos possuem uma história, uma experiência de vida, e isso os faz serem únicos.

Portanto, as reflexões desta pesquisa partem do olhar ampliado para o ser humano, percebendo-o como um ser integral cujo processo, saúde-doença, é determinado por inúmeros fatores: família, emprego, moradia, alimentação, afeto, relacionamentos, lazer, cultura.

Assim a atuação profissional na saúde coletiva deve ser também ampliada. É preciso ir além da queixa trazida e, com outros setores, articular possibilidades de vida.

Entendendo a saúde coletiva como espaço de atuação profissional, intervenção e estudo, concordo com Paim e Almeida Filho (1998, p.308),

Como ponto de partida, pode-se entender a saúde coletiva como *campo científico*, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto 'saúde' e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e como âmbito de práticas, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como "setor saúde".

O campo da saúde coletiva enfatiza a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida, além disso, possibilita mudanças não só nos modos

de vida e nas relações entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado com a saúde da população bem como nos processos de trabalho.

A interface da saúde mental com a saúde coletiva se dá a partir do entendimento de que ambos são campos de saber e práticas, que têm a saúde como fenômeno social e de interesse público. Esses campos buscam romper com o paradigma biomédico e as tendências normalizadoras e patologizantes, e focar a saúde e não a doença, sendo aquela um processo determinado por fatores psicossociais, sócio-dinâmicos e institucionais (SCARCELLI & ALENCAR, 2009).

Conforme afirmam Scarcelli e Alencar (2009, p.08),

No campo da saúde, ao buscar superar tantas fragmentações, sabemos que não estamos diante de tarefa simples. (...) Enfim, não é tarefa simples construir o SUS quando se busca radicalizar seus princípios. Não é tarefa fácil traduzir nos serviços, nas práticas do dia-a-dia, as ações que possibilitem o avanço da organização da rede de atenção à saúde, integrada a um processo de territorialização, articulada aos diversos setores do governo e que efetive os princípios de intersetorialidade e da participação.

E por não ser uma tarefa fácil a efetivação da proposta aqui apresentada e a reflexão que está subjacente à pesquisa, convido a estabelecer um diálogo com este estudo, a partir dos pensamentos de Paulo Freire, conforme expressos por Gadotti (1989), os quais ousou parafrasear para remeter a nosso campo de trabalho, a saúde. Assim,

[todo profissional] deve transformar o ato unilateral de ensinar alguma coisa a alguém, num ato de conhecimento de alguma coisa “por alguém com alguém”. Há uma sabedoria popular, um saber popular que se gera na prática social de que o povo participa. O [gestor] deve respeitar o [técnico], não o deixando na ingenuidade, porém assumindo sua ingenuidade com ele para ultrapassá-la. Não pode manipular os [técnicos], mas também não pode abandoná-los à própria sorte. Respeitando ainda a capacidade criadora que os [profissionais] possuem. E para que a criatividade se expresse é preciso liberdade, sendo que mesmo para aprender se necessita de criatividade. Fala-se, então, de uma nova forma de pensar a [saúde]: através da interação de sujeitos, discutindo expectativas comuns; para se chegar à conscientização que só se dará com diálogo crítico, a fala e a convivência. O diálogo é uma relação horizontal. Nutre-se de amor, humildade, esperança, fé e confiança.

Considerando essas questões, tenho por objetivo nesta pesquisa descrever e analisar o processo de construção do Fórum Permanente Intersetorial

de Saúde Mental da região de Ourinhos (FPISMO), como um processo como momentos instituintes e apoio na formação da rede intersetorial regional em saúde mental.

Ao descrever o processo de construção do FPISMO, pretendo destacar a importância de um compromisso com a saúde da população, com o SUS e seus princípios (universalidade, equidade, integralidade) por meio da busca de uma efetiva práxis, com a possibilidade da construção de uma rede intersetorial. E, por ser um refletir sobre uma prática, pode produzir novos conhecimentos e aprendizagens.

Pretendo narrar a história do processo de construção do Fórum; e identificar algumas políticas públicas nacionais que destacam a formação de espaços de participação coletiva que possam possibilitar e apoiar a formação de espaços como o do FPISMO. A partir desse cenário, que pode se configurar por meio das atuais políticas, poderemos refletir sobre os efeitos decorrentes do movimento de construção do FPISMO, e realizar uma análise a partir da minha implicação com o processo.

O Fórum começou a se configurar com a preocupação do Colegiado de Gestão Regional de Saúde (CGR) de Ourinhos/SP, composto pelos gestores de saúde e técnicos dos 12 municípios (Bernardino de Campos, Canitar, Chavantes, Espírito Santo do Turvo, Ipaussu, Óleo, Ourinhos, Ribeirão do Sul, Salto Grande, Santa Cruz do Rio Pardo, São Pedro do Turvo e Timburi), os quais iniciaram uma discussão, com a participação e apoio acadêmico da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP/Assis, na busca de propostas e alternativas para a Saúde Mental na região, especificamente, num primeiro momento, relacionado à dependência química.

Decidiu-se, em fevereiro de 2011, realizar a I Oficina de Planejamento da Política Intersectorial Regional sobre crack e outras drogas. Tal atividade contou com a participação de profissionais de diferentes setores. Como resultado, estabeleceram-se algumas diretrizes regionais e elaborou-se a proposta da criação de uma rede intersectorial.

A maioria dos municípios continuou a realizar reuniões mensais, seguindo as diretrizes propostas e, regionalmente, iniciou-se a construção do Fórum Permanente Intersectorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos, objeto de estudo

nesta pesquisa, o qual foi definido como um espaço coletivo de discussão, visando refletir sobre as ações em saúde mental e levantar propostas para a consolidação de uma rede intersetorial municipal e regional em saúde mental.

Dessa forma, a minha participação enquanto pesquisadora nesse espaço Fórum foi possível a partir da atuação enquanto profissional de saúde, psicóloga de dois municípios integrantes do CGR de Ourinhos, apoiadora da Atenção Básica, e integrante do Núcleo de Educação Permanente (NEPER) do CGR Ourinhos, conforme já mencionado.

Durante este estudo, utilizo dois conceitos (os quais aprofundarei mais à frente) essenciais para o entendimento da pesquisa aqui apresentada: o conceito de saúde mental e de Atenção Psicossocial. Atuar em saúde coletiva tendo como parâmetro um ou outro conceito produz efeitos diversos na prática do cotidiano de trabalho.

No momento, destaco que a atuação em saúde mental parte do modelo psiquiátrico que vê o ser humano como um objeto que precisa ser curado em sua doença mental, um ser fragmentado, desconsiderado perante a complexidade da vida e, conseqüentemente, excluído e alvo de violência. Já a atuação pautada pela Atenção Psicossocial deseja a produção de vida, e leva em consideração a existência-sofrimento, considerando o trabalho em rede e intersetorial, o qual produz inclusão e solidariedade (YASUI, 2010).

Como a maioria dos profissionais de nossa região parece atuar dentro da lógica da saúde mental e não da Atenção Psicossocial, a construção de um espaço coletivo de discussão, como o FPISMO, traz a possibilidade de reflexão conjunta sobre o processo de trabalho em saúde mental de modo a propiciar a ativação de possíveis ações coletivas e difundir os princípios da Atenção Psicossocial.

E para discorrer sobre o processo de constituição do FPISMO e analisá-lo, pretendo apresentar ao longo do texto, por meio de cada capítulo, a importância deste estudo.

No capítulo 1, apresento o caminho nesta pesquisa-intervenção, e alguns conceitos de inspiração da análise institucional para essa pesquisa, como o conceito de analisadores e transversalidade, análise de implicação e sobreimplicação, instituição em sua concepção dialética em que compreende os três momentos do conceito: instituído, instituinte e institucionalização.

No capítulo 2, discorro sobre a importância atribuída à saúde mental, ocasião em que relaciono essa questão com a necessidade de constituirmos uma Atenção Psicossocial efetiva que faça parte de uma rede regional de saúde no território do CGR de Ourinhos, a qual pode se concretizar por meio de uma rede intersetorial.

Para tanto, destaco o conceito de Atenção Psicossocial, de redes intersetoriais e redes regionalizadas de atenção à saúde. Relaciono as políticas públicas em saúde mental, humanização, educação permanente e promoção de saúde, com a proposta do Fórum, e vejo este como um espaço possível de apoio à efetivação dessas políticas, além de observar a análise da minha implicação com o processo.

No capítulo 3, caracterizo a região de saúde do CGR de Ourinhos. Aqui faço uma reflexão sobre a saúde, como estão sendo executadas regionalmente as ações em saúde mental e analiso por que ainda não se concretizou uma Atenção Psicossocial nesse território.

Relato a origem de espaços Fórum e especificamente o início do Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos, descrevo sua constituição inicial, conceituo transversalidade, apresento os atores que fizeram parte inicialmente do cenário, os estabelecimentos públicos que colaboraram para que esse espaço se configurasse e se mantivesse, considerando os interesses em jogo na possível efetivação de uma rede.

No capítulo 4, narro como são desenvolvidas as reuniões do Fórum. Tento destacar e refletir sobre alguns analisadores de acordo com o que propõe a Análise Institucional. Procuo refletir sobre os efeitos desse movimento mais do que sobre os resultados. Por ser uma pesquisa qualitativa, uma pesquisa-intervenção, o que importa é o “movimento processual” (BARROS & PASSOS, 2000), e essa dimensão subjetiva não é mensurada quantitativamente.

Nas considerações finais, pretendo refletir sobre alguns desafios e potencialidades relacionadas a esse processo de construção do Fórum, e sobre o que se tem por fazer. Teço algumas análises que não se esgotam em si mesmas, pois não têm a pretensão de serem verdades absolutas. E, como todo processo, essas reflexões e análises continuam em construção na prática, na pesquisa, na vida.

Com a descrição de alguns contextos pessoais e profissionais que motivaram aprofundar o estudo sobre o tema aqui proposto, surge o questionamento: Como esse espaço específico do FPISMO pode se constituir como apoio na formação da rede intersetorial regional em saúde mental?

Para obter possíveis respostas a essa pergunta, faz-se necessário formularmos outros questionamentos: Como funciona o FPISMO, em que contexto? Quais os atores/setores envolvidos nesse espaço? Quais os conceitos e políticas que atravessam (ram) esse espaço? Por que apostar em espaços coletivos de discussão para ampliação do olhar sobre a saúde mental?

*Existir, humanamente, é pronunciar o mundo, é modificá-lo.  
O mundo pronunciado, por sua vez se volta problematizado  
aos pronunciantes, a exigir deles novo pronunciar.  
Não é no silêncio que os homens se fazem, mas  
na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.  
Paulo Freire*



## CAPÍTULO 1

### O CAMINHAR NA PESQUISA-INTERVENÇÃO

Levando em consideração a experiência pessoal profissional já relatada, bem como as ideias contidas no texto aqui apresentado, entendo que este estudo tem por base a metodologia de pesquisa qualitativa aplicada à saúde. Segundo Turato (2005, p.509): “(...) emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas”.

Turato ainda afirma (2005, p.509):

O *significado* tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde. Porém, ele pretende conhecer a fundo suas vivências, e que representações essas pessoas têm dessas experiências de vida.

Para Minayo (1992), a pesquisa qualitativa responde a questões que não podem e nem devem ser quantificadas, o que importa é descrever o processo, não se encerrando com uma conclusão objetiva, pois suscita a formulação contínua de novos questionamentos.

A presente pesquisa pretende descrever o processo de construção de um espaço coletivo de discussão repleto, não só, de potencialidades, mas também de dificuldades, conflitos e contradições: o Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos. O estudo busca narrar e analisar um processo. Para tanto utilizo o método da pesquisa-intervenção.

Segundo Paulon (2005), na pesquisa-intervenção, parte-se da premissa que todo conhecer é um fazer, assim, transforma-se para conhecer. Enquanto pesquisadora, as minhas atuais atividades de trabalho, relacionadas à saúde mental, bem como as participações nas reuniões mensais do Fórum e as ações desenvolvidas juntamente com os participantes em nosso campo de trabalho, foram registradas em um diário que apoia a pesquisa, a qual pode ser designada como uma pesquisa-intervenção, uma vez que houve o acompanhamento desde o

início do processo, aprendendo com o fazer e com a participação, objetivando transformar para conhecer.

Para Heckert e Passos (2008), toda pesquisa é intervenção, uma vez que produz realidades, institui práticas e produz movimentos. Dessa forma, procura-se pôr em análise as implicações com o campo de trabalho, mostrar as subjetividades presentes no campo de intervenção, e evidenciar formas de pensar e encarar o mundo.

Convém pensar a pesquisa como um dispositivo que permita acompanhar processos. No caso, este processo de construção de um espaço coletivo de discussão em que eu, enquanto profissional-pesquisadora, realizo intervenções e conseqüentemente estou implicada. Um movimento de transição, no qual o que importa é a práxis, uma pesquisa-intervenção. Como ressaltado por Barros e Passos (2000, p.73): “na pesquisa-intervenção o que interessa são os movimentos, as metamorfoses, não definidas a partir de um ponto de origem e um alvo a ser atingido, mas como processos de diferenciação”.

Para Paulon (2005, p.21)

Abre-se aí a possibilidade de pensar a intervenção como um caminhar mútuo por processos mutantes que, justo por não poder ser resumida ao encontro de unidades distintas (sujeitos da investigação X objetos a serem investigados), não pode ser pensada como uma mudança antecipável. Ao operar no plano dos acontecimentos, a intervenção deve guardar sempre a possibilidade do ineditismo da experiência humana, e o pesquisador a disposição para acompanhá-la e surpreender-se com ela.

Assim, considerando a constituição deste espaço Fórum como mutante, com questões não antecipáveis, onde podem ocorrer surpresas, pressupõe-se um caminhar mútuo conforme citado acima; onde eu enquanto profissional-pesquisadora me disponho a analisar tal contexto, pois dele participo.

O meu diário de pesquisa é utilizado como instrumento de análise e ação, uma vez que o processo de construção, o movimento coletivo e o “estar com os atores e protagonistas” desse processo é que possibilitam analisar a implicação.

Lourau (1993, 2004) afirma que o diário permite o conhecimento da vivência cotidiana de campo, mostra o como foi feito, a prática, e não somente o como fazer das normas. Identifica dois modos de se realizar um diário. Um primeiro

modo em que são analisadas as implicações do pesquisador com o campo, para dar visibilidade ao que ocorre na pesquisa. E um segundo modo de se realizar um diário seria a utilização do método funcionalista, onde se identifica no interior de um mesmo diário, três diários indivisíveis e inter-relacionados.

Primeiro teríamos o diário de campo, com agrupamento dos dados observados ou a se observar. Depois, podemos dizer que toma forma o diário íntimo, onde é possível perceber as implicações do pesquisador, e onde pesquisador e pesquisados estão em um mesmo movimento. E, por fim, a observação, a implicação, os dados, projeções, construções teóricas, conformam um terceiro diário, o diário de pesquisa. Lourau (1993) fala de outra possibilidade de diário proposta por Remi Hess, o diário institucional. Neste seriam descritos não só os fatos marcantes vividos em uma instituição, bem como as contradições decorrentes da prática e as implicações.

Para fins dessa pesquisa, realizei o diário do segundo modo proposto por Lourau (2004). Nomeei-o de diário de pesquisa, já que o registro dos fatos serviu como ferramenta para traduzir e dar visibilidade às aproximações e distanciamentos. Além disso, a análise da implicação realizada a partir da releitura do diário pôde acrescentar reflexões à autoavaliação a partir da (re) construção do vivido no campo de intervenção e análise, onde pesquisadora e espaço pesquisado estão em um mesmo movimento.

Segundo Hess (2006), o diário de pesquisa pretende registrar as hipóteses e os achados, reunindo informações que serão exploradas de uma maneira ou de outra posteriormente; mas já seria a pesquisa. O diário registraria momentos e deveria ser útil para a comunidade de referência; pois, ao descrever momentos, não só haveria progresso na consciência de si, mas também na consciência do grupo e do mundo.

Para Lourau (2004), o diário de pesquisa seria a narrativa do pesquisador em seu contexto histórico-social, um pesquisador implicado com e na pesquisa e que reflete sobre e com a sua atividade de diarista. Explicitando ainda linhas de força e de tensão de uma situação social, que sendo expostas afetam, deixam afetar-se, produzem e transformam a realidade (AZEVEDO & CARVALHO, 2008).

Utilizo nesta pesquisa, como inspiração, o referencial teórico da análise institucional e me guio por alguns conceitos dela provenientes. Não a entendo apenas como uma questão de método e procedimento, mas “como uma postura frente ao trabalho, ao outro, à vida” (ROCHA, 2006, p.170).

Procuro refletir, por exemplo, sobre o conceito de instituição, transversalidade, e objetivo identificar dispositivos analisadores que favoreçam a produção de acontecimentos, interpondo-se no campo, além de focar os modos de subjetivação e pretendo realizar a análise da minha implicação e por muitas vezes a sobreimplicação.

Aguiar e Rocha (2003, 2007) explicam que a análise institucional é um movimento teórico prático acerca dos grupos, das organizações e das instituições. Afirmam que a corrente da Análise Institucional Socioanalítica que foi desenvolvida a partir das décadas de 60/70 na França ganhou adeptos na América Latina na década de 80, o que possibilitou a formulação da pesquisa-intervenção com a perspectiva de interrogar os múltiplos sentidos cristalizados nas instituições.

Segundo Lourau (1993), a análise institucional pretende trabalhar a contradição, e analisar as suas próprias contradições a partir da permanência nelas mesmas. Para L'Abbate (2003, p.266;270), falar em análise institucional na saúde coletiva é falar em socioanálise, pois

Trata-se de utilizar a socioanálise como um recurso para atuar/intervir no interior de instituições que compõem a área da saúde coletiva (...) Trata-se de intervenções no interior das organizações de saúde que objetivam transformá-las em espaços menos burocratizados, não produtores/reprodutores de indivíduos passivos e submissos. Ou seja, intervenções, nas quais as perspectivas do sujeito, da subjetividade e da autonomia sejam respeitados e até promovidos, desde que tais processos estejam, eles mesmos, postos “em análise”.

A partir dos conceitos utilizados pela Análise Institucional, nesta pesquisa entendo a Saúde como uma instituição no sentido proposto por Lourau (2004), dialético, e conforme afirma Lins e Cecílio (2008):

o conceito de instituição se compõe de três momentos dinâmicos: a universalidade, dada pelo instituído; a particularidade, dada pelo movimento instituinte e a singularidade, dada pela institucionalização. A institucionalização é, portanto, um desses momentos dinâmicos do

conceito de instituição, a negação da particularidade e a não-aceitação da universalidade. A institucionalização como a forma singular a partir da qual ela se organiza para atingir certa finalidade.

Dessa forma, a instituição Saúde vive esse movimento dialético em que se busca uma finalidade que pode ou não ser institucionalizada, que pode ou não transformar, e vive isso no aqui e agora, em processo.

O instituído, em sua função original, quer manter o *status quo*, quer produzir imobilidade (LOURAU, 1993); portanto, a dificuldade na emergência de processos instituintes e na reinvenção de espaços coletivos de discussão das problemáticas comuns a diferentes setores é sentida não só pela Saúde Pública, mas por toda a sociedade.

Utilizando a definição de Lourau (2004, p.47), para instituinte como “contestação, a capacidade de inovação” o qual é definido também por Barembliitt (1994, p.33) como “sempre processual, criativo e transformador por excelência”, considero que o espaço do Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos pode ser considerado um espaço capaz de produzir momentos instituintes, porque sua formação e manutenção provocam novas configurações no contexto da saúde mental na região, aparecendo dinamicamente como fazendo parte de um processo e não como resultado estático.

Assim, nesta pesquisa, ao utilizar a análise institucional, analiso a criação do espaço Fórum como possibilidade de ruptura no funcionamento do que já está posto na instituição Saúde, por ser uma iniciativa protagonizada por trabalhadores de saúde e alguns gestores, na tentativa de inventar diferentes formas de direção, de funcionamento da saúde mental na região do CGR de Ourinhos, transformando a relação de saber e poder presentes nesse contexto.

Para pensarmos a atuação profissional e o protagonismo, é necessário entender o conceito de implicação. Mais do que simplesmente envolvimento ou participação, compreendo implicação conforme define Lourau (2004, p.133),

A teoria da implicação, nós veremos, tem qualquer coisa que flerta com a loucura. (...) Pois não é a implicação, cada vez mais claramente, o objeto de análise das relações que temos com a instituição e, antes de tudo, com nossa instituição de pertencimentos mais próxima aquela que possibilita nossa inserção nas situações sociais de intervenção, de formação e de pesquisa?

Lourau (2004) alerta que a origem do uso da palavra “implicação” tem suas raízes em influências cristãs, fenomenológicas e era coerente com outros termos que antes se usavam, como se comprometer com algo. Esse sentido das palavras “implicação” e “comprometimento” constituem um julgamento sobre nós e sobre os demais porque, a partir desses conceitos e dessa análise, avaliamos o grau de identificação, de atitude com a instituição e com o projeto a ser desenvolvido. Além disso, é possível medir quanto dedicamos de tempo, dinheiro e afeto nessa atividade ou tarefa. Portanto, para o referido autor, implicação não teria a ver com essa primeira definição, mas diz que “a implicação é um nó de relações; não é ‘boa’ (uso voluntarista) nem ‘má’ (uso jurídico-policial)”, o que importa mesmo é a análise dessa implicação.

Para Monceau (2008, p.21-23), implicação seria “a relação que os indivíduos desenvolvem com a instituição”. Ele afirma ainda que o indivíduo é tomado pela instituição, querendo ou não. Para esse autor, “a implicação existe mesmo que não a desejemos”; trata-se “de analisar mais o modo de implicação do que sua existência ou quantidade de implicação, já que ela não pode ser medida em peso”. Seria, pois importante, não tentar se livrar da implicação, mas pensar sobre ela, analisá-la, para produção de novos conhecimentos.

Em alguns momentos, torna-se difícil olhar para a instituição e perceber suas dificuldades, aquilo que não é natural e aquilo que é produção institucional. Nesse momento é como se estivéssemos “cegos” diante de algumas coisas que ocorrem nesse movimento dinâmico. Para Monceau (2008), estaríamos “sobreimplicados”, ou seja, “impossibilitados de analisar a implicação”, pois poderíamos ser conduzidos a aceitar práticas que na verdade recusamos, e isso precisaria ser trabalhado pelo pesquisador.

Vale destacar que do processo de construção do FPISMO participaram agentes de transformação, com uma implicação que poderia ser analisada de modo interessante. Todavia, esse processo aconteceu não somente por ideais de alguns indivíduos, mas por necessidades circunstanciais que permeavam todo o coletivo. Confirmou-se, então, o que René Lourau (2004, p.59) já afirmava ao dizer que “é sempre no coletivo que o particular se manifesta”.

Em consonância com o pensamento do autor acima citado, mais importante é ocorrer a análise dessa implicação, para que seja considerada útil a avaliação de si e do processo de trabalho. Nesta pesquisa, procuro analisar esse

modo de implicação que pode ter colaborado para produzir uma nova forma de organização de espaço, o Fórum.

Para Paulon (2005), o conceito da análise das implicações torna-se um instrumento essencial para o pesquisador interventor, pois põe em evidência o jogo de poder e interesse encontrado no campo de investigação. Assim, propõe-se nessa pesquisa uma análise da minha implicação no processo de construção do Fórum Permanente Intersectorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos, além da descrição do protagonismo dos profissionais, por meio de um referencial teórico que pressupõe um diálogo com os processos de subjetivação, singularidade, que procura transformar para conhecer.

Concordo com Lourau (2004, p.83), quando diz que:

A implicação deseja pôr fim às ilusões e imposturas da neutralidade analítica, herdadas da psicanálise e, de modo mais geral, de um cientificismo ultrapassado, esquecido de que, para o novo espírito científico, o observador já está implicado no campo da observação, de que sua intervenção modifica o objeto de estudo, transforma-o. Mesmo quando o esquece, o analista é sempre, pelo simples fato de sua presença, um elemento do campo.

Assim, a transformação da prática para conhecê-la, sempre produzirá efeitos no campo, com possibilidades de criar, recriar e modificar as relações com a instituição e com essa prática.

Para haver mudanças nas organizações, nos processos de trabalho é preciso que ações instituintes ocorram. E, para que essas ações existam é preciso, conforme dizia Lourau (2004, p.63), que a sociedade instituída colabore nessa empreitada.

A sociedade instituinte ameaça a sociedade instituída; porém a sociedade instituída precisa da sociedade instituinte para progredir, ao passo que a sociedade instituinte necessita da sociedade instituída para erguer seu projeto de transformação permanente.

Para que a construção de espaços como esse do Fórum ocorram, o contexto instituído auxiliará com “brechas”, pequenas oportunidades de criação de um novo, de uma força instituinte, que, depois, provavelmente se tornará instituído, e dará espaço para novas alternativas de criação.

É provável que outros movimentos ocorram com relação à saúde mental na região ou relacionados a outros temas de saúde ou a outras áreas, pois todo movimento que hoje é instituinte provavelmente logo será instituído, e em seu lugar surgirão novos movimentos instituintes, bem como ocorrerá a autodissolução. Conforme ensina Lourau (2004, p.12-13):

Outra contradição paradigmática surge com relação ao conceito de institucionalização. A institucionalização é o devir, a história, o produto contraditório do instituinte e do instituído, em luta permanente, em constante contradição com as forças de autodissolução (...) o movimento, ou força de autodissolução, está sempre presente na instituição, embora esta possa ter a aparência de permanente e sólida.

Registra-se aqui, algo muito importante para a região de saúde de Ourinhos: a possibilidade de ações instituintes, a possibilidade da gestão compartilhada em assuntos complexos e amplos, como é o da saúde mental, a possibilidade de atuação e protagonismo de profissionais envolvidos de forma ativa na sua prática, independentemente de categoria profissional.

Assim sendo, o diário constituiu-se numa ferramenta da Análise Institucional em Saúde Coletiva; pois, segundo Pezzato e L'Abbate (2011), “produz um encontro entre a pesquisa ação e a pesquisa intervenção”, uma vez que trata no caso aqui especificado de uma possível proposta instituinte, a fim de modificar o cuidado em saúde mental na região de Ourinhos. Anotar diariamente o que se percebia do processo de construção possibilitou reflexões, análises, uma vez que as escritas passaram a me influenciar enquanto pesquisadora e vice-versa.

Nesse sentido, o escrever nesta pesquisa é entendido como ação de trazer à superfície certa vontade de transformação, é produção de subjetividade, é dar visibilidade, é fazer falar, fazer contar, trazendo elementos à cena, incluindo e sendo participativo (AZEVEDO & CARVALHO, 2008).

Como afirma Deleuze (1997), o escrever é inacabado, sempre se faz, ultrapassando o vivível ou vivido, dessa forma seria sempre um devir, um processo.

O estudo aqui apresentado ocorreu a partir do meu cotidiano profissional. Ao voltar o olhar para o meu campo de atuação, para a saúde coletiva nas suas interfaces com a saúde mental, e, enquanto pesquisadora, pude analisar



alguns movimentos e processos ocorridos neste trabalho, especificamente no espaço do Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos. E essa análise só pôde ocorrer com o apoio do método e das ferramentas que pautaram essa pesquisa.

Diante de um mundo acadêmico e científico voltado para questões quantificáveis, apostar na pesquisa qualitativa e realizar uma pesquisa que não tem resultados, mas efeitos; que não tem um objeto, mas um campo; onde se pretende analisar não uma etapa concreta, mas um processo, portanto inacabado e cheio de surpresas, compõe uma jornada complexa.

A proposta de acompanhar um processo, do qual já se faz parte e intervir sobre ele (pesquisa-intervenção) com um olhar de pesquisador é um desafio porque, ao analisar o processo, inevitavelmente ocorre a análise de si. E escrever sobre, torna-se um desafio ainda maior, pois ficarão visíveis não só a descrição e a análise do processo, mas também a subjetividade do pesquisador, sua forma de pensar o mundo, sua prática profissional.

Ao me deparar com as situações vividas no campo de pesquisa, o espaço do FPISMO, em muitos momentos senti dificuldades para analisá-las, pois esse espaço também faz parte de meu campo de atuação, enquanto trabalhadora de saúde da região. Então, o diário de pesquisa foi o diferencial nessa tarefa visto que me permitiu extravasar angústias, alegrias, frustrações e preocupações com o processo relatado, além de suscitar uma reflexão sobre mim, minha atuação profissional, sobre o grupo e o processo e sobre o mundo.

Ao escrever sobre o processo e reler as anotações no diário, tive a oportunidade de analisar a implicação e a sobreimplicação (esta última demorei a perceber) o que me permitiu expor no texto aqui apresentado fatos e contextos que puderam colaborar para a pesquisa científica.

Dialogar com a pesquisa, por meio do diário e da análise dos motivos que me instigava a perceber uma ou outra situação ou não notá-la; tentar evitar o julgamento de valor sobre mim, sobre os outros e sobre o processo, e me propor a analisá-lo, proporcionou uma relação diferente com a instituição e com a prática profissional. Continuamente modificaram a minha práxis.

Cada momento de escrita do diário, as releituras; de escritas dos textos aqui presentes, reescritas e releituras; dão a oportunidade de questionar-me sempre. Dão a dimensão do desafio que é construir uma práxis. Para que esta

exista deve haver uma contínua reflexão sobre a atuação profissional, o que gera ações e depois novas reflexões, em um inacabado movimento de análise da implicação, sempre processual.

Descrever a criação do espaço do FPISMO e sugerir que ele possa ter apoiado a formação de uma rede intersetorial regional em saúde mental, escrever sobre esse processo e analisá-lo, fez-me perceber a importância de analisarmos nossas implicações com as instituições, inclusive considerando o eu-pesquisador, como uma instituição. Cada acontecimento que alterava o campo de trabalho também produzia efeitos em mim enquanto pesquisadora; e cada questionamento e dúvida da então pesquisadora, com respostas provisórias, alterava a maneira como esse campo era percebido, e produziu outros efeitos.

Destaco que o importante para a pesquisa foi descrever o movimento de construção do Fórum e não as pessoas; as ações coletivas e não individuais, analisá-lo como um processo com momentos instituintes e apoio na formação da rede intersetorial regional em saúde mental, propondo-me dessa forma a acompanhar esse processo.

*Não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes.*

*Paulo Freire*

## CAPÍTULO 2

### **POR QUE APOSTAR NA FORMAÇÃO DE REDES INTERSETORIAIS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

#### **Saúde Mental, uma questão mundial. Atenção Psicossocial uma ação local.**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) centenas de milhões de pessoas são afetadas por perturbações mentais em nível mundial. A OMS estima que 154 milhões de pessoas sofrem de depressão e 25 milhões de esquizofrenia; 91 milhões são afetadas devido a perturbações por abuso de álcool e 15 milhões vítimas de perturbações por abuso de drogas. Estima-se que 50 milhões de pessoas sofrem de epilepsia e 24 milhões de Alzheimer e outras formas de demência. Por ano, cerca de 880 mil morrem devido a suicídio.

Consta ainda neste relatório, que, no Brasil, a prevalência total das perturbações mentais, no período de um ano, varia entre 4% e 26%. A variabilidade na prevalência de país para país pode ser devido a limitações transculturais dos instrumentos de diagnóstico e avaliações enviesadas. As estimativas de prevalência também são susceptíveis a serem influenciadas por estigma e discriminação.

Em 2002, as perturbações mentais relacionadas ao abuso de substâncias adictivas foram responsáveis por 13% da carga global de doença, a qual é definida como morte prematura combinada com anos vividos com invalidez. Quando se toma em conta apenas o componente de invalidez no cálculo da carga de doença, observa-se que as perturbações mentais são responsáveis por 31% de todos os anos vividos com invalidez. E esse número está a aumentar (OMS, 2008).

O capítulo 2 do Relatório da OMS (2002) mostra ainda que são comuns as perturbações mentais, visto que podem atingir 20 a 25% das pessoas durante algum momento de suas vidas. Mostra ainda que as questões de saúde mental são universais, e podem atingir todos os países e sociedades, bem como indivíduos de todas as idades. E que possivelmente uma em quatro famílias apresenta ao menos um membro que sofre atualmente de uma perturbação mental. Destaca-se aqui que essas perturbações têm grande impacto econômico, direto e indireto nas sociedades, incluindo os custos dos serviços.

Espera-se que a divulgação desses dados no Relatório Mundial da Saúde reduza o estigma e a discriminação e a Saúde Mental seja reconhecida como um problema urgente de Saúde Pública e as autoridades governamentais tomem medidas para melhorar a Saúde Mental em todo o mundo.

Diante desse cenário, torna-se importante para a sociedade a organização de espaços que almejem o cuidado com a saúde mental, visto que o sofrimento psíquico é uma questão inerente ao ser humano e conseqüentemente todos podem passar por alguma situação mais intensa de sofrimento ao longo da vida.

Para esse estudo, convém entender melhor como são definidos transtornos mentais e com o que estão relacionados. Não no sentido de evidenciar a doença, ou rotular uma pessoa; mas, a partir desses dados, alertar para a importância de um olhar voltado à saúde mental.

Transtornos mentais estão presentes em todos os contextos, independentemente de classe social, raça, idade, sexo etc. De acordo com a descrição clínica e as diretrizes diagnósticas presentes no Diagnóstico Internacional de Doenças (CID 10, 1993, p.5), a definição de Transtorno Mental engloba as seguintes características: 1. Síndrome, sem compromisso com doença. 2. Sofrimento psíquico e prejuízo de desempenho pessoal. 3. Exclusão de desvio e/ou conflito social, sem disfunção pessoal.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM IV, 2003), define-se Transtorno Mental como: 1) uma síndrome; 2) sofrimento ou incapacidade ou risco significativo de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante de liberdade; 3) não é resposta previsível culturalmente a evento; 4) deve ser considerada no momento como uma manifestação possivelmente determinada por uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica do indivíduo; 5) desvio ou conflito com a sociedade não se inclui por si só na definição.

Sendo assim, os transtornos mentais presentes em nossa sociedade hoje são um conjunto de características que ocorrem com o indivíduo causando-lhe prejuízo em suas funções do dia-a-dia e sofrimento para si e para outros.

Mas, para entender melhor o que foi dito, precisamos definir: o que seria então saúde mental? Por que utilizamos esse termo?

## Saúde mental e Atenção Psicossocial

Atualmente, em nosso país, usa-se o termo “saúde mental” de forma rotineira, sempre se levam em consideração todas as questões que de alguma forma estejam relacionadas com a saúde psíquica do ser humano; no entanto, é fato que, para grande parte da população, esse termo vem associado com doença mental e não com saúde.

O conceito de saúde mental vem de uma história de fragmentação do humano. Uma história relacionada com a exclusão do diferente e com a valorização de uma “normalidade” que, na verdade, não existe, mas é difundida pela Psiquiatria desde seu início.

Amarante (1996), a partir de suas pesquisas, relata-nos que a Psiquiatria é produto das reformas ocorridas nas instituições sociais na França Revolucionária. Na época, a loucura apropriada pelo discurso médico tornou-se doença mental. No século XVII, criaram-se os hospitais gerais, e cada um desses lugares tornou-se o local privilegiado de produção e exercício do saber médico, e o louco foi visto como despossuído de razão.

Já no século XVIII, Pinel manda desacorrentar os alienados e cria uma nosografia. Baseado no método da história natural, propõe-se a conhecer, classificar, separar e agrupar os fenômenos mentais; porém, acredita que, se é o meio social que causa suas doenças, os doentes mentais deveriam ser mantidos afastados das outras pessoas (isolamento). Assim, os “loucos” continuaram afastados, mas não acorrentados. E, por acreditar que poderia tratar e curar a loucura, Pinel fundou a tradição da clínica psiquiátrica e o termo “alienista” para médico da mente.

No século XIX, Esquirol, ao continuar os trabalhos de Pinel, enuncia que a loucura é produto da sociedade e das influências morais e intelectuais. Então ganha força o que se chamou de “tratamento moral”, o qual, na opinião dos estudiosos da época, apresentava resultados mais efetivos que os outros tratamentos realizados (como a farmacopéia, por exemplo). Com esse autor está o desenvolvimento da clínica psiquiátrica em termos teóricos e práticos.

Ainda no século XIX, Morel traz o conceito de endogeneidade e dá origem à eugenia em psiquiatria (uma sociedade saudável com corpos e mentes aprimorados e dentro de um padrão). Porém, consolida a noção de prevenção da

alienação no meio social e moral, o que desloca a atuação do alienismo do interior do asilo para o meio social e político. No final do século XIX, Magnan, partindo de Morel, constrói o conceito de predisposição. Mais tarde, aparece Kraepelin como o criador da psiquiatria moderna, o qual introduz a noção de anormalidade, e esse é o discurso psiquiátrico do século XX, o qual ainda permanece no século XXI.

A loucura é percebida como socialmente perigosa e o sujeito considerado como doente mental é rotulado de louco, como alguém que precisa obter um tratamento para “reaver” sua saúde mental. Esse discurso histórico e também atual compõe, entre outras questões, o que se costumou denominar Paradigma Psiquiátrico. Tal visão impõe uma quebra com o conceito de integralidade do sujeito.

Birmam e Costa (1994) apresentam a trajetória da psiquiatria com seu estatuto de crise, e apontam interesses políticos ao olhar o sofrimento mental dos acometidos por alguma perturbação quando se propõem a atuar como mão de obra, para integrarem à sociedade como trabalhadores.

Devido à II Guerra Mundial, a psiquiatria é abordada quanto à sua impotência terapêutica e as preocupações governamentais geradas pelo alto índice de cronicidade das doenças mentais; antes, a pessoa era isolada da sociedade em asilos, vista como uma pessoa ineficaz para o sistema capital, e ficava sujeita a objeto de análise médica. Após a crise da guerra, o olhar aos portadores de doença mental vai se transformando, passam a ser olhados como pessoas capazes de trabalhar e se integrar à sociedade, aos interesses econômicos da época. Dessa forma, devido ao impacto causado pelas novas condições de vida, surgem as Comunidades Terapêuticas as quais visam à ressocialização e, conseqüentemente, os grupos adquirem uma potencialidade terapêutica, assim como a atividade de trabalho.

A psiquiatria pretende-se um saber sobre a saúde mental. Por isso, instaura-se uma mutação radical no campo epistemológico da medicina mental; passa-se de instrumento de cientificidade sobre a doença mental para pretender-se definidor da saúde mental. No contexto desse movimento da medicina, surge a Psiquiatria Social, que se torna, num segundo momento, Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (EUA) ou de Setor (França), que visa à promoção da Saúde Mental, inferida como um processo de adaptação social.

Essas “psiquiatrias” propõem a transformação do espaço hospitalar em espaço terapêutico passível de produzir a saúde mental nos seus pacientes. E, para tal proposta tornar-se realidade, é preciso transformar o hospital num lugar onde se pratica a recuperação e o aprendizado para a convivência social e familiar, e se relacione a cura com a possibilidade da reeducação. Assim, cresce o número de pacientes, e isso exige produtividade maior do médico, exigência esta que se amplia para outros profissionais, os quais passam a desempenhar o papel de terapeutas: enfermeiros e assistente sociais, mas não partilham de igual poder médico.

Com todo este movimento da psiquiatria, cria-se um novo objeto: a saúde mental. “Adoecer mentalmente seria uma falha nos mecanismos interativos da Comunidade constituída” (BIRMAM & COSTA, p.56, 1994), e então promover saúde mental tornou-se a possibilidade de estimular a interação normatizada. Cristaliza-se a ideia de que estar em sofrimento psíquico seria um desvio, uma anormalidade.

Por tudo que foi exposto, quando falar de saúde mental nesta pesquisa, em respeito aos autores e ao uso rotineiro do termo, mantive-o por ser consagrado e facilmente compreensível por todos. Porém, o que quero na verdade é falar de um novo conceito, de um novo sentido para o cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico. Estou falando de uma postura profissional baseada nos parâmetros da Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003), inicialmente uma posição ética e política que recusa a opressão e a exclusão do humano e faz surgir serviços produzindo o cuidado no território, e sobre a qual discorreremos em seguida.

Trabalhar a partir da lógica da Atenção Psicossocial em municípios do interior do Estado proporciona encontros e desencontros todos os dias. Não só do trabalhador com os usuários e políticas, mas também com sua própria prática. Uma das principais dificuldades parece ser a falta de compreensão sobre as políticas de saúde mental. Dificuldade também em compreender “saúde como resultante das condições de vida” o que “implica desenvolver ações educativas de prevenção e promoção da saúde que considerem tais condições e promovam sua mudança” (FONTES et al, 2003, p.22).

Como exemplo desse embate teórico conceitual que é travado diariamente pelos profissionais que querem atuar a partir da Atenção Psicossocial, porém em contextos ainda organizados por uma lógica de saúde mental, temos que



refletir sobre a legislação vigente, sendo uma das mais recentes a Portaria GM/MS nº 3088 de 2011 que estabelece a Rede de Atenção Psicossocial. Ou seja, a proposta não é estabelecerem redes de atenção em saúde mental, mas sim Redes de Atenção Psicossocial. Temos aqui uma possibilidade clara de se atuar dentro de outra lógica, e ter outra postura diante do sofrimento humano, que tenha o olhar voltado para o ser humano, integral, complexo, singular.

Para essa pesquisa interessa todo contexto já exposto, levando em consideração a forma como o sofrimento psíquico é visto e tratado, como os profissionais se relacionam com ele e com sua prática. Essas ideias permitem compreender que saúde mental não é apenas a ausência de doença e, portanto, não está desatrelada do estado de saúde geral da pessoa. Esse é um estado influenciado por inúmeros fatores, como as condições de vida da pessoa, sua rede de relações sociais e com seu estilo de vida, de acordo com o pensamento de Buss e Pelegrini Filho (2007).

### **Atenção Psicossocial e seus parâmetros**

O conceito da Atenção Psicossocial é definido por Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) com uma aspiração a outra lógica, outra fundamentação teórico-técnica e outra ética, que não mais as do paradigma psiquiátrico. Ainda de acordo com esses autores, esse conceito, quando relacionado às políticas públicas de Saúde Mental, tem a pretensão de incluir os vários aspectos que fazem parte da vida do ser humano, como componentes do sentido amplo que se pretende articular, ou seja, aspectos políticos, econômicos, culturais.

Dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, temos a utilização inicial do termo Apoio Psicossocial para os dispositivos de atendimento às pessoas em sofrimento psíquico; contudo, como forma de abarcar o sentido mais amplo do conceito, passou-se a designar esses espaços como de “Atenção Psicossocial”, entendendo Atenção como “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”, sendo esta uma parte fundamental nas práticas em Saúde Mental no contexto brasileiro atual (COSTA-ROSA, LUZIO, YASUI, 2003). Proposta que se tem concretizado através de algumas legislações, cito como exemplo a Portaria 3088 de 23 de

dezembro de 2011, que propõe a criação de uma Rede de Atenção Psicossocial em nosso país.

Costa-Rosa (2011) nos apresenta que o termo “psicossocial” conota um Modo Psicossocial e este se constituiu como um Paradigma, na “tentativa de designar as formas de produção das Instituições de Saúde Mental capazes de se contraporem dialeticamente à lógica do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador<sup>2</sup>”. Entendendo Paradigma como “conjuntos articulados de valores e interesses que se estratificam, criam dispositivos (leves e pesados) e podem chegar à polarização” e ainda no campo da Saúde Mental como um “conjunto mínimo articulado de parâmetros capazes de darem conta das dimensões teórica, técnica e ética”. Assim, a lógica do Paradigma Psicossocial assume ética e tecnicamente a indissociabilidade entre saúde psíquica e subjetividade.

Portanto, Costa-Rosa (2011) expõe quatro parâmetros fundamentais que considera componentes necessários mínimos à composição de um Paradigma, nesse caso do Paradigma Psicossocial (PPS) e o diferencia do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM).

1. Concepção do “objeto” e dos “meios” de seu manuseio como fatores do modo de produção. No PPHM a relação dos “meios” com o “objeto” é de objetivação, objetificação, e alguns de seus efeitos são: exclusão, clausura, medicalização, alienação, os quais produzem subjetividades serializadas. Já no PPS, o “objeto” é o sujeito em sua existência-sofrimento, sujeito do inconsciente suscitando a emergência de sentidos novos, em movimento, onde ocorre a ascensão do sujeito à condição de protagonista no “cuidar-se”.
2. Modos de organização das relações intra-institucionais e interinstitucionais como um fator essencial das relações intersubjetivas possíveis, ou seja, modo de produção de saúde e subjetividade. Nesse ponto, o autor destaca a horizontalização

---

<sup>2</sup> O Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) é designado por Costa-Rosa (2011) 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 (ver a Tese de Livre-Docência-Ensaio 1).

necessária nas relações intra e interinstitucionais para que se configure o PPS, ocorrendo então espaços possíveis de controle social e cogestão, com maior participação dos sujeitos do sofrimento, familiares e trabalhadores da instituição. Essa função produtiva do dispositivo é requisito para produção de subjetividade singularizada e saúde. Mais uma radicalidade contrária ao PPHM onde as relações são verticais e hierarquizadas e não há voz para a participação social, e a subjetividade é serializada.

3. Modos de relação da instituição com a clientela, a população e território e a recíproca. Considera-se o modo como a instituição se apresenta e situa no espaço geográfico, no imaginário e no simbólico, ou seja, até onde seus meios são capazes de responder também ao nível das pulsações da Demanda Social e não apenas ao das encomendas; também no sentido inverso, como a instituição é percebida pela população, levando-se em consideração as heranças, os sentidos que certas instituições carregam dados os estratos históricos dos quais fizeram parte. No PPS a instituição seria uma instância de interlocução e de locução, na qual o valor recai sobre a palavra e onde o saber é do sujeito. Esse modo de funcionar é fator decisivo para a maneira de se perceber o sofrimento, permitindo o reposicionamento subjetivo e social. Já no PPHM, a instituição se apresenta de modo a reproduzir o vínculo que lhe é típico, reafirmando o sentido dos significantes com que é designada: relação entre loucos e sãos, e a verticalização já citada anteriormente pelo autor.
4. Modos dos efeitos produtivos típicos da instituição em termos de terapêutica e de ética. Dado que não se admite a produção de saúde psíquica independente da produção de subjetividade, entendem-se as instituições de Atenção ao sofrimento psíquico como dispositivos produtores de processos de subjetivação. No PPS a ética vigente é a do “bem-dizer”, do intercessor, a qual visa à posição do sujeito no desejo e no carecimento. Para os

trabalhadores da Atenção Psicossocial, há de ocorrer a persistência numa ética capaz de facultar a clínica como processos de subjetivação e singularização, tanto dos sujeitos do sofrimento quanto de nós, trabalhadores dessas instituições.

Assim, tomando como base esses quatro parâmetros, concluo que a constituição de espaços coletivos de discussão que visam à cogestão e ao compartilhamento, à troca de experiências e a manutenção de um trabalho em rede e interprofissional, só se configuram e se mantêm se estiverem pautados pela Atenção Psicossocial.

### **Conceituando redes intersetoriais**

A partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica e na busca do estabelecimento de uma Atenção Psicossocial, podemos entender que essa atenção proposta não se faz sozinha, mas sim em rede. Portanto, necessitamos esclarecer algumas informações sobre esse conceito.

O conceito de rede transformou-se, nas últimas duas décadas, em uma alternativa prática de organização, isso possibilitou processos capazes de responder às demandas de flexibilidade, conectividade e descentralização das esferas contemporâneas de atuação e articulação social.

Mas a conceituação de Rede enquanto sistema de laços realimentados provém da Biologia. Quando os ecologistas das décadas de 1920 e 1930 estudavam as teias alimentares e os ciclos da vida, propuseram que a rede é o único padrão de organização comum a todos os sistemas vivos e que sempre que olhamos para a vida, olhamos para redes (CAPRA, 1996).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASL, 2006 b) afirma que o trabalho em rede com a sociedade civil organizada favorece que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diferentes territórios e, concomitantemente, garante a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde.

Redes são sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições, de forma democrática e participativa, em torno de objetivos e/ou

temáticas comuns. Estruturas flexíveis e cadenciadas, as redes se estabelecem por relações horizontais, interconexas e em dinâmicas que supõem o trabalho colaborativo e participativo. As redes se sustentam pela vontade e afinidade de seus integrantes, caracterizando-se como um significativo recurso organizacional, tanto para as relações pessoais, quanto para a estruturação social (BRASIL, 2006 a).

Para Mendes (2011), as redes não são simplesmente um arranjo poliárquico<sup>3</sup> entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações. O autor, ao falar de redes, cita algumas das principais vantagens desse tipo de organização, bem como algumas de suas limitações.

Dentre as vantagens das redes citadas por Mendes (2011), temos: capacidade de aprendizagem, a produção de novos conhecimentos através da utilização das informações existentes, as quais funcionem como canais de difusão de conhecimentos; o reconhecimento e a criação de vínculos diversificados entre atores e organizações permitem reduzir as incertezas nas políticas e nos programas; além de possibilitar benefícios econômicos porque com as relações de troca há possíveis ganhos de escala, com melhoria da qualidade e redução de custos.

Com relação às limitações das redes, Mendes (2011) ainda nos diz que as mesmas têm a ver com suas próprias características, as quais limitam sua eficácia ou criam dificuldades para sua gestão como: o envolvimento de numerosos atores o que dificulta a prestação de contas; por envolver muitos atores o processo de negociação e de formação de consensos pode ser lento e pode haver a diluição de responsabilidades o que afeta o alcance dos objetivos; se não houver critérios de participação bem definidos, pode-se dar a exclusão de atores sociais ou regiões importantes e, como podem ocorrer dificuldades de controle e coordenação das interdependências, isso pode gerar problemas na gestão.

---

<sup>3</sup> Poliarquia é um conceito que surgiu no âmbito da **ciência política americana**, criado por Robert Dahl para designar a forma e o modo como funcionam os regimes democráticos dos países ocidentais desenvolvidos (ou industrializados). O conceito de poliarquia tem o mérito de permitir que a ciência social efetue uma análise mais realística dos regimes democráticos existentes, uma vez que, a partir desse conceito, torna-se possível estabelecer "graus de democratização" e, desse modo, avaliar e comparar os regimes políticos. Poliarquias: regimes em que a disputa pelo poder é alta e a participação política é ampla.

Por esses e outros motivos, ações integradas entre os diferentes setores da sociedade são um grande desafio atualmente. Yasui (2010, p.155) diz que:

Articular ações integradas com os campos da “Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte, Trabalho, Lazer, com a Universidade, Ministério Público e as Organizações Não-Governamentais (ONGs)” significa construir um processo que envolve um intenso diálogo, o qual pressupõe reconhecer e respeitar as especificidades e as diversidades de cada campo; explicitar os conflitos e interesses envolvidos, para que se possam negociar e pactuar ações; unir potências, produzir encontros ao redor dos temas que perpassem por todos esses campos, a saber: a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania da população.

Na busca de melhorias na organização da rede de Atenção Psicossocial, percebe-se a necessidade de efetivação de parcerias para caminhar e continuar procurando alternativas sociais e políticas para os problemas de saúde. Surge então, o conceito de intersetorialidade e a necessidade de refletir sobre a importância da coparticipação no pensamento de soluções para os problemas que fazem parte da rotina dos profissionais envolvidos com as pessoas em sofrimento psíquico.

Esses profissionais deveriam considerar que seu trabalho tem importância fundamental para a sociedade, pois enfoca principalmente o compromisso que deveria existir com o sujeito que sofre e com a prevenção e a promoção de saúde. Desse modo, deveriam ampliar cada vez mais seus conhecimentos, trabalhar em perspectiva interdisciplinar e utilizar ao máximo as ferramentas de trabalho adequadas a sua realidade.

A intersetorialidade é primordial para que ocorram mudanças. Todos têm que atuar em prol de todos porque a saúde é dinâmica e vive em constante transformação de acordo com o contexto em que está inserida. Claro que, quando temos envolvimento de muitos setores para chegarmos a um consenso, fica realmente difícil encontrar a melhor solução, pois acabam ocorrendo conflitos de interesses e nem sempre conseguimos uma resposta para os problemas.

Através da rede intersetorial estabelecida no território, organizada e efetiva em suas ações, o cuidado integral em saúde mental torna-se possível; pois,

inerente à intersetorialidade, surge a responsabilidade compartilhada no planejamento e efetivação de ações que chamam os gestores e técnicos de cada setor para um ato dialógico e decisivo pactuado nesse cuidar e com os sujeitos que fazem parte desse local.

Para Teixeira (2003), uma estratégia que pode ser utilizada nos serviços para que a rede seja efetiva é o acolhimento, pois este colabora na conversação entre os pontos da rede. Cada nó da rede corresponderia a um encontro, uma conversa entre os pontos, uma negociação. O autor diz que a rede de conversações conforma um autêntico espaço coletivo de conversação, formado de várias e distintas 'regiões de conversa' interligadas e, assim, como qualquer outro espaço, pode ser 'mapeado'. O diálogo no acolhimento seria a forma de comunicação entre os elementos que fazem parte da rede, pois o sujeito está inserido numa rede de produção de subjetividade e é um ser em conexão com outros seres.

A partir dessas ideias Ricardo Teixeira (2005, p.597), leva à reflexão sobre qual a função da rede, e a que ela se propõe. Ele questiona:

O que devemos, portanto, nos perguntar é se nossas redes, em seu trabalho afetivo, têm promovido os melhores encontros, se elas têm promovido a formação da multidão, isto é, a própria constituição do estado civil como o melhor regime para a realização de nossa potência. E isso porque, mais do que nunca, o que está colocado é exatamente o desafio da construção do estado civil, é a luta contra a autodestruição da Cidade, é a restauração dos laços sociais, é a própria (re)fundação do político, como desafios maiores para nossa humanização.

Portanto, refletir sobre o processo de construção do espaço do FPISMO, que propõe a possibilidade de um trabalho em rede e de forma intersetorial, é lembrar que apesar de ser um movimento ocorrido em um setor específico, a Saúde, não se pode conceber uma rede de Atenção Psicossocial que não seja atravessada por toda a rede de atenção à saúde e por uma rede intersetorial.

Assim, torna-se essencial o entendimento de por que trabalhar com o conceito de rede na teoria e na prática e por que levar em consideração, a partir das ideias dos autores já expostos, que, para se pensar em um novo modelo de

atenção à saúde precisamos construir e manter as redes em funcionamento dentro da saúde e intersetorialmente.

### **As redes regionalizadas de atenção à saúde**

As redes regionalizadas de atenção à saúde (RRAS) podem ser definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado em um dado território; as quais não estão baseadas numa hierarquia, e sim numa horizontalidade (KUSCHNIR et al, 2011).

Para construir uma rede e participar de uma rede regional de atenção à saúde é preciso conhecer a população da região alvo. Faz-se necessário verificar quais as doenças crônicas, quais as causas de morbimortalidade, quais os equipamentos existentes, enfim, é preciso saber com quem e o que se está trabalhando. Como já vimos, em saúde, ninguém trabalha sozinho de forma efetiva. A construção de redes é um grande desafio, porque é complexa, mas as possibilidades de cuidado com a saúde da população são maiores ainda. Se pensarmos em equidade, diminuição das iniquidades e em integralidade, devemos pensar em redes.

A atenção primária em saúde tem uma grande complexidade na sua execução, por isso não é o nível mais simples, mas é essencial que funcione efetivamente para que os outros níveis também operem dessa forma. Para que as redes de atenção à saúde funcionem, é preciso que a capacidade de resolução da atenção básica seja alta, bem como se deve conhecer muito bem o território da rede, a região de saúde em que ela está estabelecida. Com redes de atenção à saúde que funcionem, haverá uma continuidade do cuidado e este será efetivo. Devemos lembrar-nos das funções de cada nível de atenção. No primeiro nível de atenção, temos três eixos principais: valores (atenção, acolhimento, pertencimento, confiança, responsabilização); produções de ações e serviços de distintas naturezas (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento); e ordenamento do sistema. Dessa forma, a complexidade da atenção primária não reside em equipamentos, mas na qualidade dos sujeitos que



fazem essa atenção, e pelas articulações funcionais que garantem acesso aos demais níveis do sistema (KUSCHNIR et al, 2011).

A mudança deverá fazer-se por movimentos voltados para atenção às condições agudas e crônicas da população; por isso, há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das redes de atenção à saúde como uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira. Destaca-se ainda que os limites políticos-territoriais não devem servir de barreiras para que a proteção à saúde das pessoas não ocorra, nem deve interromper os fluxos de pacientes.

As linhas de cuidado aparecem como boas propostas de melhoria da articulação da rede, com objetivo de controlar certos agravos e doenças e cuidar de grupos de pacientes. Essas linhas são como corredores funcionais que conduzem o paciente ao longo da rede e que permitem integrar as ações. Dessa forma, os principais desafios associados à descentralização e à organização territorial têm a ver com alguns fatores. A partir do momento em que há uma descentralização dos serviços, é necessário haver diálogo entre a rede entre todos os responsáveis pelo caso.

Hoje no Brasil, tem-se em pauta, a implantação de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde, as Redes Temáticas, definidas pela publicação do decreto federal 7508 de 28 de junho de 2011: a Rede de Urgência e Emergência, a Rede Obstétrica e Neonatal (Cegonha), a Rede de atenção às condições e Doenças Crônicas (Diabetes, Hipertensão, Câncer, Obesidade), Cuidado à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção Psicossocial (Enfrentamento do Álcool, Crack e outras drogas), esta última nos interessa nesse estudo.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial tem como diretrizes: respeito aos direitos humanos, o qual garante a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, que reconhece os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, a qual oferta cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a

inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de estratégias de educação permanente; e desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, o que tem como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

A inclusão de todas essas diretrizes em uma portaria relacionada à Atenção Psicossocial mostra um avanço com relação às demais regulamentações, pois visa especificamente ao trabalho em rede, ao território, e à integralidade em saúde, conceitos que deveriam estar presentes na legislação como um todo e não somente na Atenção Psicossocial.

### **O Fórum como possível espaço de apoio à rede intersetorial na efetivação de políticas públicas**

O processo de construção do Fórum Permanente Intersectorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos foi pautado pelas necessidades regionais e municipais, mas atravessado profundamente pelas políticas nacionais atuais, existentes para orientar o funcionamento do SUS e direcionar ações em Saúde no Brasil.

Destaco principalmente a Política Nacional de Saúde Mental, Política Nacional de Humanização, Política Nacional de Promoção de Saúde e Política Nacional de Educação Permanente; pois, para a efetivação dessas políticas, há necessidade de constituição de espaços coletivos de discussões, como o do Fórum. Essas são políticas que me levam a refletir sobre conceitos fundamentais se pensarmos em construir uma prática em saúde coerente e ativa, comprometida, que vá além do proposto na legislação.

Discorrerei sobre alguns conceitos importantes nessas políticas os quais atravessaram o contexto inicial do FPISMO; e este, a partir do momento em

que se propuser a ser um possível espaço coletivo, será pautado pelo que for proposto nas diferentes políticas apresentadas.

Para que as Políticas Públicas sejam efetivas principalmente na esfera municipal, fica-se ainda na dependência de gestores que tenham uma gestão compartilhada e busquem a intersectorialidade como forma de superar os problemas comuns. Mas, não é isso que parece ocorrer na maioria dos municípios do interior. Apesar de existirem documentos norteadores do Ministério da Saúde que explicitem claramente as políticas públicas já citadas, muitos profissionais desconhecem essa existência.

Os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no país a partir da década de 90 colaboraram para a existência de espaços como o do Fórum aqui pesquisado. A Reforma Psiquiátrica Brasileira veio assegurar o princípio de territorialidade. Assim sendo, resguardou a descentralização do atendimento e garantiu o acesso a todos que passam por sofrimento psíquico, uma vez que passou a tratá-los integralmente em serviços abertos, e na rede substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Conceito como esse de território, pressupõe organização de coletivos para discussão e propostas de enfrentamento das situações da comunidade. Se o espaço da região do CGR de Ourinhos é entendido como um território, tem-se o espaço do Fórum como uma possibilidade de apoio na organização de redes de serviços e cuidado que se norteiem a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Saúde Mental. Há uma transição, mudança paradigmática, que atua a partir da lógica da Atenção Psicossocial e não do Paradigma Psiquiátrico. A pessoa em sofrimento psíquico deve ser vista como um cidadão, portanto com direitos que precisam ser respeitados por todos os setores da sociedade, mas para, além disso, como efetivamente um sujeito.

Por meio da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (BRASIL, 2009 a), conhecida como PNH, focaliza-se o cuidado em qualquer ponto de atenção, bem como a trajetória do usuário/paciente. Isso com a participação de profissionais que devem estar profundamente comprometidos na qualidade do cuidado, na singularidade de cada usuário e com pressupostos de estabelecimento de vínculo e responsabilização com as suas demandas.

A PNH traz conceitos que estão presentes nas discussões dos participantes do FPISMO. A aposta na construção coletiva de soluções para o enfrentamento dos problemas em saúde no SUS possibilita o refletir sobre novas realidades para o cuidado e nas instituições de atenção à pessoa em sofrimento psíquico.

Analisar a constituição de espaços coletivos nos remete aos principais conceitos da Política Nacional de Humanização, como a aposta no protagonismo dos sujeitos, valorização dos profissionais e seu trabalho, das rodas (espaços coletivos de discussões e decisões) através da gestão participativa, da mudança no acolhimento, da clínica que seria ampliada e o cuidado que priorizaria o sujeito e não a doença, de modo a produzir conjuntamente com esse sujeito um projeto terapêutico único. O espaço coletivo convoca às reflexões e decisões conjuntas e coletivas, as quais podem interferir na forma de acolhimento e clínica realizada pelo profissional na prática.

A Política Nacional de Promoção de Saúde (BRASIL, 2006 b), partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução; esse termo está associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros.

Espaços coletivos de discussão como Fóruns podem propiciar um lugar privilegiado de discussão e percepção dos determinantes sociais, bem como a possibilidade de reflexão sobre esse conjunto de valores citados acima.

A Promoção de Saúde refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais, isto é, trabalha com a ideia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos. Essa legislação possui um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado.

A intersetorialidade e a corresponsabilização, conceitos presentes na Política de Promoção de Saúde, podem efetivar-se por meio das parcerias e das pactuações entre os atores envolvidos, em encontros como os de Fórum, os quais

podem levar a ações concretas no contexto de um dado território, como este do CGR de Ourinhos.

Na Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006 b), a saúde é definida como produção social de determinação múltipla e complexa e exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores -, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. Para que exista a conversa entre esses sujeitos é necessária a existência de espaços coletivos de discussão, entre os quais um dos possíveis seja um Fórum.

O paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas, faça-se por meio da construção e da gestão compartilhadas. Dessa forma, o agir sanitário envolve fundamentalmente o estabelecimento de uma rede de compromissos e corresponsabilidades em favor da vida e da criação de estratégias necessárias para que ela exista. A um só tempo, comprometer-se e corresponsabilizar-se pelo viver e por suas condições são marcas e ações próprias da clínica, da saúde coletiva, da atenção e da gestão, ratificando-se a indissociabilidade entre esses planos de atuação (BRASIL, 2006 b).

A Política Nacional de Promoção de Saúde pode estar presente em espaços coletivos como o Fórum, porque nas discussões coletivas há a necessidade de conhecer e compreender temas como o processo saúde-doença, determinantes sociais de saúde, educação em saúde, entendimento subjetivo de saúde etc. Com esse entendimento haveria provavelmente melhor compreensão do próprio papel do participante naquele Fórum e fora dele em sua atuação profissional.

O conceito saúde-doença, bem como as práticas de intervenção (com resultados satisfatórios ou não) vem mudando ao longo do tempo de acordo com os "progressos" que ocorreram nas diversas civilizações da história da humanidade. Tanto esse conceito, como as práticas de intervenção são dinâmicos, abertos, pois são formados por diversas variáveis que podem sofrer alterações no decorrer do tempo, assim como as necessidades que vão surgindo nas sociedades vigentes e necessitam de respostas. Vemos ao longo da história que as campanhas sanitárias fazem com que haja menos epidemias, bem como ocorram avanços das pesquisas biomédicas; contudo, percebe-se que as campanhas sem modificação das condições de vida são pouco eficazes.

Na Carta de Ottawa (1986), a saúde é entendida não como um objetivo em si, mas sim como um recurso fundamental para a vida cotidiana. Ao afirmar que o conceito de saúde como bem-estar transcende a ideia de formas sadias de vida, o documento aponta para os determinantes múltiplos da saúde e da intersetorialidade. Assim, a promoção da saúde vai além do setor saúde. E para que a promoção se efetive tem como condições e requisitos: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

A educação em saúde é elemento importante para esse objetivo proposto pela Carta de Ottawa. Para Vasconcelos (1997, p.30), a educação em saúde seria uma atividade de reorientação das práticas realizadas nos serviços. Ela “passa a ser instrumento de construção e participação popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de aprofundamento de intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade”.

É possível perceber que, para ter saúde, não basta dizer que nada dói, a saúde engloba vários fatores essenciais indispensáveis no nosso dia a dia, como: moradia, emprego, lazer, educação, saneamento básico, alimentação, estar bem tanto no físico quanto no mental e também social. Desenvolvimento econômico, político, social, tecnológico, religioso, etc., também são fatores que podem intervir, de forma positiva ou negativa, nesse conceito e nas práticas de intervenção. Assim, estar doente hoje pode ocorrer por diversos motivos e não necessariamente pela ação de um micro-organismo.

Enquanto profissional de saúde, percebo que influenciemos o processo saúde-doença a partir da maneira que desenvolvemos a atenção à pessoa em sofrimento. Educação em saúde pode ser um aliado importante para que se consiga realmente efetivar o princípio da integralidade em saúde, por meio da informação e o envolvimento da população e também de muitos profissionais que trabalham com a comunidade.

Assim, a oportunidade de discussão presente em espaços coletivos pode possibilitar uma reflexão sobre os fatores que influenciam constantemente o processo saúde-doença, os determinantes sociais e incentivar a participação em saúde com corresponsabilização, conceitos fundamentais da promoção de saúde.

E, por fim, para esse trabalho, destaco a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009), 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.

Ao voltar-se principalmente para a formação do profissional em serviço, a Educação Permanente em Saúde convida-o a refletir sobre seu processo de trabalho; situação que solicita desse funcionário um diálogo reflexivo consigo mesmo, com seus pares e com os demais envolvidos em sua prática profissional.

Esse diálogo com outros atores sobre a atuação pode ser fortalecida e vivificada em espaços coletivos de discussão como os Fóruns. Situações do cotidiano do serviço podem ser problematizadas e repensadas com o grupo e consigo mesmo, podendo levantar a necessidade de ações de educação permanente para que ocorram mudanças nos serviços.

O fortalecimento da Política de Educação Permanente para o SUS requer a construção de espaços coletivos locais e regionais com capacidade de desenvolver a educação permanente das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais com vistas a uma saúde de melhor qualidade. Exige, portanto, mudanças nas relações, nos processos, nas ações e principalmente nas pessoas, independentemente dos lugares que ocupem na dinâmica do funcionamento do SUS. A Política de Educação Permanente pressupõe uma aprendizagem significativa, participativa e reflexiva no trabalho, que propicie uma ressignificação dessa práxis, consequentemente no estabelecimento.

Dessa forma, um espaço como o Fórum pode se configurar como lugar de visibilidade das Políticas Públicas citadas, e pode ser potente para congregiar diferentes atores com discussões relevantes e possíveis ações efetivas na rede intersetorial.

*(...) todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje (...).*

*Temos de saber o que fomos, para saber o que seremos.*

*Paulo Freire*



## CAPÍTULO 3

### CENÁRIO INICIAL DE FORMAÇÃO DO FPISMO

#### Caracterização da região de saúde do FPISMO

Para compreender melhor o contexto do FPISMO, é importante conhecer o território em que ele está inserido, a situação de saúde na região, bem como os estabelecimentos que, de alguma forma, influenciaram em seu início.

A divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo se faz através dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS). O Estado está dividido em 17 Departamentos responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria, no âmbito regional, e promover a articulação intersetorial, com os municípios e os organismos da sociedade civil. O Departamento Regional de Saúde de Marília - DRS IX está localizado na região centro oeste do estado, conta com 62 municípios, agrupados em cinco regiões de saúde.

Na área de abrangência do DRS IX de Marília se estabeleceu a Rede Regional de Assistência à Saúde – RRAS 10. As regiões de saúde são: Região de Adamantina, Região de Assis, Região de Marília, Região de Ourinhos e Região de Tupã (mapa 01).

Mapa 01 - Municípios do DRS IX Marília separados por regiões de saúde.



A **Região de Ourinhos** (sudoeste paulista) faz divisa com o extremo norte do Paraná, tem na agropecuária e na indústria a base de seu desenvolvimento econômico. O setor agrícola sempre foi predominante na região - soja, milho, cana-de-açúcar são as culturas que se destacam.

Essa região é composta por **12 municípios**: Bernardino de Campos, Canitar, Chavantes, Espírito Santo do Turvo, Ipaussu, Óleo, Ourinhos, Ribeirão do Sul, Salto Grande, Santa Cruz do Rio Pardo, São Pedro do Turvo, Timburi, conta com uma população de 217.871 habitantes (IBGE 2010). O município sede do CGR, Ourinhos, tem 103.035 habitantes, correspondente a 47,29% da região. Os outros municípios se dividem em: cinco com população até cinco mil habitantes, dois com população entre cinco a 10 mil, quatro entre 10 e 50 mil (**tabela 01**).

**Tabela 01 – Distribuição da população por município – 2010**

| Município               | População      | % Pop.        |
|-------------------------|----------------|---------------|
| Bernardino de Campos    | 10 775         | 4,95          |
| Canitar                 | 4 369          | 2,00          |
| Chavantes               | 12 114         | 5,56          |
| Espírito Santo do Turvo | 4 244          | 1,95          |
| Ipaussu                 | 13 663         | 6,27          |
| Óleo                    | 2 673          | 1,23          |
| Ourinhos                | 103 035        | 47,29         |
| Ribeirão do Sul         | 4 446          | 2,04          |
| Salto Grande            | 8 787          | 4,03          |
| Santa Cruz do Rio Pardo | 43 921         | 20,16         |
| São Pedro do Turvo      | 7 198          | 3,30          |
| Timburi                 | 2 646          | 1,22          |
| <b>TOTAL</b>            | <b>217.871</b> | <b>100,00</b> |

Fonte: DATASUS acessado em 24/11/2011

O Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS, construído pela Fundação SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados) a partir do ano 2000, por incumbência da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, criou um instrumento que permite o acompanhamento e a aferição dos desempenhos sociais e econômicos dos diferentes municípios paulistas. Surgiu assim o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), sistema de indicadores socioeconômicos para cada município do Estado, destinado a subsidiar a formulação e avaliação das políticas públicas na esfera municipal.

As três dimensões que compõem o índice revelam níveis distintos de desempenho dos municípios quanto à riqueza, longevidade e educação. A partir da

construção de um único índice, os municípios foram classificados em cinco grupos, dentre os quais o grupo 1 é o de melhor desempenho e o grupo 5 é de pior. Abaixo as principais características dos grupos:

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

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

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

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

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

A partir do IPRS, a Região de Ourinhos agrega os municípios da seguinte forma: 05 municípios no grupo 3 (inclusive Ourinhos), 04 municípios no grupo 4, e 03 municípios no grupo 5 (Canitar, Bernardino de Campos e Salto Grande), considerado o pior grupo, mostra que os mesmos estão desfavorecidos tanto em riqueza, como nos indicadores sociais, é a região de saúde do DRS IX que possui o maior número de municípios neste grupo (tabela 02).

Tabela 02. Classificação dos Municípios da Região de Ourinhos, IPRS, 2008.

| Municípios              | Ranking do Indicador de Riqueza Municipal (2006) | Ranking do Indicador Longevidade (2006) | Ranking do Indicador Escolaridade (2006) | Grupo IPRS (2006) |
|-------------------------|--|---|--|-------------------|
| Bernardino de Campos    | 359  | 396                                     | 446                                      | 5                 |
| Canitar                 | 487  | 564                                     | 517                                      | 5                 |
| Chavantes               | 224  | 322                                     | 583                                      | 4                 |
| Espírito Santo do Turvo | 402  | 644                                     | 323                                      | 4                 |
| Ipaussu                 | 435  | 558                                     | 102                                      | 4                 |
| Óleo                    | 602  | 67                                      | 217                                      | 3                 |
| Ourinhos                | 213  | 118                                     | 335                                      | 3                 |
| Ribeirão do Sul         | 484  | 86                                      | 554                                      | 4                 |
| Salto Grande            | 363  | 614                                     | 465                                      | 5                 |
| Santa Cruz do Rio Pardo | 289  | 324                                     | 270                                      | 3                 |
| São Pedro do Turvo      | 563  | 106                                     | 349                                      | 3                 |
| Timburi                 | 616  | 299                                     | 244                                      | 3                 |

Fonte: Fundação Seade

Os dados relacionados ao IPRS expõem a situação social da região e trazem não só questionamentos importantes, mas também várias ações possíveis em saúde mental, relacionadas à necessidade de criação de espaços regionais de convivência, de trabalho, de renda, de lazer, de esportes, de cultura, de promoção de saúde.

No Brasil, a maior participação da saúde suplementar ocorre nas áreas economicamente mais desenvolvidas. No Estado de São Paulo, a cobertura de Planos Privados de assistência médica em Março de 2009 era de 40,5%. Nesse mesmo período, na região de Saúde de Ourinhos, havia 31.487 pessoas com plano privado de assistência médica, esse dado corresponde a 14,28% da população; portanto, considera-se que 85,72% da população dependia integralmente do SUS para ter acesso aos serviços de saúde. Esse é um fator importante de fortalecimento da região de saúde de Ourinhos, pois a responsabilidade do cuidado em saúde compete ao Serviço Público, seja estadual, ou municipal, é pertinente atentar para o envolvimento de todos os segmentos nas questões de saúde<sup>4</sup>.

A partir de dados do DRS IX, em 2007, a primeira causa de óbito na Região de Saúde de Ourinhos foram as Doenças do Aparelho Circulatório, situação igual no Estado e na região do Departamento Regional de Saúde; no entanto, a segunda e a terceira causa diferem do Estado e da Regional. A região de Ourinhos tinha como segunda causa de óbito sinais e sintomas mal definidos o que pode inferir um inadequado preenchimento do atestado de óbito. E a terceira causa foram sintomas sinais e achados anormais por exames clínicos e laboratoriais. A análise dessas causas nos leva à necessidade de estabelecimento de atividades de promoção e prevenção de saúde na região, diretamente ligadas à saúde psíquica do ser humano, as quais auxiliariam na construção de estilos de vida saudáveis.

Em 2008, quando agrupados por capítulos do CID 10, os diagnósticos mais frequentes das internações na Região de Saúde de Ourinhos estavam relacionados ao Capítulo XV: Gravidez, Parto e Puerpério, seguidos pelas Doenças do Aparelho Circulatório (Capítulo IX) e, em terceiro, pelas Doenças do aparelho digestivo.

---

<sup>4</sup> Dados obtidos com o DRS IX – Departamento Regional de Saúde de Marília para construção do PAREPS – Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde.

A taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral reflete a ocorrência de internações hospitalares por acidente vascular cerebral em indivíduos de 40 anos ou mais para cada 10.000 habitantes nessa mesma faixa etária. Na série histórica de 2000 a 2007, a região de Ourinhos apresentou uma queda nessa taxa de internação, mas se manteve acima da média do Estado de São Paulo. Os municípios que apresentaram maior taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral nestes anos analisados foram Chavantes e Salto Grande, visto que esses dois municípios têm em seu território hospitais de pequeno porte, situação que facilita um número maior de internações.

Em 2008, a região de Ourinhos contava com 38 unidades básicas de saúde, onde atuavam 19 equipes de saúde da família as quais, de acordo com estratégia implantada, apresentavam uma cobertura de 27% da população índice este, considerado muito abaixo das outras regiões do DRS IX Marília. Aqui é apresentada, de forma bem clara, a estruturação da saúde na região: baseada em um modelo curativo e médico centrado, com pouco investimento na reorganização dos serviços através da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A região conta com 6 hospitais gerais e 1 psiquiátrico todos conveniados ao SUS, filantrópicos (privados sem fins lucrativos). As instituições dos municípios de Bernardino de Campos, Chavantes, Ipaussu e Salto Grande estão na gestão estadual e nos municípios de Ourinhos e Santa Cruz do Rio Pardo a gestão é municipal.

Na região de Saúde do CGR de Ourinhos há 409 leitos gerais, dos quais 249 conveniados ao SUS; portanto, 1,8 leitos para cada 1000 habitantes no total e para o SUS 1,12 leitos/1000 hab. e de psiquiatria há uma relação de 0,55 leitos para cada 1000 habitantes. De acordo com a Portaria MS nº. 1101 de 12 de junho de 2002, que estabelece parâmetros de assistência à saúde, a necessidade de Leitos Hospitalares Totais é de 2,5 a 3 leitos para cada 1000 habitantes, sendo que 0,45 é para psiquiatria, então, estima-se de 2,05 a 2,55 leitos para cada 1000 habitantes, o que é superior ao existente na região de saúde de Ourinhos. Essa região também faz referência em internações de média complexidade para o município de Assis.

Na região de Ourinhos, há pouca oferta de serviços de alta complexidade. Isso faz com que essa região seja dependente das outras, bem como exige transporte constante de pacientes para outros locais.

Esses dados alertam para a necessidade de efetivação de uma rede regionalizada de atenção à saúde, pois somente dessa forma a região poderá atender às demandas de seu território. Quando se fala em espaços coletivos de discussão, é importante conhecer tais dados, analisá-los e refletir sobre eles, pois possibilita efetivar as ações voltadas para as necessidades reais da região.

## **A saúde mental na região do FPISMO**

### **Saúde mental ou Atenção Psicossocial?**

Ao refletir sobre a disputa de sentidos constante no campo da saúde mental, e conseqüentemente em espaços como o Fórum, onde se discute a saúde mental, posso entender como uma das principais disputas a relacionada ao modelo de saúde e de saúde mental que cada profissional reproduz em sua prática diária.

Ainda temos, em sua maioria, uma lógica de cuidado voltada à saúde mental em nossa região, um cuidado fragmentado de exclusão. Dessa forma, conforme expliquei no capítulo 2, ao longo do texto falarei de saúde mental, porque esta parece ser a prática na região. Porém, desejo e trabalho para que se conquistem cada vez mais espaços de produção de um cuidado a partir da lógica da Atenção Psicossocial, um cuidado integral e acolhedor ao sujeito em sofrimento psíquico.

Relembro que muitas das práticas em saúde e conseqüentemente em saúde mental, ainda hoje, pautam-se em um modelo biomédico e psiquiátrico, pois consideram o médico como centro do modelo e o hospital como única forma de tratamento para pessoas em sofrimento psíquico (AMARANTE, 1996).

Já se as ações em saúde e saúde mental estiverem voltadas para efetivar na atenção e na gestão a lógica da Atenção Psicossocial, estas serão pautadas pelos princípios e diretrizes que buscam efetivar o SUS, como por exemplo, a clínica ampliada, o território, etc. Entende-se que essa clínica não desvaloriza as abordagens disciplinares, mas as integra, considerando a complexidade do trabalho em saúde, de forma transdisciplinar (BRASIL, 2009 b).

A Atenção Psicossocial focaliza-se no desenvolvimento da prática no território, e tem o sujeito em sofrimento como centro do processo, em que as

possibilidades de respostas são muitas, em rede e de forma intersetorial. Em um processo que possibilite a responsabilização de todos, propiciando espaços de escuta, de diálogos e conversas possíveis entre todos os envolvidos no caso.

Com o início da Reforma Sanitária Brasileira e da Reforma Psiquiátrica, as quais convidam a organização de espaços coletivos para uma maior participação popular, há a possibilidade da configuração de espaços que desejam se fundamentar nos princípios da Atenção Psicossocial e o espaço Fórum pode ser um deles.

Portanto, ocorre mudança radical da visão e das ações voltadas para o sujeito em sofrimento psíquico, as quais antes estavam pautadas em um paradigma psiquiátrico para uma lógica da Atenção Psicossocial. Tal paradigma coloca o sujeito como o centro das ações, ações estas ocorridas em rede, realizadas por equipes transdisciplinares e dentro de uma clínica ampliada, sustentadas por uma atenção que se preocupa com os efeitos éticos e políticos dos serviços públicos oferecidos, bem como a participação do sujeito em seu projeto terapêutico singular, além da responsabilização do profissional. Surgimento de uma possível atitude de envolvimento dos atores com o sofrimento daquele sujeito, que conversa e dialoga, que pensa em vida. Espaços como o Fórum podem ser potencializadores de vez e voz.

Esse processo de mudança de paradigma produz questões, discussões e embates que permeiam a realidade dos profissionais que atuam na saúde mental em nosso país e também a realidade de cada município do CGR de Ourinhos. Dentre essas questões e discussões relacionadas ao processo de construção do FPISMO, podemos citar a pouca existência de uma rede, o olhar ainda bastante fragmentado diante do usuário do serviço, a alta medicalização, uma gestão pouco participativa, insuficiência de recursos humanos, poucos espaços deliberativos ou não que realmente possibilitem uma participação cidadã e pouca importância atribuída aos pacientes em sofrimento psíquico e/ou às questões relacionadas à saúde mental.

Ao analisar a realidade dos municípios do CGR de Ourinhos quando questionados sobre se possuíam equipe de saúde mental, por exemplo, os profissionais se referiam apenas a presença ou ausência do psicólogo e/ou psiquiatra. Ao responder dessa forma reduziam as questões da vida aos cuidados

somente desses componentes, o que acabava por não incluir as demais categorias profissionais na equipe de saúde mental.

Os profissionais mais ligados às questões de saúde mental pouco refletiam sobre a sua prática e recorrentemente os gestores de saúde recebiam mandados determinando internações psiquiátricas. Estas eram consideradas a única forma de tratamento para os casos mais complexos e a pressão para ações mais efetivas “contra” as drogas era grande. Cenário não diferente na maioria do país.

Esse era o principal panorama existente em nossa região antes do início do processo de construção do FPISMO e da realização, em fevereiro de 2011, da I Oficina de Planejamento da Política Intersetorial Regional sobre crack e outras drogas, a qual será detalhada mais adiante. Não que o FPISMO tenha dado conta dessas questões complexas, porém conforme perceberão ao longo do texto, algumas ações e situações concretas foram pensadas a partir dessa constituição.

A realização do evento e a grande participação de todos os envolvidos permitiu realizar um diagnóstico da saúde mental por município. Percebeu-se que a maioria dos municípios contava na época apenas com estabelecimentos de saúde, como as UBS's, e com sua secretaria de saúde para tratar da questão da dependência química, não havendo ainda uma rede efetivamente constituída para esses e outros assuntos relacionados à saúde mental. Todos os municípios apostavam na capacitação dos profissionais para constituir essa rede, como se isso fosse a “resposta” para tudo. Ou acreditavam que a realização de ações preventivas eram as mais indicadas. O trabalho com os casos complexos não era visto como uma opção.

Diante dessa situação e para tentar pensar em estratégias de ação, os participantes da I oficina decidiram constituir o Fórum permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos e, com o decorrer das reuniões do FPISMO, percebeu-se potencialização e fortalecimento dos setores e conseqüentemente da rede que se estava estabelecendo. Os profissionais passaram a ver alternativas possíveis de serem pensadas para o cuidado em saúde mental, e passaram a colaborar para diminuir o olhar fragmentado para o sujeito em sofrimento psíquico.

Dessa forma, além do objetivo de fomentar a criação de um espaço coletivo, os participantes de um Fórum acabam por transformá-lo em espaço de cruzamento e de agenciamento que nesse caso seria coletivo, um espaço partilhado



por todos, mas que não pertenceria a ninguém. Conforme apontam Escóssia e Kastrup (2005, p. 303):

Agenciar é estar no meio, sobre a linha de encontro de dois mundos. Agenciar-se com alguém, com um animal, com uma coisa - uma máquina, por exemplo - não é substituí-lo, imitá-lo ou identificar-se com ele: é criar algo que não está nem em você nem no outro, mas entre os dois, neste espaço-tempo comum, impessoal e partilhável que todo agenciamento coletivo revela.

Assim, ao lerem sobre esse processo de construção do Fórum Permanente Intersectorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos, o lerão sob uma ótica, a da profissional-pesquisadora, mas que é possibilitada por causa dos demais participantes do processo.

## **O espaço Fórum**

Na Roma Antiga, o Fórum era um espaço pavimentado, uma ampla praça pública que ocupava geralmente dois quarteirões, característico das grandes cidades romanas, centro de todo o seu planejamento. Era um lugar de feira onde os habitantes das aldeias vizinhas vinham trocar produtos. A esses lugares de mercado, os romanos chamavam Fora. Devido à sua situação privilegiada, à atividade comercial, aos encontros e discussões que aí se realizavam, esses Fora deram origem a povoações e cidades importantes. É o caso de Roma, que, fundada sobre a colina Palatina, desenvolveu-se em torno de um fórum, que, de mercado, iria tornar-se num centro político. Portanto, na sua origem, a palavra fórum designava o espaço central da cidade – lugar da mais importante atividade política, religiosa, social e comercial. A noção de um Fórum como espaço de intercâmbio mantém-se ainda hoje, embora ligada a novos contextos. Fala-se de Fórum não só para designar um espaço físico urbano bem delimitado, mas, sobretudo para traduzir uma possibilidade de interação, discussão e troca<sup>5</sup>.

A partir dessa definição, podemos identificar a visibilidade nos últimos anos de espaços fóruns, com o objetivo de trocas, compartilhamento e

---

<sup>5</sup> Disponível em <http://www.prof2000.pt/users/hjco/forumweb/Pg000200.htm>, acessado em 07 de setembro de 2011.

posicionamento diante de temas variados. Talvez, dentre os mais conhecidos mundialmente, possamos citar o Fórum Social Mundial que acontece anualmente, desde 2001, e que, em sua página na rede mundial de computadores, se autodefine como “um espaço de debate democrático de ideias, aprofundamento da reflexão, formulação de propostas, troca de experiências e articulação de movimentos sociais, redes, ONGs e outras organizações da sociedade civil”. Esse Fórum ainda se intitula não confessional, não governamental e não partidário, respeita a diversidade e a pluralidade, e se propõe a facilitar a articulação de forma descentralizada e em rede, de entidades e movimentos que lutem, seja local ou mundialmente, “pela construção de um mundo melhor”<sup>6</sup>.

Imbuídos da mesma ideia, no sentido de construção de um espaço coletivo de compartilhamento que articule a rede espaços como o do Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos foram se constituindo, além de outros espaços intitulados fóruns espalhados pelo nosso país em muitos setores e voltados a diferentes temas. Na área de Saúde Mental, podemos citar estudos referentes ao Fórum Gaúcho de Saúde Mental (RUSSCZYK, 2008) e Fórum de Saúde Mental do Estado do Espírito Santo (REIS, 2009). Porém destacamos o pioneirismo desse estudo em registrar o processo de formação de um espaço Fórum regional e intersetorial e não estadual.

Espaços Fóruns deveriam ser considerados instâncias autônomas em relação ao poder público, do qual qualquer cidadão poderia fazer parte, uma vez interessado na temática, o que convidaria à participação social e à gestão participativa, à responsabilidade compartilhada.

Sabemos que, para operacionalizar a participação social, existem os conselhos gestores das Unidades de Saúde, as conferências municipais de saúde, de acordo com a Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Portanto, o espaço Fórum pode ser mais uma oportunidade de a população envolver-se na gestão e atenção dos serviços de saúde.

Campos e Amaral (2007) denominam cogestão ou gestão compartilhada o modo de pensar a concretização/avaliação do cuidado em que se envolvem as equipes e profissionais. Ao funcionar como um espaço possível de

---

<sup>6</sup> Disponível em [http://www.forumsocialmundial.org.br/main.php?id\\_menu=2&cd\\_language=1](http://www.forumsocialmundial.org.br/main.php?id_menu=2&cd_language=1), acessado em 06 de julho de 2012.

participação social, o Fórum convida à cogestão. Quando se propõe ser autônomo, esse espaço reúne trabalhadores, gestores, usuários, o que pode gerar efeitos de gestão compartilhada em espaços institucionalizados como alguns já citados (CGR, Conselhos Municipais, NEPER, comissões intersetoriais municipais etc) e nos territórios em que ocorre o cuidado.

Como exemplo de gestão compartilhada podemos citar que das discussões advindas dos encontros do Fórum foram levantadas temáticas importantes, e os técnicos, juntamente com os gestores de saúde e outros setores interessados, puderam levar e concretizar propostas apoiadas e deliberadas em espaços legais.

Dentre as temáticas discutidas, destaco o cuidado ao dependente químico. Essa discussão culminou no evento realizado em setembro de 2011 (I Seminário Intersectorial Regional: “Rede de cuidado ao dependente químico”, detalhado mais a frente) e despertou os gestores para a necessidade de solicitação de CAPS ad e NASF para a região (não temos equipamento desse tipo na região). Esse foi um momento em que ocorreu de fato a gestão compartilhada do cuidado, pois os gestores deram oportunidade para discussões, as quais permitiram que decisões fossem tomadas de forma conjunta.

A responsabilidade compartilhada pode ser definida como pactuação de compromissos e compartilhamento do gerir e do cuidar por meio de arranjos de gestão (BRASIL, 2009 c). O espaço Fórum convida ainda a uma responsabilidade compartilhada por meio da intersectorialidade. Os atores envolvidos nas temáticas podem assumir a autonomia necessária para a efetivação de mudanças e responsabilizar-se pelo que lhe cabe, e ainda corresponsabilizar-se pelas questões definidas como coletivas.

Podemos citar como exemplo de responsabilidade compartilhada e efeito das reuniões do FPISMO, a criação de reuniões municipais intersectoriais para discussão de casos e planejamento de ações conjuntas principalmente entre as secretarias de saúde, assistência social e algumas vezes educação. Pelo menos um terço dos municípios que participam do espaço do Fórum Permanente Intersectorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos relataram concretização de ações em conjunto relacionadas à saúde mental, como projetos de prevenção nas escolas (sexualidade e drogas), promoção de saúde na cidade (caminhadas, atividade

física), e divulgação para a sociedade das atividades desenvolvidas (elaboração de cartilha, gibi, folders).

Ao discorrer sobre a importância do diálogo entre os setores, Yasui (2010, p.142) ressalta que o acolhimento ao usuário e a responsabilização de cada um no processo seria essencial para a efetivação até de espaços coletivos:

Acolher e responsabilizar-se não são importantes conceitos apenas para a produção de cuidado e para a organização dos serviços substitutivos de saúde mental: são instrumentos conceituais centrais para uma proposta de mudança de modelo assistencial em saúde.

Na região de Ourinhos, o Fórum foi definido como um espaço coletivo de discussão, com intuito de refletir sobre as ações e as políticas, além de levantar propostas a serem levadas aos órgãos competentes, num primeiro momento, para o cuidado à dependência química e depois outros assuntos relacionados à saúde mental, visando à qualidade de vida e à promoção de saúde da população, estabelecendo-se como possibilidade de gestão compartilhada através de uma rede intersetorial em saúde mental.

Aqui em nossa região, o Fórum tem-se configurado como um espaço em que profissionais de alguns setores e, às vezes, alguns gestores de saúde (há pouca participação de usuários e familiares ainda) possam compartilhar e pensar a gestão e a atenção do cuidado em saúde mental e, conseqüentemente, serem convidados à reflexão sobre a responsabilidade compartilhada.

Porém, ainda há dúvidas se podemos considerá-lo um espaço autônomo, pois as reuniões do FPISMO ocorrem em horário de trabalho dos profissionais, e, por ocasião do evento, estes necessitam ser liberados de suas atividades para poderem participar. Então, até que ponto esse espaço é realmente autônomo em relação ao poder público? Deveria sê-lo? Não temos respostas concretas com relação a essa questão. Mas, notamos que existem pontos positivos, dessa “vinculação” aos serviços como a possibilidade de levar assuntos relevantes para discussões nos espaços colegiados; e pontos negativos como a dificuldade em realizar algumas ações que demandariam participação maior dos profissionais, como em mais de um encontro do Fórum ao mês ou fora do horário de trabalho.

Refletir sobre gestão participativa, responsabilidade compartilhada e participação social, leva-nos à questão de como exercemos a prática profissional em

nosso território. A não participação da população nos espaços coletivos, sejam deliberativos ou não, deveria nos fazer pensar em como vemos o usuário do serviço, de forma fragmentada ou integral e em como o acolhemos.

Segundo Passos e Benevides (2006, p.24),

o acolhimento seria um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde implica a responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a chegada até a saída, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários. Garantindo atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

Na Saúde Mental, torna-se imprescindível a atuação de profissionais que desenvolvam na prática esse conceito. Faz-se indispensável compreender o entendimento da integralidade que passou a abranger outras dimensões, e dessa forma, aumentar a responsabilidade do sistema de saúde com a qualidade da atenção e do cuidado.

A integralidade implica, para além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário (BRASIL, 2006 b).

Conforme afirmam Ceccim e Feuerwerker (2004, p.50), “transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas”.

Os encontros de espaços Fórum podem ser oportunidades para que os participantes reflitam sobre sua prática, analisem seu processo de trabalho e proponham melhorias nas ações e nas relações que se estabelecem em seus territórios. Assim sendo, podemos afirmar que os encontros de espaços Fórum

colaboram para a transformação da saúde, pois possibilitam o devir de um protagonismo, de uma análise da implicação dos profissionais na sua prática.

### **Percursos até o Fórum**

L'Abbate (2012, p.200) afirma que “elucidar a transversalidade significa analisar os vários tipos de vínculos institucionais dos participantes, a fim de diminuir a cegueira institucional”. Ao discorrer sobre os percursos até o FPISMO, em alguns momentos pretendemos analisar os pertencimentos e vínculos institucionais dos participantes que possam ter interferido na forma de atuarem e dificultado ao grupo refletir sobre sua autonomia e aumentá-la (ora com postura de grupo sujeito ora com a de grupo sujeitado).

Procuraremos então, perceber como os participantes do FPISMO se organizaram dentro desse processo de construção. Levando em consideração que,

Nesse contexto, o grupo sujeitado é o que se orienta por uma heteronomia, ou seja, se submete a uma orientação que vem de fora; o grupo sujeito, ao contrário, se orienta por uma autonomia, construída a partir de dentro. A intenção de toda análise é contribuir para a mudança de sujeitado em sujeito e o que possibilita tal transformação é o aumento do coeficiente de transversalidade no grupo, que ocorrerá a partir do momento em que o grupo apreende a existência dos seus pertencimentos de ordem vertical e horizontal. (L'ABBATE, p. 204, 2012).

Para que algumas questões sejam elucidadas, destacarei alguns pertencimentos e vínculos institucionais dos participantes percebidos diante da constituição do FPISMO. Por exemplo, pude perceber que muitos dos participantes dos eventos iniciais e depois mensais do FPISMO, tinham como características comuns o pertencimento ao serviço público e o forte vínculo institucional com a Saúde e/ou com a Saúde Mental.

É importante destacar tal situação, pois fator será marcante durante todo o processo relatado, vez que orientará muitos interesses particulares e coletivos na direção de uma visibilidade não somente para um espaço de discussão da saúde mental, mas para gestores e profissionais de saúde mental (que pareciam esquecidos, sob condições não valorizadas de trabalho) e até mesmo para dar

visibilidade aos interesses políticos, e mostrar à sociedade que alguma ação estaria sendo realizada em prol da Saúde Mental. Ou seja, esse espaço foi e pode continuar sendo “usado” por muitos como meio de se obterem ganhos secundários intencionais ou não.

O grupo dos participantes do FPISMO algumas vezes se posicionou como um grupo sujeito, quando, por exemplo, decidiu realizar concurso nas escolas para falar do Fórum, quando decidiu realizar eventos sobre saúde mental e quando propôs a discussão de temas importantes para a região, isso fez os assuntos chegarem ao grupo técnico de saúde mental e ao CGR.

Mas, em inúmeras outras situações, portou-se como um grupo sujeitado, quando se deixou guiar pelo discurso de apenas algumas pessoas, ficou indiferente se o posicionamento realmente representava o que o grupo pensava sobre o assunto, como com relação às internações compulsórias e o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos. Alguns poucos participantes decidiram o que o FPISMO pensava sobre isso e os demais concordaram.

A oportunidade de sermos sujeitos ativos e autônomos algumas vezes assusta e faz recuar, pois, por parecer que estamos sozinhos, ficamos inseguros no processo. Concretizar essa postura ativa diante de um grupo é ainda mais difícil, pois se constitui em um exercício que muitos resistem a executar por acarretar assumir as consequências de decisões e ações as quais se guiam principalmente por causas internas e não somente por causas externas. Acarreta ainda, o querer analisar as próprias implicações, o que não é tarefa fácil. Percebo que os profissionais não gostam de se expor, admitir dificuldades no desenvolvimento de ações, preferem não analisar suas práticas, pois é uma análise difícil que pude perceber em mim nesse processo de profissional-pesquisadora.

Descreverei os movimentos iniciais do FPISMO, sem desconsiderar o esforço e o protagonismo de muitos profissionais que se empenharam na construção do FPISMO, mas também sem ser ingênua sobre alguns atravessamentos subjacentes a esse processo.

O Fórum Permanente Intersectorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos nasceu da angústia e da necessidade presentes no dia a dia dos gestores e profissionais de saúde mental que atuam na região do Colegiado de Gestão Regional de Saúde (CGR) de Ourinhos, relacionadas à escassez de equipamentos de saúde (dos municípios que fazem parte do CGR, somente os dois maiores em

número de habitantes, Ourinhos e Santa Cruz do Rio Pardo, possuem CAPS II) para apoio e cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, bem como à dificuldade de articulação com os demais setores que de uma forma ou outra poderiam estar envolvidos com a saúde mental.

Dentre os processos e ações que estão relacionados e antecedem a criação do FPISMO na região do CGR de Ourinhos, temos em 2008 a organização do Núcleo de Educação Permanente (NEPER). Na época, através do Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS – CDQSUS do Departamento Regional de Saúde de Marília – DRS IX de Marília, realizaram-se oficinas com o objetivo de analisar os problemas, as causas dos problemas e as consequências dos problemas de saúde da região. Como resultado dessas oficinas ocorreu a elaboração do Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS) onde já surgia a questão da dependência química como uma das necessidades em saúde.

Assim, em 2009, um dos municípios que fazem parte do CGR de Ourinhos iniciou localmente a discussão sobre questões relacionadas à saúde mental com os outros setores; e como uma das primeiras demandas trazidas pelos participantes das reuniões surgiu a questão da dependência química. Destacamos que esse não é um problema de saúde pública que afeta apenas as metrópoles ou grandes centros urbanos. Muitos municípios de pequeno e médio porte apresentam demandas expressivas de cuidado ao dependente as quais mobilizam a saúde e outros setores. Durante essas reuniões, percebeu-se a dificuldade dos profissionais dos vários setores em lidar com o tema, então o gestor e os técnicos de saúde mental daquele município foram buscar parcerias para tentar pensar possibilidades para essa questão. A temática foi então levada pelo gestor e pelos técnicos desse município para a Câmara Técnica e para o CGR para tentar a ampliação da discussão.

Frente a essa demanda, o CGR de Ourinhos, composto por 12 municípios (Bernardino de Campos, Canitar, Chavantes, Espírito Santo do Turvo, Ipaussu, Óleo, Ourinhos, Ribeirão do Sul, Salto Grande, Santa Cruz do Rio Pardo, São Pedro do Turvo e Timburi), iniciou uma discussão mais ampla com a participação dos gestores de saúde e seus técnicos e com o apoio técnico de docentes da UNESP-Assis, na busca de propostas e alternativas. Esses docentes, que possuíam aproximação com metodologia ativa da educação permanente, foram convidados para participar da elaboração de projetos de EP para compor o Plano de



Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS) 2010 e 2011 e da elaboração de uma oficina regional, para realizar a orientação e a capacitação dos facilitadores dos grupos de discussão do evento.

Realizou-se, então, a I Oficina de Planejamento da Política Intersetorial Regional sobre crack e outras drogas, em fevereiro de 2011 (dois encontros). No primeiro dia, o objetivo era pensar regionalmente a questão da dependência química, e realizar um levantamento de problemas comuns aos 12 municípios que fazem parte do CGR e, no segundo dia da oficina, o objetivo foi propor diretrizes para enfrentar a problemática regionalmente. Estabeleceu-se que os municípios participantes deveriam realizar uma atividade de dispersão, a qual seria uma reunião intersetorial no próprio município para levantamento de sugestões e propostas de enfrentamento do problema.

No primeiro dia do evento, participaram cerca de 180 pessoas. A maioria dos setores da sociedade se fez representar como educação (25 participantes), saúde (90 participantes), assistência social (49 participantes), esportes (2 participantes), lazer (2 participantes), turismo (1 participante), obras (1 participante), desenvolvimento econômico (1 participante), segurança pública (3 participantes), judiciário (2 participantes), poder legislativo (2 participantes) e executivo (2 participantes) dos 12 municípios do CGR.

No segundo dia, estiveram presentes cerca de 140 participantes, os quais, como representantes de seus municípios, socializaram a atividade de dispersão e, como resultado da oficina, estabeleceram-se algumas diretrizes regionais e se propôs a criação de uma rede intersetorial em saúde mental. Oito dos doze municípios relataram que continuaram a realizar reuniões mensais para estabelecer a rede intersetorial municipal, de acordo com as diretrizes propostas e, regionalmente, iniciou-se a construção do Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos.

A partir dessas discussões citadas acima, dos levantamentos realizados pelos municípios, e do diálogo, construíram-se diretrizes para que a rede se consolidasse intersetorialmente na região e em cada município. As diretrizes propostas na I Oficina foram:

- ✓ Construção de uma Linha de Cuidado para a atenção a dependência química que inclua outros setores e segmentos;

- ✓ Gestão participativa na condução da rede que integrará as políticas e ações à dependência química;
- ✓ Integração das diferentes políticas e ações realizadas no município e na região;
- ✓ Qualificação Permanente dos profissionais de todos os componentes da rede sobre a dependência química;
- ✓ Construção de uma rede municipal e regional de atenção integral à dependência química;
- ✓ Integração Ensino-Serviço na formação e qualificação da rede de atenção da dependência química;
- ✓ Monitoramento e avaliação permanente das ações e políticas públicas realizadas no município e na região;
- ✓ Publicização e ampla divulgação das políticas e ações existentes no município e região à dependência química.

Em março de 2011, ocorreu a reunião da comissão da relatoria da I Oficina e a intensificação do desejo desses profissionais de que todos os meses houvesse reuniões intersetoriais regionais para dar continuidade à discussão das questões de saúde mental da região. E, em 13 de abril de 2011, ocorreu a primeira reunião designada por todos os participantes como do Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos. Essa reunião contou com a participação de oito municípios dos doze que fazem parte do CGR de Ourinhos. Em maio de 2011, foi criado um blog que deve ser alimentado com notícias sobre saúde mental (<http://forumintersetoriaisaudementalourinhos.blogspot.com.br/>), o qual se propõe a ser um canal de comunicação entre os participantes e interessados no Fórum.

O evento da I Oficina pode ser considerado um marco para a Saúde Mental na região do CGR de Ourinhos, pois mobilizou o início do FPISMO dois meses após sua realização e, conforme registro em ata do CGR de junho de 2011, houve a criação do grupo técnico de saúde mental e a proposta de realização do curso de qualificação de apoiadores para constituição da rede intersetorial no cuidado à dependência química, de acordo com as solicitações dos participantes da oficina.

Com a criação desses espaços (FPISMO e Grupo técnico de Saúde Mental), os municípios começaram a refletir não só sobre questões relacionadas à

dependência química, o que até então não se cogitava, bem como outras possibilidades de tratamento sem ser a internação, e as reuniões municipais intersetoriais para se conversar sobre assuntos de interesse de todos com a possibilidade de formação de uma rede intersetorial em seus municípios.

Pelo compartilhar das experiências municipais nas reuniões mensais do Fórum nos últimos dois anos, percebeu-se que houve cotidianamente a tentativa de realizar ações municipais de acordo com as diretrizes propostas. Ao menos metade dos municípios relatou reuniões municipais intersetoriais para discussão de casos e planejamento de ações com relação principalmente à dependência química. Um dos municípios ganhou o prêmio “David Capistrano” do Conselho Estadual de Secretários de Saúde (COSEMS), em março de 2012, como uma experiência exitosa em saúde, por realizar a formação da rede intersetorial municipal no cuidado à dependência química.

Pode-se afirmar que algumas das diretrizes da I Oficina de Planejamento da Política Intersectorial Regional sobre crack e outras drogas têm sido seguidas de forma parcial. Por exemplo, a construção da rede intersectorial municipal, pois nem todos os municípios do CGR de Ourinhos conseguiram avançar nesse ponto, no caso, dois municípios; outros quatro iniciaram, mas não se mantiveram de forma frequente; portanto, somente metade dos doze municípios continua relatando a constância nas reuniões municipais intersectoriais.

Outras diretrizes foram seguidas de forma integral. Uma delas é a publicização das ações municipais e regionais com relação à dependência química e a capacitação dos componentes da rede por meio do Curso de Qualificação de Apoiadores para Constituição da Rede Intersectorial no Cuidado à dependência química. Foram oferecidas 160 vagas para todos os setores dos doze municípios da região, todas elas preenchidas com inscrições. Por ser este um dos principais “pedidos” dos participantes do FPISMO, o curso, que será detalhado mais à frente, trouxe a possibilidade de aprimoramento na temática não somente aos profissionais da saúde, mas também de outros setores.

Porém, temos as diretrizes a serem ainda alcançadas como, por exemplo, a integração Ensino-Serviço na formação e qualificação da rede de atenção à dependência química. O contato com as Faculdades e Universidades da região ainda se faz de forma isolada por um ou outro município, mas não de forma

conjunta e regional, o que poderia fortalecer a inserção e formação de estudantes para atuação na saúde pública e na mental.

### **Espaços instituídos e espaços instituintes: CGR/DRS/CDQSUS e o FPISMO**

As encomendas e demandas provenientes dos encontros mensais do FPISMO muitas vezes se constituíram em provocações e incômodos aos atores envolvidos na gestão e na Atenção Psicossocial no território do CGR de Ourinhos.

Com a análise do cenário local e regional perceberam-se as muitas dificuldades para se abordar, com uma postura ética diferente, as questões relacionadas nos encontros do Fórum e dialogar com os outros setores na tentativa de construção de uma rede intersetorial.

Esse cenário difícil e complexo que envolve a Saúde Mental reafirmou a necessidade de uma atuação diferenciada dos profissionais que desejavam uma Atenção Psicossocial. Todavia, uma das principais conquistas no CGR de Ourinhos, foi a possibilidade de setores diversos sentarem para conversarem, articularem, compartilharem e tentarem transformar o contexto inicial relacionado ao sofrimento psíquico na região e nos municípios. O que não ocorria anteriormente.

Essa forma de atuação diferenciada diante do sofrimento psíquico e o fortalecimento de ações voltadas à Atenção Psicossocial na região do CGR de Ourinhos chamou a atenção de estabelecimentos como o Departamento Regional de Saúde e o Colegiado de Gestão Regional que possuíam interesse técnico e político em dar respostas à sociedade para a situação das pessoas em dependência química.

Esses espaços constituídos e instituídos apoiaram o início do processo de construção do FPISMO. A concessão aberta por eles propiciou que o protagonismo de alguns profissionais e gestores, não só da saúde, ajudassem a sustentar as ações iniciais do FPISMO, mantendo a ousadia de se pensar em rede. Nesse sentido, podemos dizer que esse início do FPISMO se configurou como um momento instituinte, pois pôde emergir no meio do instituído de forma a se configurar como possibilidade de dispositivo de transformação, e dar visibilidade à

potência de espaços micro, apesar da disputa de sentidos constante nessas propostas.

Mas, qual a origem desses estabelecimentos?

A regionalização da saúde inscreve-se no contexto das políticas de redemocratização que o país vem vivenciando desde a Constituição Federal de 1988. O texto constitucional inovou o desenho federativo nacional, visto que atribuiu autonomia aos três entes federados, definiu suas competências tributárias e promoveu a descentralização política e administrativa das unidades de governo. Instituiu, portanto, a concepção de federação trina e, com isso, propiciou aos municípios *status* de entes gestores da federação, com poderes similares aos dos estados e da União (BRASIL, 2006 c).

Os Departamentos Regionais de Saúde das atuais Coordenadorias de Regiões de Saúde foram (re) organizados pelo Decreto Nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006, o qual estabelece como finalidades em seu artigo 4º:

- I - contribuir para a qualidade de vida da população das respectivas regiões, coordenando, articulando e organizando e gerenciando o sistema de saúde loco-regional;
- II - identificar a necessidade de compra de serviços de saúde;
- III - promover a articulação dos sistemas metropolitanos de saúde;
- IV - avaliar, acompanhar e estabelecer a cooperação técnica dos sistemas de saúde;
- V - tornar disponíveis e dar publicidade às informações de saúde e gerenciais que viabilizem o controle social do desempenho do sistema de saúde;

A partir dessa organização, dentro da estrutura dos DRS's surgiram os Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQSUS). Estes, por sua vez, têm por atribuições, de acordo com o decreto citado acima:

- IV - através do Núcleo da Qualidade e Humanização das Ações de Saúde:
  - a) implementar programas para o desenvolvimento das políticas públicas através do monitoramento contínuo dos indicadores de qualidade e de impacto das ações de saúde no nível regional; (...)
  - f) implementar os programas de humanização do SUS e incentivar as práticas humanizadoras a nível dos municípios;
- V - através do Núcleo de Educação Permanente para o SUS:
  - a) contribuir para o desenvolvimento dos programas de formação e desenvolvimento dos recursos humanos do SUS Regional; (...)
  - d) manter programas permanentes de formação de profissionais do SUS;

Sua criação reafirmou a valorização da Secretaria Estadual de Saúde às Políticas Públicas que visam ao desenvolvimento dos trabalhadores do SUS e à qualificação das ações desenvolvidas por esses trabalhadores, além de realizar apoio à gestão, coordenar processos de Educação Permanente e Humanização, através de apoio técnico aos municípios, de forma a colaborar na construção de planos de intervenção e projetos de mudança; e, promover a integração e articulação regional da gestão, atenção, formação e controle social.

Desse modo, o CDQSUS, em seu processo de trabalho, contribui para a criação de espaços coletivos de reflexão permanente dos processos de trabalho em saúde, isso estimula as parcerias através da articulação de ações, movimentos e pactuações para a implementação das políticas públicas de saúde. Além de instituir ações de Planejamento Regional para definir prioridades, responsabilidades e apoio/parcerias para o planejamento local – subsidia a tomada de decisão com a elaboração do PAREPS.

Outro benefício de uma boa atuação do CDQSUS é a aproximação do DRS com os Municípios, pois propicia contato direto com as experiências desenvolvidas e a realidade dos municípios, e, conseqüentemente, a construção de projetos de intervenção a serem organizados coletivamente.

Assim, a partir dessa reorganização do cenário e com a introdução da Educação Permanente, da Humanização e do CDQSUS nos processos de trabalho regionais e municipais, espaços coletivos de cogestão foram criados com poder deliberativo como é o caso dos CGR - Colegiados de Gestão Regional; das Câmaras Técnicas – CGR, dos Núcleos de Educação Permanente e da Comissão de Integração Ensino/Serviço – CIES.

Trabalhar na lógica das políticas de humanização e educação permanente, as quais embasam esses cenários de sustentação dos espaços coletivos, é trabalhar na lógica de empoderamento do cidadão como Sujeito, seja trabalhador, usuário ou gestor.

Com a Educação Permanente (EP), por exemplo, há o reconhecimento de que todos os atores são protagonistas, agentes ativos do conhecimento. Cada um com seu saber, mas com compartilhamento, o que possibilita construir novos significados para velhos problemas. A EP se propõe a mudar as práticas através de ações educativas por meio das rodas de conversa entre os diferentes atores com objetivos comuns.

Ao relacionarmos as políticas de EP e Humanização, temos pontos convergentes que antecedem e inspiram a construção de espaços coletivos de discussão como o do Fórum Permanente Intersectorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos. Dentre esses pontos, que podem e devem ser alcançados em espaços coletivos, podemos citar: a produção de sujeitos autônomos, criativos, reflexivos, envolvidos com o trabalho e com os usuários; o fortalecimento de práticas de corresponsabilidade – cogestão. Um espaço em que as ações de planejamento, execução, monitoramento e avaliação são realizadas por todos. Há o compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, e a estimulação dos processos de educação permanente.

Devido às questões claras de pressão política e social, temos como essencial na configuração inicial do FPISMO, a participação ativa do CGR. O Colegiado de Gestão Regional (CGR) não só deve operar como espaço permanente de pactuação e cogestão solidária, mas também garantir e aprimorar a aplicação dos princípios do SUS. Suas decisões devem se dar sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e o comprometimento de todos com os compromissos pactuados. Deve ser um espaço imprescindível a um processo de regionalização qualificado.

No estado de São Paulo, os CGR estão instituídos desde 2007 com uma agenda que envolveu a pactuação da PPI (Programação Pactuada Integrada), a alocação de novos recursos financeiros de média e alta complexidade, a definição dos serviços de saúde que integram o Pró Santas Casas e o perfil dos AME (Ambulatório Médico de Especialidades). Os gestores de saúde discutem os projetos de requalificação das regiões de saúde, com o apoio dos articuladores da atenção básica, apoiadores COSEMS (Conselho de Secretários Municipais de Saúde) e das universidades.

A publicação da Portaria GM 1996/07 descentralizou para os CGR's a responsabilidade da condução regional da Política de Educação Permanente em Saúde, e também da utilização dos recursos. O Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQSUS) do DRS IX – Marília fez uma aproximação com os CGR's e Câmaras Técnicas, com o objetivo de melhor entendimento dos papéis dos diferentes atores e instâncias. Nesse processo de Educação Permanente em Saúde, buscou-se conciliar o preceito legal com as necessidades regionais. E assim

foram constituídos o CIES (Centro de Integração Ensino-Serviço) Oeste Paulista e a NIES (Núcleo de Integração Ensino-Serviço) da Região de Marília.

Na busca de melhor utilização do recurso financeiro da Educação Permanente em Saúde, o CDQSUS e Técnicos do Planejamento do DRS IX Marília, apoiaram os CGR's, inclusive o de Ourinhos e a Câmara Técnica na identificação de problemas que poderiam ser trabalhados pela Educação Permanente em Saúde. Foi quando ocorreram as oficinas iniciais que elaboraram os primeiros Planos Regionais de Educação Permanente (PAREPS) no CGR de Ourinhos, e entre as necessidades de saúde da região, as relacionadas com a saúde mental.

Pelo histórico do FPISMO, apresentado ao longo do texto, é possível perceber essa parceria com o CGR local. Porém, a intenção de muitos gestores era dar resposta à sociedade diante da dependência química, ou mesmo de aproveitarem a oportunidade e a visibilidade possível para se autopromoverem visando a cargos mais altos na esfera da Saúde, vez que a criação do FPISMO antecedeu eleições estaduais (2011) e municipais (2012).

A visibilidade da questão da dependência química, mesmo que de forma manicomial e moralista, fez com que muitos gestores se voltassem para as questões de saúde mental, porém especificamente às de dependência química. Apoiar ações e espaços que estavam pensando e discutindo o assunto, como era o caso do FPISMO, manteve alguns gestores em foco de forma positiva porque estariam de alguma forma olhando para as pessoas que além de estarem sofrendo, estavam "incomodando" a sociedade.

Contudo, não se pode negar que esse fato propiciou que o Fórum tivesse seu início e o CGR, de alguma forma, desempenhasse o papel que lhe cabe. Ou seja, funcionar como um mecanismo instituído pelo Pacto, como espaço de decisão no âmbito regional por meio da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização da rede regional de atenção à saúde. No caso específico da rede regional de atenção à saúde mental, mais tarde nomeada Rede de Atenção Psicossocial.

Esse "bom" relacionamento e "união" do Núcleo de Educação Permanente, Humanização, DRS, CGR, fez com que o Fórum iniciasse seu funcionamento e se mantivesse inicialmente com o apoio dessas instâncias. A análise dessa relação possibilita ir além e considerar que os relacionamentos estão presentes em todos os lugares em que há seres humanos; portanto também nas



instituições. A percepção do trabalho, o estar em relação faz com que o homem se situe em um tempo e em um espaço. Somos humanos, percebemos, vivemos em um tempo e em um espaço, estamos no mundo e fazemos os estabelecimentos.

*Ninguém nasce feito, é experimentando-nos no mundo que nós nos fazemos.*

*Paulo Freire*

## CAPÍTULO 4

### AS REUNIÕES DO FÓRUM E ALGUNS ANALISADORES

Ao descrever as reuniões do Fórum, tentarei me inspirar no conceito de analisadores, proveniente da Análise Institucional, para destacar algumas situações que produziram efeitos e/ou que “permitiram fazer aparecer a instituição invisível” (LOURAU, p.35, 1993).

Para L’Abbate (2012, p. 200), explicitar os analisadores seria mostrar “fatos e situações que surgem de forma imprevista, ou não, no processo de intervenção e que permitem identificar aspectos contraditórios e ocultos do grupo e da organização na qual os participantes se inserem”. Dentre esses analisadores possíveis com relação ao Fórum destaco: O Fórum como espaço de reflexão sobre a dependência química; A quem pertence um espaço aberto como o Fórum?; A dificuldade da efetivação da corresponsabilização; Parcerias intersetoriais possíveis e Múltiplas questões sobre o que é o Fórum.

Irei relatar, ao longo desse capítulo e a partir desses analisadores, as reuniões mensais dos participantes do Fórum. Ao fazê-lo, porei em destaque alguns fatos que considero importantes para compreensão do movimento. E, no final do capítulo, explanarei sobre a configuração do Fórum Permanente Intersectorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos (FPISMO) e sobre as reuniões do Fórum em 2013.

O FPISMO não é o único movimento dessa natureza na região do Departamento Regional de Saúde de Marília (DRS IX), antes e inspirado por eles existia o Fórum de CAPS e o Fórum Permanente de Saúde Mental da Região de Assis. Em maio de 2012, foi criado o Fórum Permanente de Saúde Mental de Presidente Prudente. Tais movimentos aconteceram em territórios geograficamente próximos, o que nos leva a considerar que os efeitos de ações coletivas, mesmo que em espaços locais, expandem-se.

## **O Fórum como espaço de reflexão sobre a dependência química**

Para Duarte e Dalbosco (2011, p.26), o avanço das drogas e suas complexas relações com violência e criminalidade têm exigido do governo e da sociedade para essa questão respostas que caminhem para além da repressão. Essa percepção fortalece ações de prevenção e estratégias de informação sobre os efeitos do uso para a população.

Ao conversamos sobre a dependência química é importante compreender que, de acordo com Bauman (2001), para a sociedade de consumo, a condição humana nos impele à satisfação imediata dos impulsos e que podemos não nos envolver com as drogas, mas podemos, muitas vezes sem críticas, envolver-nos com o consumismo exacerbado de roupas, sapatos, alimentos; com os gastos descontrolados do dinheiro, relações passageiras e superficiais; tudo em nome do prazer imediato. O princípio é o mesmo do uso descontrolado de drogas; porém, como tudo na vida, as consequências de cada um desses atos são diferentes e isso precisaria ser refletido.

A necessidade de reflexão sobre a dependência química, suas consequências e efeitos foi determinante para o processo que desencadeou a constituição do Fórum. A busca por maior entendimento do tema, que incluía o cuidado com as pessoas em sofrimento e ações mais efetivas em prevenção e tratamento era o interesse que muitos dos profissionais expressavam nas primeiras reuniões do FPISMO.

Segundo Duarte (2011, p.236), o aumento do consumo e da variedade de drogas experimentadas nos últimos anos leva o uso de drogas a um importante problema de saúde pública e convoca a ações de prevenção, no sentido da reflexão dos riscos à vida.

A organização do Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos responde a essa convocação, no sentido de tentar pensar de forma conjunta algumas possibilidades de ações de prevenção ao uso abusivo de drogas.

Uma das primeiras ações dos participantes do Fórum foi a realização de um concurso nas escolas para escolha de um logo e uma frase para o FPISMO. Tínhamos como objetivo, naquele momento inicial, dar visibilidade à existência desse espaço, mostrar preocupação com a questão das drogas e de certa

forma responder ao apelo midiático que convocava os setores públicos a agir nessa questão.

Como resultado dessa ação, acreditávamos que os educadores percebessem a importância de se trabalhar com o tema na escola, desmitificá-lo e, dessa forma, esclarecer possíveis dúvidas dos alunos.

Em 2011 e 2012, as reuniões do Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos ocorreram uma vez ao mês. Em 2011, os encontros iniciais (abril, maio e junho) foram direcionados à organização desse concurso nas escolas públicas e privadas da região trabalhando com o tema drogas, visando à criação de uma logomarca e uma frase para usarmos na divulgação do FPISMO.

A proposta aos alunos da rede pública e privada de cada um dos doze municípios do CGR de Ourinhos que quisessem participar, foi que os educandos do ensino fundamental (sexto ao nono ano) participassem com um desenho e os educandos do ensino médio participassem com uma frase.

Foi produzido e distribuído pelos participantes do Fórum um cd com sugestões de vídeos e palestras sobre drogas numa linguagem adequada à faixa etária, para ser trabalhado pelo professor com os alunos, em sala de aula, antes da confecção da frase e do desenho.

O concurso foi organizado em três etapas: a primeira na escola, depois no município e então regional. Primeiro, cada escola e depois cada município do CGR de Ourinhos ficou encarregado de formar uma comissão municipal para escolha do melhor de cada categoria.

Após essas etapas, os escolhidos municipais concorreram com os demais regionalmente, sendo escolhidos os vencedores regionais da logomarca e da frase. Para escolha final a comissão julgadora foi composta por profissionais das áreas de língua portuguesa, comunicação, jornalismo, saúde pública, e artes, que se reuniram com a presença de participantes do Fórum para acompanhamento dos trabalhos.

Abaixo, ilustração da frase e logo escolhidos.

Ilustração 1 – Logomarca e frase escolhida no concurso do FPISMO



A premiação dos ganhadores do concurso ocorreu no evento “I Seminário Intersectorial: Regional Rede de Cuidado ao Dependente Químico” que será detalhado ainda nesse capítulo.

### **A quem pertence um espaço aberto como o Fórum?**

Em espaços coletivos de discussão, abertos a todos que queiram participar, como o Fórum, há a possibilidade de circulação de diferentes saberes e interesses. E essa diversidade poderá acarretar momentos de crise, discordâncias, contradições e paradoxos, que possam relacionar-se a qualquer processo em construção.

Por se propor a ser esse espaço aberto, o Fórum agrupa diferentes interesses, os quais cada um dos representantes de suas categorias considera legítimos. Essas divergências de motivações ficam evidenciadas por alguns dos conflitos que serão citados aqui neste texto, decorrentes da presença, por exemplo, de gestores em um espaço que tenta ser democrático e participativo como o Fórum.

Em junho de 2011, foi criado pelo CGR de Ourinhos o Grupo Técnico de Saúde Mental, com o objetivo de levantar a situação da região com relação à saúde mental e a dependência química e propor alternativas para as principais questões que fossem encontradas. As reuniões aconteceram uma vez ao mês desde seu início até o final do ano de 2012.

A formação desse grupo técnico composto por duas gestoras de saúde, e técnicos de saúde mental de alguns municípios da região, foi

desencadeada devido ao movimento regional relacionado à saúde mental na região (como a criação do próprio Fórum) e à pressão que os gestores estavam sofrendo pelos pedidos de internação compulsória vindos do poder judiciário e da cobrança dos familiares dos dependentes, exigindo uma resposta do setor.

A criação desse grupo levou-nos a perceber um dos primeiros efeitos relacionados ao processo de construção do FPISMO: maior atenção dos gestores de saúde com relação à temática da saúde mental e da dependência química.

A preocupação dos gestores com o tema provocou a participação dos mesmos, no espaço do Fórum, principalmente no início, o que muito colaborou para sua manutenção, uma vez que trouxe a visão da gestão para algumas discussões do grupo.

Os gestores de saúde expressavam que se sentiam pressionados a responder às cobranças, principalmente as judiciais e as de familiares de dependentes químicos e em efetivar ações para colaborar no tratamento.

Portanto, viram no espaço do Fórum uma possibilidade para começar essa resposta. E alguns gestores de saúde apropriaram-se do Fórum tentando caracterizá-lo como pertencente à instituição Saúde. Deste modo, toda vez que os participantes do Fórum precisassem de algo deveriam pedir a autorização do Colegiado de Gestão Regional de Saúde. Essa postura causou grande desconforto em muitos participantes, e foi um importante analisador para a pesquisa, pois acreditávamos que o Fórum não deveria ser tomado como posse de uma instituição.

Apesar de ainda não ser autônomo e estar vinculado de certa forma ao poder público, esse espaço Fórum deveria continuar tentando se constituir como algo intersetorial; portanto, não deste ou daquele setor.

Por meio de muitas reuniões do Fórum, houve algumas esquivas claras dos participantes com relação às tentativas dos gestores de “apossar-se” do espaço. As fugas ocorriam no sentido de pensar melhor a questão, e até mesmo na tentativa de não evidenciar o tema e não abordar diretamente o assunto. Dessa maneira, esse foco foi deixado de lado, porque os demais participantes do Fórum não o consideraram como tema relevante no momento.

Esse tipo de atitude da gestão e dos participantes nos mostra a dificuldade de se pensar as ações para além da saúde e de se estar em um espaço

com diferentes interesses. Explicita o desafio do próprio Fórum de se manter em um espaço aberto e plural, sem pertencer a ninguém.

A construção de espaços coletivos de discussão, como um Fórum, convida a uma reformulação da organização do trabalho; a não esperarmos somente posturas centralizadas, hierarquizadas e verticalizadas da gestão ou dos profissionais que compõem a atenção, mas também a não esperarmos somente atitudes democráticas, participativas e horizontalizadas. O movimento da atenção e da gestão provavelmente será feito da “mescla” dessas posturas, e estará também relacionado à subjetividade de cada profissional gestor.

Com relação às primeiras reuniões do grupo técnico, alguns membros questionavam a duplicidade de ações e de levantamentos de diagnóstico relacionados à saúde mental na região, pois muito do solicitado pelo CGR, já ocorria nas reuniões mensais do Fórum e nas reuniões mensais intersetoriais em muitos dos municípios do CGR de Ourinhos desde o início daquele ano.

Apesar da insistência de alguns membros do Grupo Técnico em utilizar o próprio espaço do Fórum como lugar de discussões e levantamento de propostas sobre a saúde mental, o CGR e os condutores do Grupo que faziam parte do DRS acreditavam que existiam algumas questões que precisavam ser discutidas apenas pelo setor saúde.

Essa situação nos reporta às limitações para efetivação da intersectorialidade que Mendes (2011) expõe em seu texto ao falar sobre a dificuldade de cada setor em assumir suas próprias fragilidades. Pois, para que as negociações e pactuações em rede intersectorial se concretizem, cada setor participante deve reconhecer e expor suas dificuldades e facilidades em executar algumas ações diante de outros.

Analisamos que essa postura de resistência dos representantes DRS para inserção de atores intersectoriais ocorreu por conta desse problema relatado pelo autor acima: de expor diante dos demais setores as fragilidades da região relacionadas à saúde e conseqüentemente à saúde mental. A própria fala de representantes do DRS durante as reuniões confirmam essa questão como, por exemplo, “é melhor resolvermos isso entre nós”, “nesse momento não é importante a participação de outros setores”.

Aparentemente havia por parte dos condutores do grupo técnico a compreensão de uma saúde/saúde mental fragmentada, que deveria ser trabalhada



separadamente e o entendimento de que o setor saúde deveria resolver tudo sozinho. Indo em outra direção de pensamento, os participantes do grupo acreditaram que era importante sua manutenção, inclusive para poder instigar a reflexão de que sem saúde mental não há saúde.

Apesar dos posicionamentos conflitantes iniciais, a criação do grupo técnico de saúde mental foi bem vista pelos participantes do Fórum e produziu efeitos, pois o grupo se tornou um apoio para o Fórum no sentido de tentar concretizar propostas na área de saúde mental para a região e levá-las para deliberação e aprovação em CGR de forma mais rápida e pontual. Os municípios, ao tentarem em seus territórios trabalhar de forma intersetorial, sentiam-se apoiados regionalmente ao saber da existência de uma “comissão” que poderia colaborar na concretização de propostas especificamente na área de saúde mental.

Assim, a existência desse espaço aberto possibilitaria a convivência de diferentes saberes e interesses de uma forma ativa e produtiva, mas também de uma forma conflitiva e desafiadora ao se propor ser autônomo e acessível a todos.

### **A dificuldade de efetivação da corresponsabilização**

Nas reuniões do Fórum em outubro, novembro e dezembro de 2011, perceberam-se os primeiros efeitos da realização do evento ocorrido em setembro (I Seminário Intersetorial Regional: “Rede de cuidado ao dependente químico”), além do compartilhamento de como cada município continuava se organizando na rede intersetorial em saúde mental.

Os municípios do CGR de Ourinhos relataram como era difícil o estabelecimento de alguns tipos de serviços em seus territórios por não terem muitos habitantes (como já vimos 10 dos 12 municípios possuem menos de 15 mil habitantes). Foi discutida e apresentada a proposta de organização de dois CAPS ad regional, a partir dessa necessidade de criar uma rede de atenção para saúde mental na região (os participantes ainda não utilizavam o termo Psicossocial) que beneficiasse a todos os municípios.

Essa proposta, por ser regional e exigir uma corresponsabilização, ocasionou grandes discussões nas reuniões do CGR local e no Fórum, pois alguns gestores de saúde não concordavam com a ideia de CAPS ad regional. Alguns

consideravam que possuíam estrutura suficiente para manter um CAPS ad municipal em funcionamento, transformando-o em atendimento também para dependentes de álcool e drogas; por isso resolveram não participar da regionalização.

A tomada de atitude relatada acima ocasionou mal estar nos dirigentes regionais de Saúde Mental e em alguns profissionais integrantes do Fórum, pois o desejo era que a discussão e a deliberação fosse uma construção coletiva uma vez que o mesmo dependia de base populacional (ou seja, a quantidade de população seria levada em consideração). Também foi importante perceber que uma das diretrizes do SUS, a regionalização, apesar de ser no momento uma das prioridades do governo federal, para se concretizar deverá passar por muitos obstáculos.

Refletindo sobre a dificuldade de se efetivar a corresponsabilização, em maio/2012 já começavam a se configurar as dificuldades que o Fórum enfrentaria, quanto ao apoio político, por estarmos em um ano eleitoral. Ficou visível que o espaço Fórum apesar de se autodenominar intersetorial e corresponsável não o era ainda na prática, pois o setor saúde era o que mais participava com representantes nas reuniões e colaborava nas organizações das mesmas. Além da saúde, havia a participação atuante da assistência social de muitos municípios, mas os gestores deixaram de frequentar as reuniões bem como outros setores.

Fica clara a dificuldade de comprometimento e de assumir a corresponsabilidade em um espaço intersetorial, conforme já afirmado por Mendes (2011), pois essa questão teria a ver com as próprias características da intersetorialidade, onde pode ocorrer a diluição de responsabilidades, afetando o alcance dos objetivos. A corresponsabilidade é vista por alguns como uma forma de não envolvimento, de não assunção de encargos, em que um espera que o outro desenvolva as ações necessárias e muitos se acomodam.

Questões básicas de organização do Fórum, como local, lanche para confraternização e liberação de funcionários para participação nas reuniões mensais se complicaram ao longo do ano de 2012, por tratar-se de um ano eleitoral, as prioridades da gestão deslocaram-se para outras áreas.

Durante o mês de junho de 2012, os integrantes do Grupo Técnico de Saúde Mental do CGR de Ourinhos, que já haviam elaborado há um bom tempo os projetos para os CAPS ad regionais, receberam a informação de que os gestores de saúde, apesar de terem solicitado a elaboração dos projetos e novamente

discursarem sobre a importância de equipamentos como esse para nossa região, justificaram não terem recursos suficientes para manter os CAPS Ad até a vinda do valor mensal de manutenção enviado pelo governo federal e argumentaram ainda que a época (eleições municipais) não colaborava para sua execução ainda em 2012, sugerindo que essa efetivação ficasse para os próximos gestores (2013).

Percebo, através dessa atitude, uma desresponsabilização dos gestores que, em ano eleitoral, revisaram suas prioridades e escolheram a economia de recursos, a execução de uma ação anteriormente pactuada, na tentativa, por exemplo, de minimizar a insegurança frente a futuros questionamentos do Tribunal de Contas.

Essa situação provocou na pesquisadora grande inquietação, mesmo sabendo que não era o equipamento o foco, mas a lógica de trabalho a partir desse estabelecimento com o objetivo de inseri-lo na rede regional. Pois, todo o processo aqui relatado de construção do FPISMO e dos efeitos desse movimento nos municípios poderia se concretizar, ser visível à sociedade, fazendo com que o movimento da luta antimanicomial e o incentivo à rede substitutiva ganhasse um pouco mais de força. Demonstrando, talvez, por meio de uma prática diferenciada as muitas possibilidades dessa atuação.

Ilusão. Movimentos processuais não se mantêm por meio de equipamentos, mas por meio das pessoas. Ao acompanhar experiências bem sucedidas no país ligadas aos movimentos sociais e às ações psicossociais nos territórios, como as desenvolvidas no município de Campinas no início dos anos 2000 e mais recentemente as experiências do município de São Bernardo do Campo de 2009 em diante, percebo que, quando os profissionais da atenção e da gestão se propõem a ser protagonistas, há a possibilidade de efetivação da rede substitutiva em saúde mental a partir da lógica da Atenção Psicossocial e esta será possível dessa forma e não somente por meio da concretização de um estabelecimento de saúde como o CAPS ad.

Assim, algumas das possibilidades vislumbradas para que as ações pensadas pelos participantes do Fórum fossem atingidas seria a continuidade do apoio aos municípios para fortalecimento de suas redes intersetoriais, o início dos encontros mensais itinerantes (em cada município do CGR Ourinhos) e o incentivo a todos que em espaços deliberativos tentassem levar a discussão não somente do CAPS ad regional ou municipal, mas da possibilidade e necessidade de implantação

de uma das redes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial.

Efetivar o SUS exige que os gestores e profissionais de saúde sejam solidários e se disponham, nas mínimas atitudes da gestão e da atenção, a praticar o que discursam. E isso não se consegue por decretos apenas. Diante de algumas contradições relatadas aqui, como discurso/prática, relações verticais/horizontais, atenção/gestão etc, parece ter visibilidade o modo como está organizado na prática um modelo de atenção à saúde que não se preocupa com o trabalho em rede, com a regionalização e com a descentralização.

O processo de organização das redes municipais intersetoriais em saúde mental foi, e continua sendo, repleto de dificuldades para a maioria dos profissionais que atuam nos municípios. No momento, os projetos regionais e municipais para CAPS ad ainda não se efetivaram e estão parados, pois espera-se que os novos gestores se familiarizem com as demandas da gestão e que o assunto seja colocado em pauta com a retomada das reuniões do Grupo Técnico de Saúde Mental do CGR.

Dependendo dos profissionais que compõem o quadro do município e das articulações possíveis, como em espaços de reuniões municipais intersetoriais, há facilidade em efetivar as parcerias e dividir as responsabilidades para projetos em rede e ações em saúde mental; já em outros parece não haver minimamente apoio dentro do próprio setor saúde, seja de funcionários ou gestores. Contudo, no processo de construção do Fórum, a presença dos diferentes atores, com interesses diversos, as contradições e as resistências, colaboraram para a permanência do espaço e sinalizaram a importância do apoio da gestão em movimentos como esse de mobilização em torno da questão da saúde mental.

### **Parcerias intersetoriais possíveis**

Relato algumas ações planejadas e executadas pelos participantes do FPISMO que, a meu ver, demonstram possibilidades de efetivação de parcerias intersetoriais.

a. O Seminário Intersetorial

Na reunião mensal do Fórum (junho/2011), percebeu-se que nas primeiras reuniões o assunto recorrente foi como cuidar das pessoas dependentes químicas. Chegou-se à conclusão de que seria interessante a construção de uma linha de cuidado para a pessoa em situação de dependência química. Assim, foi discutido: elaboraríamos um fluxograma ou uma linha de cuidado para pessoas em situação de dependência química a ser pensada por cada município? Seria somente o setor Saúde? Se não, como envolver os demais setores?

Numa tentativa de direcionar ações, num primeiro momento, decidiu-se que seria construído um fluxograma para a rede municipal intersetorial e, a partir dele, uma possibilidade de linha de cuidado.

Percebo outro efeito possível a partir do espaço do FPISMO: o início da possibilidade de construção da linha de cuidado à pessoa em situação de dependência química nos municípios participantes do Fórum, bem como o início de reuniões em rede intersetorial voltadas à saúde mental em muitos desses municípios. Dessa forma, pode existir na prática cotidiana do serviço, um refletir sobre o fluxo de cuidado para a pessoa que usa abusivamente substâncias psicoativas com a organização de protocolo e possibilidade de ações intersetoriais não somente de tratamento, mas de prevenção, promoção de saúde e reinserção social.

Em julho e agosto de 2011, além das questões já citadas e da discussão relacionadas à dependência química, os participantes se mobilizaram para compartilhar como cada município estava se organizando para iniciar as reuniões mensais intersetoriais em seus territórios. Somente dois municípios menores apresentaram um fluxo de rede intersetorial mais organizado, até mesmo com propostas para inserção no mercado de trabalho. Dois outros municípios estavam realizando as reuniões intersetoriais, mas ainda sem muitos avanços, pois a dificuldade maior estava em argumentar a necessidade de discussão dos casos em rede intersetorial, de sentar e conversar sobre, frustrando a expectativa dos profissionais que vinham participando do Fórum. Os quatro municípios que destacaram seus trabalhos apontaram como avanço a possibilidade de discutir um caso e acompanhá-lo em rede e como isso trazia benefícios a todos, pois dessa forma era possível compartilhar as responsabilidades.

Essa discussão motivou os participantes do Fórum na busca de parcerias intersetoriais e para a realização do I Seminário Intersetorial Regional: “Rede de cuidado ao dependente químico” a ser realizado em setembro/2011. Começamos a buscar parcerias para confecção de banners, cartazes, folders, premiação para o concurso e para o evento de divulgação dos escolhidos da logomarca da frase, porém percebemos que não seria tão simples quanto pensávamos.

Mesmo com dificuldades, cada município procurou diversos estabelecimentos locais para tentar esse apoio financeiro, porém a maioria das pessoas apesar de compreender o objetivo do concurso a ser realizado pelo Fórum e apoiar a iniciativa de trabalhar a questão da dependência química nas escolas, doava pequenas quantias, as quais não seriam suficientes para realização de um evento como desejávamos.

Foi quando percebemos que precisaríamos de um apoio financeiro maior. Então, uma gestora de saúde se disponibilizou a entrar em contato com o Consórcio de Saúde da região (a UMMES – União dos Municípios da Média Sorocabana), e, com o “aval” dos demais gestores, conseguiu uma doação de uma quantia bem maior. Cada secretaria de saúde ainda colaboraria com materiais gráficos e de papelaria, entre outras coisas, conseguindo então realizar o evento que, na opinião da maioria dos integrantes, precisava ocorrer para sustentar o início desse processo na região. Conseguimos ainda doação de netbooks para os dois alunos ganhadores do concurso para escolha de uma logomarca e frase para representar o Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos.

Uma situação importante a se destacar é com relação à participação do setor educação nas atividades do concurso e do Fórum. Esse processo do concurso nas escolas foi muito interessante em cada município, sendo realizado e recebido de forma diferenciada pelas escolas da região. Algumas deram mais abertura, principalmente as escolas municipais já outras, em sua maioria estaduais, dificultaram o acesso e até mesmo não o permitiram.

Esse fato chamou a atenção dos participantes do Fórum e, em uma das reuniões do FPISMO, foi debatida a questão com a representante estadual da Diretoria de Ensino. Isso reforçou a importância e a necessidade da parceria do setor da educação nessa rede intersetorial em saúde mental. Os municípios

presentes nesse dia relatavam a mesma dificuldade de acesso aos alunos da rede estadual de ensino, e como o setor da educação parecia apresentar resistência em realizar um trabalho juntamente com a rede intersetorial para discutir a questão das drogas e, quando o fazia, era sempre focado na prevenção ou no “combate” às drogas.

A representante da Diretoria de Ensino Regional argumentou aos participantes do Fórum, que a educação deveria trabalhar somente a prevenção e que trabalhar com o tema drogas em sala de aula poderia incentivar ao uso, por isso esse tema somente seria trabalhado em sala de aula se tivesse relacionado a algum conteúdo curricular.

Destacamos essa situação, pois a partir de então a representante da Diretoria de Ensino não participou mais das reuniões do Fórum e os demais participantes dos encontros mostraram-se insatisfeitos, pois estes acreditavam que a educação poderia contribuir de muitas outras formas com a rede e não somente com prevenção, vez que os alunos quando utilizam drogas na adolescência já estão inseridos no sistema escolar.

O que pode corroborar para o levantamento da hipótese de que essa resistência da escola em trabalhar com o tema drogas pode acarretar a não permanência do adolescente usuário na escola, onde provavelmente seria discriminado e não ajudado. Situação essa relatada por muitos dos participantes do Fórum ao narrar a dificuldade de “convencer” o adolescente em uso de drogas a aderir ao sistema de ensino, quando esta poderia ser uma estratégia de apoio.

Esse fato relacionado ao setor educação propiciou a muitos participantes reflexões sobre a importância do trabalho no território, de acordo com cada realidade e com os parceiros possíveis. Por conseguinte, fez surgir a possibilidade de continuar a aposta no território como forma de se efetivar as pactuações e as parcerias que muitas vezes ficam somente no papel. Essa corresponsabilização entre os setores poderia se efetivar no território, por meio da intersetorialidade, de ações e atitudes compartilhadas, o que inclui a escola.

Como planejado pelos participantes do Fórum, ocorreu o I Seminário Intersetorial Regional: “Rede de Cuidado ao Dependente Químico”, encontro do Fórum do mês de setembro de 2011, onde se realizou a premiação do concurso nas escolas públicas e privadas da região, o qual escolheu a logomarca e a frase para rede intersetorial regional sobre drogas. No evento, aconteceram palestras e mesa

redonda, com experiências práticas intersetoriais, sobre o cuidado à pessoa em situação de dependência química, reunindo no Teatro Municipal em Ourinhos-SP, cerca de 450 pessoas, com mais de 35 municípios presentes e mais de 14 setores diferentes.

Esse foi um momento único para os participantes do Fórum, pois, apesar das dificuldades relatadas, muitos se envolveram na organização antes e durante o evento. Dez dos doze gestores de saúde estavam presentes (e os que faltaram justificaram), havia prefeitos e vereadores, usuários, enfim, houve a percepção de que seria possível vislumbrar uma responsabilidade compartilhada para as questões discutidas. Por ser um evento que “atraiu” inclusive alguns políticos, o Fórum se fortaleceu enquanto espaço e foi publicamente apoiado por quase todos os municípios do CGR. Fato perceptível através da contribuição financeira dos mesmos ao evento e aos próximos encontros do Fórum.

O evento contribuiu para que se atingisse o objetivo de começar a divulgar um espaço coletivo de discussão em que os profissionais estavam preocupados com a saúde mental e com o ser humano enquanto ser integral. Também contribuiu com a possibilidade de que as ideias difundidas relacionadas ao trabalho em rede intersetorial, responsabilidade compartilhada, luta antimanicomial fossem ecoadas em vários lugares possíveis através dos participantes presentes.

Após o I Seminário, evento relatado acima, alguns municípios entraram em contato por email com os integrantes do Fórum, ocasião em que solicitaram o material apresentado pelos palestrantes no dia e compartilharam a vontade de iniciar o processo de rede intersetorial em seus municípios. Alguns ainda relataram verbalmente a importância do evento como apoio para as ações que vinham desenvolvendo ou planejando em seus territórios com relação ao cuidado com o dependente químico.

Pensando nas redes intersetoriais municipais, em julho/2012 ocorreu uma oficina de compartilhamento de experiências. Na oportunidade, 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.

Dentre as questões comentadas, visto que todos já vivenciavam o momento das eleições municipais, destacaram-se a importância de que cada município mantivesse suas reuniões mensais intersetoriais para fortalecimento da



rede municipal, além da participação no Fórum regional; devido à necessidade de constante manutenção da rede, à resistência principalmente de alguns profissionais para o cuidado interdisciplinar e intersetorial; à importância da corresponsabilização (gestores, técnicos, familiares e pessoas em sofrimento psíquico); à necessidade do monitoramento de cada caso no território, a partir do trabalho em equipes intersetoriais.

As apresentações realizadas permitiram aos participantes do Fórum verificarem que alguns dos municípios conseguiram avançar de forma contínua na formação e manutenção da rede; porém, ainda com muitas dificuldades; que muitos continuavam em processo de implantação de uma rede municipal e esforçando-se para isso; e outros não tinham conseguido sequer iniciar as reuniões municipais e intersetoriais. Essa constatação fez com que se reafirmasse a necessidade de algum tipo de apoio aos municípios que solicitassem ao FPISMO, e, como não ficou claro como conseguiríamos realizar essa ação, adiou-se a discussão para após as eleições municipais.

#### b. O curso de apoiadores

Tivemos também no mês de julho/2012 um desdobramento importante para os participantes do Fórum e para a região: o início do Curso de Qualificação de Apoiadores para Constituição da Rede Intersetorial no cuidado à dependência química com duração de cinco meses.

O Curso de destinava-se aos técnicos da atenção e da gestão, entidades não governamentais, filantrópicas e assistenciais e rede pública intersetorial, envolvidos com promoção da saúde, prevenção do uso e abuso de substâncias psicoativas, e intervenções breves da região do CGR de Ourinhos.

A organização do curso seguiu os pressupostos da pedagogia da problematização, a qual envolve os participantes do curso como sujeitos ativos do processo de ensino-aprendizagem e protagonistas da sua história. As atividades foram realizadas em grupos, com a utilização de diferentes técnicas de ensino-aprendizagem adequadas aos temas e objetivos propostos. A prática dos participantes foi objeto de reflexão e ressignificação. Ressaltou-se a formação de sujeitos críticos como fundamentais para a transformação dos processos de trabalho e das práticas sociais, de saúde e de educação.

Este curso foi desenvolvido por meio de 08 oficinas, nas quais os apoiadores abordaram 03 grandes eixos temáticos fundamentais para a constituição do apoiador na rede intersetorial quanto ao cuidado à dependência química: Conceituação de drogas e efeitos agudos e crônicos decorrentes do uso, A formação da rede intersetorial, Intervenção breve em dependência química.

Havia dois Coordenadores Pedagógicos responsáveis pela formação dos Tutores e a supervisão da formação dos Apoiadores, tanto na qualificação inicial dos tutores como na educação permanente dos mesmos, além do acompanhamento dos planos de intervenção dos apoiadores.

As oficinas foram desenvolvidas com a utilização do referencial crítico-reflexivo através de ferramentas das metodologias ativas que se baseiam no uso de situações-problema, que expõe a prática pedagógica e permite avaliar como o participante aplica, constrói e avalia seus conhecimentos e habilidades. Foram realizadas em pequenos grupos, com períodos de dispersão entre um encontro e outro.

No período de dispersão, foram trabalhadas as questões de aprendizagem levantadas nas oficinas presenciais, a partir da situação-problema ou relato de prática referente ao eixo correspondente.

Durante a realização dos três eixos, os participantes apoiadores, acompanhados por seus tutores e coordenadores pedagógicos, elaboraram planos de intervenção para os seus municípios, com intuito de formar apoiadores para execução de ações nessa rede intersetorial municipal no cuidado à dependência química.

Foram realizadas 160 inscrições e preenchidas todas as vagas, de forma intersetorial e com recursos provenientes da Secretaria de Estado da Saúde por intermédio do CDQSUS. Nem todos os municípios do CGR de Ourinhos exerceram uma participação ativa para concretização do projeto de capacitação intersetorial que visava à qualificação dos componentes da rede; porém, o curso foi realizado com a participação de aproximadamente 90% deles.

Uma característica importante de se destacar com relação a esse Curso de Apoiadores é a grande dificuldade de realizá-lo na época eleitoral, pois o foco e prioridades dos gestores voltavam-se para outras questões. Considerávamos esse curso como um avanço regional, pois foi redigido e executado por profissionais da região, e, segundo relato dos gestores, verificamos que o apoio da gestão foi

prejudicado pela época devido à dificuldade que eles encontraram para cumprir os acordos já estabelecidos para os encontros, como, por exemplo, o transporte e alimentação aos participantes.

Do total de vagas disponibilizadas, 48% dos participantes concluíram o curso. O percentual de conclusão se deve principalmente ao período eleitoral, que limitou a participação no evento. Alguns municípios não cumpriram as pactuações de fornecer aos profissionais da rede pública transporte e/ou alimentação, garantidas no ato das inscrições. Essa situação fez com que ficasse prejudicado o discurso dos facilitadores dos grupos, pois alguns participantes questionavam que redes não funcionam nem nunca funcionariam, prova disso era essa dificuldade em pequenos acordos como os mencionados acima. Assim, ao longo do curso, os facilitadores puseram em evidência a importância do protagonismo de cada um para a efetivação de acordos e não somente de quem esteja à frente das ações. Estas se efetivam com as pessoas e não para as pessoas.

De modo geral, a avaliação sobre o curso foi positiva, com relatos de potencialização das ações nos municípios que participaram e mobilização inicial de uma rede para cuidado com a pessoa em situação de dependência química, vez que o curso, por ser intersetorial, propiciou a troca e o compartilhamento de experiências municipais muitas vezes desconhecidas entre os próprios representantes de seus territórios. Contudo, houve relatos de profissionais que se decepcionaram com a metodologia do curso (que era ativa), pois esperavam uma “receita” pronta para execução das ações e não a necessidade deles próprios elaborarem seus planos de intervenção.

### **Múltiplas questões sobre o que é o Fórum**

Outro momento reflexivo para os integrantes do Fórum foi a necessidade de pensar sobre a configuração do espaço. O que seria o Fórum? Como deveria se organizar? Como configurá-lo? Tais perguntas ainda não foram respondidas; pois, apesar do espaço ter pouco mais de dois anos, não há um consenso ou uma definição do qual deve ser realmente seu papel. Este será construído de acordo com a realidade de cada território em que os Fóruns se

configurarem mantendo, porém, provavelmente, o princípio democrático e participativo a que convida.

Nos meses de julho e agosto de 2011, ocorreu um momento específico de conflito e dúvida com relação ao andamento do próprio Fórum. Alguns gestores de Saúde e também alguns profissionais acreditavam que o FPISMO deveria ser criado legalmente e, para ser deliberativo, apresentar um Estatuto e diretoria. Na opinião de outros integrantes, o Fórum deveria continuar tentando ser uma instância autônoma, e essa configuração sugerida o faria perder a identidade que ainda não se tivesse formado.

Esse foi um dos momentos de crise do primeiro ano do Fórum e, para nós, passível de análise uma vez que algumas das práticas defendidas por alguns participantes, entre eles gestores, como a cogestão, a responsabilidade compartilhada, o incentivo à participação popular diferiam de seus discursos.

A partir do conceito de cogestão, já citado nesse texto, e conforme definido por Campos e Amaral (2007) como o modo de pensar a concretização/avaliação do cuidado em que se envolvem as equipes e profissionais, sabemos que para sua efetivação faz-se necessário um fazer coletivo. De acordo com publicação do Ministério da Saúde a cogestão envolve “um modo de administrar que inclui um pensar e um fazer coletivo” (BRASIL, 2009 a, p.10); portanto, “cogestão significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão” (BRASIL, 2009 a, p.24), e “seria exercida não por poucos ou alguns, mas por um conjunto ampliado de sujeitos que compõem a organização” (BRASIL, 2009 a, p.24). Por essas e outras razões teóricas, alguns participantes acreditavam que, com a efetivação da configuração de uma diretoria hierarquizada, a cogestão ficaria mais distante de se concretizar, assim como os demais conceitos citados.

Para responder a essa questão, talvez devesse haver uma reflexão constante de cada profissional sobre assumir o espaço do Fórum como seu, como coletivo, o que envolveria mais pessoas no processo e acarretaria um tipo de organização provavelmente intersetorial, conjunta. Sendo outra possibilidade a escolha de uma “diretoria” a qual trabalharia por todos, contudo envolveria poucos, provavelmente não atingiria a maior parte das pessoas interessadas.

No Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos, essa configuração ainda não foi estabelecida e talvez, por muito tempo, não o seja; pois, depende do protagonismo de várias pessoas que representam

diversos setores, os quais fazem parte de um movimento processual coletivo. A decisão de se manter o Fórum como espaço de todos, sem diretoria, seria importante para o movimento, possivelmente propiciaria a muitos integrantes a possibilidade de se envolver com o que ocorresse no momento, seja em seus municípios ou na região. Já a organização do espaço com uma diretoria, possibilitaria o registro do Fórum como uma entidade de luta; de reivindicação legalizada de ações e atitudes por parte dos governos, por exemplo.

Por fim, até o momento atual (junho/2013), o FPISMO não elegeu uma diretoria, já que optou por mantê-lo aberto; porém, os participantes têm pensado em organizar comissões a partir de temáticas decididas por todos (como educação, segurança pública, judiciário, etc) para maior participação de representantes do Fórum em espaços deliberativos constituídos.

A partir desse analisador, percebe-se que é muito difícil manter um espaço tentando convidar a uma gestão participativa e a uma responsabilidade compartilhada. Muitas vezes as argumentações e os discursos precisam ser sustentados na prática, no dia a dia de trabalho a partir de uma lógica e postura diante do serviço público e essa opção pode causar mal estar ao profissional que se propõe a trabalhar na defesa de uma ética da Atenção Psicossocial, pois seu estilo de atuação e participação pode não ser entendido.

Tendo em vista que os estilos profissionais podem variar de acordo com a categoria profissional e interesses diversos corre-se o risco de as ações democráticas e/ou horizontalizadas e as ações centralizadoras e/ou verticalizadas serem julgadas como boas ou más; quando estas deveriam ser analisadas a partir da implicação desses profissionais, conforme propõe René Lourau (2004).

Para refletirmos sobre as possibilidades de ações e de compreensão do papel do espaço Fórum, citamos as reuniões abaixo, durante as quais se puderam perceber as múltiplas formas de configuração de um espaço como esse.

#### a. O Fórum como espaço de formação

De outubro a dezembro de 2011, foram listados temas de discussão para os encontros de 2012 (Saúde Mental na Atenção Primária, Humanização, Projeto Terapêutico Singular, Apoio Matricial, Internações Psiquiátricas, Acolhimento, reavaliação das ações do FPISMO, etc.) e estabelecida uma agenda

com sugestões de nomes de profissionais e eventos possíveis. Acreditávamos que esse formato seria interessante para a organização do Fórum, pois havia a necessidade de estudo sobre vários conceitos em saúde mental e era essa uma das solicitações advindas dos profissionais participantes do espaço.

Em fevereiro, março e abril de 2012, tivemos no Fórum a presença de profissionais que falaram sobre os temas propostos: Saúde Mental na Atenção Básica, Humanização e Apoio Matricial. Em alguns momentos, ocorreram rodas de conversa para dialogarem sobre o tema proposto; porém, em outros momentos, apenas ouvimos palestras sobre os temas.

A partir desses encontros, houve troca de experiências além da possibilidade de os participantes se aproximarem de temas que pudessem permear suas reflexões teóricas e talvez suas práticas vindouras, e sanar dúvidas. Isso fez com que alguns participantes questionassem a dinâmica da reunião do Fórum que talvez não devesse ser em formato de palestra, mas sempre que possível em roda de conversa.

Nesse período inicial de 2012, retornou à cena certa angústia por parte de alguns participantes do Fórum que questionavam o próprio papel do Fórum, a que ele deveria realmente responder. Uma parte dos integrantes demonstrava a necessidade de o próprio Fórum efetivar algumas ações e implantar algo de concreto na região, principalmente com relação à dependência química, argumentado à necessidade de esse espaço também realizar as ações e não somente sugerir-las ou incentivá-las.

Porém, outros participantes, reforçavam o papel do Fórum como espaço de interlocução e apoio, provocação e análise e não de implantação das políticas. Esses participantes tentavam reforçar o ganho de um espaço como esse para os profissionais que há quase um ano tinham a possibilidade de uma vez ao mês sentar e compartilhar dúvidas, ideias, práticas, e como isso poderia refletir na efetivação e concretização de propostas, ou seja, a possibilidade de efetivar as políticas por meio da ação dos profissionais em seus territórios na tentativa de que essas ações estivessem voltadas para uma Atenção Psicossocial.

Essas discussões suscitaram a necessidade de reavaliação das ações do FPISMO, revisão das diretrizes da I Oficina de Planejamento da Política Intersetorial Regional sobre crack e outras drogas e de compartilharmos como

estava a rede intersetorial em cada município da região após mais de um ano da realização do evento citado, agendado para junho tal reavaliação.

Em maio de 2012, ocorreu o II Congresso Internacional de Saúde Mental promovido pelas Faculdades Integradas de Ourinhos (FIO) com o tema "Políticas e Diálogos para as redes de cuidados em saúde mental: responsabilização compartilhada", através do curso de Psicologia, com o qual o Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos não só colaborou no apoio, na organização e bem como opinou sobre temas pertinentes a todos, através da participação de alguns integrantes na comissão organizadora do evento.

Também nesse evento, tivemos espaço para realizar o encontro mensal do Fórum, e discutir sobre o tema: "A demanda por internações e a rede de atenção psicossocial: refletindo sobre modos de fazer". Nessa roda de conversa, o debate foi intenso, ficou visível que, na opinião de um grande número de profissionais, a internação compulsória deveria ser utilizada em alguns casos; outros profissionais não tinham opinião formada e alguns foram totalmente contra.

Percebemos, portanto, a presença de ideias contrárias, da disputa de sentidos, da coexistência nos mesmos espaços de atuação e até em um mesmo sujeito. Pareceu haver uma grande dúvida por parte de muitos quanto ao que poderia ser a melhor estratégia de cuidado no caso da dependência química. Essa não era uma questão com respostas prontas e únicas para todos. Fez-se necessário reforçar os princípios da luta antimanicomial da Reforma Psiquiátrica como direcionamento para ações nessa área.

No Congresso houve ainda participação dos municípios que fazem parte do Fórum na coordenação de oficinas para mais de 100 usuários dos serviços de saúde mental, alunos e profissionais de diferentes setores, de pelo menos seis dos dozes municípios da região. Nesse dia, estiveram presentes mais de 180 pessoas.

A oportunidade de realizar um evento voltado também aos usuários dos serviços possibilitou momentos de grande aprendizado aos alunos e profissionais presentes aos eventos, mas principalmente momentos de grande alegria aos usuários que puderam participar (histórias que nos contaram depois) como protagonistas de fato e não somente de direito, na semana da luta antimanicomial. Outro ponto importante a se destacar foi a oportunidade de os

participantes do Fórum conversarem sobre um tema essencial à nossa prática profissional hoje, a responsabilidade compartilhada.

b. O Fórum como espaço de disputa de sentidos

Em junho de 2012, conforme pedido dos participantes do Fórum, foi realizada uma roda de conversa. Na oportunidade, refletimos sobre o próprio Fórum: em que avançou e quais as dificuldades que persistiam, além de considerar os caminhos possíveis.

Chamar ou não alguém para apoiar a discussão e “mediar” o encontro foi outro impasse entre os participantes do Fórum. Alguns defendiam que alguém de fora, que conhecesse o Fórum, seria o melhor para ajudar a dirimir os conflitos de ideias que fossem surgindo entre os presentes. Outros defendiam que os participantes deveriam aprender a dialogar, sem mediação a princípio. Dessa forma, a conversa fluiria melhor e ninguém se intimidaria a falar; pois, ao chamarmos alguém de fora, atribuiríamos um suposto saber a essa pessoa, o que poderia criar resistências no grupo. Ficou decidido que, como os ânimos estavam exaltados e as ideias divergentes, seria melhor alguém para mediar e isso foi realizado. Então, tivemos a presença de um “apoiador” da UNESP/Assis para ajudar a pensar os assuntos apresentados.

No dia do encontro, a primeira questão colocada foi com relação à dependência química e sua complexidade. Outro problema abordado foi o pouco avanço de alguns municípios nas ações efetivas nessa área, em um ano, devido à pouca aderência do usuário ao que é proposto.

Apesar das reflexões que os encontros do Fórum proporcionaram no último ano, alguns municípios continuavam visando à internação enquanto outros se arriscavam a ações no território e/ou ambulatoriais. Citaram exemplos de ações que, no momento, efetivavam-se e davam certo em relação a essa questão. Foi exposta ainda a importância da corresponsabilização de todos os envolvidos no processo, inclusive dos familiares do paciente. Aqui, aparentemente, percebe-se que, para alguns, a causa da dependência química poderia ser o ambiente ou a família e não multicausal como estudos afirmam.

Nessas argumentações, percebo uma disputa de sentidos que pode estar relacionada ao modo de executar o trabalho, o modo pelo qual os participantes



do Fórum “faziam” ainda a saúde. Os participantes questionavam-se, se estariam executando as ações pautados na Saúde Mental ou na Atenção Psicossocial. Qual modelo de atenção à saúde estariam expressando por meio dessas práticas. E em que conceitos essas ações estariam fundadas. A forma de compreensão dessas questões, na teoria e na prática, permeou a discussão do Fórum em muitos momentos em que parecia haver uma disputa sobre qual seria “o melhor modo de fazer”. Qual o paradigma para nossa prática? (Psiquiátrico/Psicossocial – vide capítulo 2).

Nesse encontro, a reflexão ficou por conta de alguns questionamentos como: que oferta oferecemos à pessoa em situação de dependência química? Várias alternativas ou a mesma proposta sempre? Vivemos numa sociedade que gera dependência de diferentes formas? Dependente químico seria somente o usuário de drogas ilícitas ou as pessoas dependentes de medicação também (drogas lícitas)? O apoiador destacou a importância do trabalho em rede para que as ações se concretizem; do projeto terapêutico singular, do apoio matricial em saúde mental, da potência das ações intersetoriais articuladas no território, com o CRAS, UBS, ESF, Poder Judiciário, etc. Os participantes do Fórum lembraram que, durante o ano de 2011 e início de 2012, todos esses temas já tinham sido discutidos, debatidos, mas não esgotados nos encontros mensais e eventos e que, provavelmente por sua relevância, permaneceriam em pauta em muitos momentos.

Destacou-se primeiramente a necessidade de negociar as ofertas com o usuário e, a seguir, que o nosso maior desafio nesse cenário complexo é o estabelecimento do vínculo. Ressaltou-se ainda a importância do protagonismo dos profissionais como articuladores da rede e que o protocolo básico em saúde mental seria sentar e conversar, visando à singularidade, considerando o sujeito e seu entorno. Foi citada a importância de se pensar nesse espaço do Fórum em saúde mental, em promoção de saúde e não somente em dependência química; de fazer desse espaço um lugar de provocações, de compartilhamentos, de fortalecimento e “contágio” de práticas que estão dando certo, além de refletir sobre temas e conceitos pertinentes a partir das necessidades trazidas para o Fórum, alternando, se for o caso, momentos de exposição, mas se possível privilegiar as rodas de conversa.

Foi comentado ainda que a proposta inicial do Fórum era que fosse itinerante pelos 12 municípios que o compõem, sendo que todos concordaram que

agora essa já seria uma realidade possível. Surgiu a necessidade de que, após um ano, os municípios, em seus grupos intersetoriais, revisassem como estão as redes, em que progrediram e o que deu certo.

Portanto, a partir dessas reflexões as propostas levantadas e aprovadas foram: que em julho/2012, no próximo Fórum, deveria ocorrer uma oficina de compartilhamento de como se encontrava a rede em cada município do CGR de Ourinhos (Bernardino de Campo, Canitar, Chavantes, Espírito Santo do Turvo, Ipaussu, Óleo, Ourinhos, Ribeirão do Sul, Santa Cruz do Rio Pardo, São Pedro do Turvo, Salto Grande e Timburi), bem como que cada um compartilhasse uma experiência que tivesse dado certo em seu território; os integrantes do Fórum decidiram que, a partir de agosto, o Fórum seria itinerante, ou seja, recebido pelos outros municípios do CGR, para que a rede intersetorial desse município pudesse participar efetivamente dos encontros e este município ficaria responsável pelo lanche do dia; que o formato privilegiado no Fórum seria o de “roda de conversa”, ainda que houvesse temas específicos a serem discutidos; que os municípios voltassem seu olhar para experiências exitosas em saúde, consequentemente em saúde mental e compartilhassem mais vezes essas ações como, por exemplo, as de promoção de saúde.

#### c. O Fórum como espaço de discussão de políticas

Em agosto de 2012, realizou-se a primeira reunião itinerante do FPISMO, no município de Ribeirão do Sul. Estiveram presentes cerca de 60 pessoas (a média permaneceu; porém, a maioria dos presentes era do município que recebia a reunião) e representados oito dos doze municípios do CGR de Ourinhos. A roda de conversa foi sobre a rede intersetorial, sendo que os participantes opinaram sobre o fato que todos os municípios poderiam fazer um trabalho intersetorial e em rede e não setorial, como tem ocorrido em alguns casos. Os encontros da rede deveriam ser no mínimo mensais e as reuniões, das quais um dos papéis seria dar visibilidade aos fatos positivos da rede, agendadas com antecedência.

A partir dessa reunião itinerante, percebeu-se a importância de se conhecer os territórios próximos. Isso possibilitaria apoio mútuo na formação e manutenção da rede intersetorial em saúde mental de cada município. Um exemplo disso, é que após essa reunião em Ribeirão do Sul, a rede municipal intersetorial foi

ativada novamente e temos informação de que as reuniões ocorrem sempre que necessário e, no mínimo, uma vez ao mês. Profissionais de diferentes setores desse município começaram a participar do Fórum, o que já não estava mais acontecendo com alguns dos demais integrantes de outros municípios, que justificaram as ausências em virtude do período eleitoral.

Em setembro de 2012, ocorreu a reunião itinerante do Fórum no município de Salto Grande. Participaram cerca de 40 pessoas e oito municípios do CGR de Ourinhos representados. O palestrante, apoiador institucional do Ministério da Saúde, falou sobre ações psicossociais e sobre a necessidade da implantação de novos serviços, com a inclusão do CAPS; porém, com uma discussão regional a partir da Atenção Psicossocial.

Como em nossa região vários municípios não possuem a população requerida para alguns serviços, faz-se necessário estruturar projetos regionais. É preciso compreender a rede de atenção à saúde como o conjunto de ações e serviços com a finalidade de garantir a integralidade da assistência a ela. Dessa forma, o espaço do Fórum foi utilizado para discutir a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que instituiu no país a Rede de Atenção Psicossocial.

O palestrante afirmou que a Atenção Psicossocial é uma ferramenta para conversar e tentar encontrar algumas saídas para as queixas apresentadas. Deve-se pensar em uma rede acolhedora. O apoiador esclareceu que, de acordo com a portaria citada, os componentes principais de Atenção Psicossocial são Atenção Básica, Atenção Psicossocial especializada, urgência e emergência, residencial de caráter transitório entre outros. Assim, para termos uma Rede de Atenção Psicossocial, devemos qualificar os componentes e, para iniciar essa construção, cada município deve refletir como realizar levantamento sobre sua Rede para saber a necessidade de cada um para o próximo Fórum, uma vez que a maioria dos municípios é de pequeno porte e possui poucos estabelecimentos.

Essa discussão da proposta política do governo trouxe à tona, por exemplo, a necessidade de ações na Atenção Básica relacionadas à Atenção Psicossocial, e a maioria dos municípios não se sentia com profissionais capacitados para desenvolvê-las. Isso acarreta sobrecarga em um único local de ações de saúde mental, e estas se resumem ao atendimento psicológico individual somente, o que fragmenta o atendimento ao usuário do serviço.

Percebo que a maioria dos participantes do Fórum acolheu como avanço a proposta do governo em estabelecer uma Rede de Atenção Psicossocial; porém, também estava presente o receio de não conseguir executar na prática uma rede que, por se propor a cuidar do sofrimento psíquico, que é singular, seria complexa para se estruturar.

Essa situação provocou na pesquisadora e em alguns profissionais a percepção por meio de falas que, como efeito das reuniões do FPISMO no último ano, houve maior atenção dos profissionais para a Saúde Mental; porém, nem sempre com uma preocupação real para a importância da rede e de sua articulação e manutenção constante.

No setor saúde, de modo geral, essa preocupação ainda estava longe dos conceitos e ideias pré-estabelecidas pelos profissionais. Para muitos, Saúde Mental e Atenção Primária não deveriam estar juntas, pois as ações voltadas para as pessoas em sofrimento psíquico demandariam ações complexas e organização do tempo para discussão de casos, visitas, trabalho em equipe e em rede intersetorial, além de projetos conjuntos. Com um modelo de atenção à saúde ainda médico centrado e hierarquizado, esse tipo de oferta de cuidado demandaria uma reorganização dos serviços em nossa região, visto que muitos municípios ainda não possuem uma boa porcentagem de ESF implantada (ver cap. 3). Assim, questiona-se se existiria um desejo para essa mudança de modelo ou somente um discurso.

Em outubro de 2012, na cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, ocorreu a décima oitava reunião do FPISMO. Estiveram presentes cerca de 30 pessoas de oito dos doze municípios do CGR de Ourinhos. Aqui se percebe claramente a influência das eleições municipais nas atividades do Fórum, pois muitos municípios alegaram que não poderiam dispensar seus funcionários e outros não poderiam gastar com transporte devido à lei de Responsabilidade Fiscal.

Nesse dia, contamos com a presença de uma professora Doutora em Psicologia Escolar que coordenou a roda de conversa sobre a medicalização da vida e da sociedade. Relembramos questões importantes que queremos para a Atenção Psicossocial como a necessidade de uma visão mais crítica com relação ao uso da Ritalina e de antidepressivos para todas as dores da vida; e a necessidade da criação de mais espaços de promoção de saúde e da vida. Compartilhou-se o edital que estava aberto para envio de projetos de Reabilitação Psicossocial, fato

que mobilizou o interesse de muitos dos presentes para tentativa de envio e conquista de recursos para ações desse tipo em nossas cidades, praticamente inexistentes até o momento.

Os participantes do Fórum presentes nesse dia decidiram ainda que, em razão das mudanças nas prefeituras e dos secretários municipais, o levantamento para a Rede de Atenção Psicossocial seria interessante para o início de 2013, e não se realizariam encontros nos meses de dezembro/12 e janeiro/13. Ainda ficou combinado que, em novembro, o encontro seria na cidade de Canitar, e um psicólogo, que trabalhou por dez anos em Santa Catarina com Redução de Danos, coordenaria a roda de conversa sobre o mesmo tema.

Em novembro de 2012, na cidade de Canitar, ocorreu a última reunião do ano, já com poucos participantes (cerca de 30), justificando-se pela dificuldade das prefeituras em darem conta da lei de Responsabilidade Fiscal, então não poderiam gastar sequer com o transporte dos profissionais. Nesse encontro, a Política de Redução de Danos foi discutida; porém, percebi que a maioria dos profissionais não se envolveu com a fala do coordenador da roda de conversa, muitos conversaram e se dispersaram. Talvez porque “abraçar” a Redução de Danos como uma política, como uma estratégia importante para as ações relacionadas à dependência química hoje, seria abrir mão dos conceitos arraigados da Saúde Mental e avançar para uma lógica Psicossocial. Os participantes ainda não se mostravam receptivos para uma mudança radical de paradigma.

Nesse encontro, foi reforçada a importância de todos continuarem a participar das reuniões do Fórum, as quais continuariam a ser itinerantes, pois o Fórum era formado pelas pessoas e sem elas ele não existiria. Nesse encontro, os participantes do Fórum foram convidados a fazerem parte de uma mesa redonda no evento Saúde na Roda, em Assis-SP (dez.2012), para falarem sobre o Fórum. Foi sugerido e decidido que uma Psicóloga representasse os participantes.

O psicólogo convidado para realizar a roda de conversa falou a todos sobre o que é Redução de Danos, sua importância e como funciona na prática, no dia a dia com os usuários. Percebeu-se a dificuldade de se trabalhar esse tema, devido a muitos ainda considerarem esse trabalho como incentivo ao uso; então, foi discutido como isso pode ser abordado aos poucos em cada território com melhor explicação e argumentos.

#### d. A configuração atual do FPISMO

O FPISMO não possui recursos financeiros; portanto, as reuniões ocorrem em espaços cedidos pelas secretarias municipais da região ou por parceiros do Fórum. Cada encontro é marcado também pelo compartilhamento de um lanche, para o qual, inicialmente, alguns participantes se propuseram a doar os itens necessários, depois, dois municípios por vez se mobilizaram para providenciá-lo. As questões de pauta, lista de presença, blog, fotos e memória da reunião ficavam por conta de um profissional desde o começo envolvido com o movimento, houve a proposta de, aos poucos, alternar essa função entre os participantes do Fórum, o que, no momento, ficava sob a responsabilidade de um só. A partir de outubro/2012, o município que recebesse o Fórum ofereceria o lanche e uma pessoa desse município se proporia a anotar a reunião e escrever a memória do Fórum e, após os trabalhos enviar os dados por e-mail a todos e postá-los no blog.

Os atores que participaram das reuniões do Fórum até o décimo nono encontro (dez/2012) foram gestores de saúde, profissionais técnicos de diferentes setores, saúde, assistência social, cultura, educação, meio ambiente e agricultura, ONG's, entidades religiosas, grupos de autoajuda, conselhos de direitos, comunidades terapêuticas, segurança pública, Departamento Regional de Saúde (DRS), aprimorandos em saúde pública, poder judiciário e de forma mais pontual: poder executivo, legislativo, secretarias de administração e desenvolvimento econômico, usuários e familiares.

Entretanto, existem algumas situações que podem parecer corriqueiras, mas nos fazem perceber que os participantes do Fórum ainda não o assumiram como corresponsáveis, pois, os convites para as reuniões mensais, o local, a lista de presença, a "alimentação" do blog, geralmente ficam sob a responsabilidade de apenas uma pessoa. Se esta não o faz, ninguém se mobiliza para fazê-lo. No máximo algumas pessoas dizem que é necessário continuar, "vamos continuar", mas não se habilitam para as funções. Mesmo em reuniões do Fórum, quando discutido sobre isso, ouviu-se a fala de que é melhor essa pessoa fazer, pois já está acostumada e, quando esta colocou a necessidade de mais pessoas se envolverem e apoiarem, começando pelo blog, por exemplo, ninguém se manifestou.

Esse é um fato importante. Torna visível que a forma como nós estamos acostumados ao envolvimento com algo ainda é superficial. Esse apoio não se aprofunda e não engloba “colocar a mão na massa” e/ou realizar tarefas além daquelas já pré-definidas. Isso revela a forma como organizamos os espaços socialmente e as relações.

As pessoas provavelmente estão envolvidas com o modo capitalista de vida, que pressupõe o individualismo, a competitividade e o egocentrismo, tendo pouco tempo para voltar-se às questões coletivas. Por isso, manter o espaço Fórum e as relações que circulam nele coletivamente é um desafio. Para a Política Nacional de Humanização, é o “desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder” (BRASIL, 2009 c, p.04).

Vale ressaltar, porém, que a pessoa responsável por essas ações citadas acima, a pesquisadora, por ser trabalhadora de saúde e incentivadora do FPISMO, não conseguiu se desvencilhar totalmente da responsabilidade a ela atribuída, com receio de que o Fórum não se mantivesse. Sabe que sua postura para o ano de 2013 precisa mudar, pois é necessário outras pessoas se envolverem com os detalhes do movimento e, na primeira reunião do ano, conversar sobre isso em roda, no Fórum; pois, se almejamos, mesmo que utopicamente, uma autogestão, situações como essa devem ser discutidas com o coletivo, e tomarão o rumo que este decidir. Não importa se o espaço continuar ou não.

Nota-se que dúvidas continuarão a existir sobre a configuração desse espaço Fórum, sendo que esse papel ainda se mantém em construção, e ainda não está definido.

Ao longo do texto, fomos destacando e resumimos como efeitos concretos do Fórum: maior atenção dos gestores de saúde com relação à temática da saúde mental e da dependência química; início da construção da linha de cuidado à pessoa em situação de dependência química nos municípios participantes do Fórum, bem como a manutenção de redes intersetoriais voltadas à saúde mental em muitos desses municípios; criação de um Grupo Técnico do CGR para discussão da Saúde Mental regional tendo como objetivo construir uma proposta de atenção a partir da análise da prática e do processo de trabalho; participação ativa dos municípios no NEPER para concretizar o projeto de capacitação intersetorial que visava à qualificação de apoiadores para rede intersetorial de cuidado à

dependência química; maior atenção dos técnicos para a importância da rede e de sua articulação e manutenção constante.

#### e. As reuniões do Fórum em 2013

Com novas expectativas, em fevereiro de 2013, os participantes do Fórum reuniram-se na cidade de Espírito Santo do Turvo. Foi visível a importância atribuída ao encontro, pois iniciou-se com o acolhimento da vice-prefeita e da Diretora de Saúde, as quais agradeceram a presença de todos, enfatizaram a felicidade do município em sediar a primeira reunião do Fórum de 2013, e explanaram que os assuntos abordados eram de grande relevância para todos os municípios presentes. Em seguida, discutiram-se alguns procedimentos adotados pelos municípios em relação à internação compulsória, ressaltou-se também a importância do apoio da família nesses casos e, ainda, de verificar se esta é a melhor alternativa para o tratamento, considerando a Reforma Psiquiátrica.

Em relação aos avanços e experiências vivenciadas pelos municípios, um deles representado explanou que está realizando periodicamente as reuniões com a rede de serviço do município, formaram-se os grupos de álcool e outras drogas, dos quais participam os dependentes e seus familiares e iniciaram-se oficinas terapêuticas. Foi reforçada a importância da territorialidade e do trabalho em rede, bem como do trabalho com as famílias para se obterem avanços nessa temática. Em seguida, buscou-se levantar sugestões e propostas acerca do planejamento dos Fóruns para o ano de 2013, ficou decidido continuar realizando as reuniões do Fórum mensalmente e itinerante, com a ressalva de que os municípios que sediarem os encontros deverão tomar todas as providências necessárias para sua realização.

Levantou-se como sugestão que os municípios convidem outras Instituições para participar dos encontros do Fórum e cada município retome as reuniões intersetoriais nos mesmos. Além disso, propôs-se formar uma comissão para conversar com as Diretorias de Ensino, Fóruns, Hospital de Saúde Mental de Ourinhos e Segurança Pública para tratar da temática. Finalizando, foi proposto para o próximo encontro do Fórum que cada participante reflita sobre “o que é um fórum e qual o seu papel”.



Questiona-se novamente o papel do espaço Fórum. Apesar de algumas questões como o apoio às redes intersetoriais municipais e regional estar claro, bem como o fortalecimento dos envolvidos nesse espaço, discussão e levantamento de temáticas; (re) surge a questão de se ter ou não uma diretoria, uma comissão, se os encontros devem ser realizados fora do horário de trabalho, etc.

Analisando esse relato, percebo como os profissionais que atuam nos municípios, e têm participado do Fórum, estão procurando avançar nas reflexões e ações dentro da temática proposta nos últimos dois anos e que aos poucos, alguns têm mostrado interesse em colaborar efetivamente na organização e fortalecimento desse espaço para construção da rede intersetorial municipal em seus territórios, vislumbrando até mesmo a uma Rede de Atenção Psicossocial.

Com o objetivo de fortalecer os profissionais em seus territórios de atuação, os participantes do Fórum solicitaram junto ao Núcleo de Educação Permanente e Humanização (NEPER-H) a realização de um apoio institucional em saúde mental para a região do CGR de Ourinhos, como uma das ações de Educação Permanente a serem desenvolvidas no ano de 2013. Essa proposta está em fase de aprovação estadual, já aprovada em reunião ordinária do CGR, para posterior liberação do recurso financeiro.

Concretizar o que propõe o SUS, como a gestão participativa e a rede intersetorial ainda é difícil e complexo diante da realidade enfrentada pelos profissionais em seus municípios. Geralmente pequenos municípios com poucos recursos humanos, onde as reuniões de rede intersetoriais geralmente são vistas como “perda de tempo”, o surgimento de um espaço que valorize e potencialize essas iniciativas pode fortalecer o desejo do profissional e do gestor que queiram atuar de forma diferenciada na saúde e em outros setores.

O espaço de um Fórum intersetorial, como o aqui relatado, pressupõe uma oportunidade de encontro de saberes diferentes e compartilhamento de experiências, num movimento de troca e construção de estratégias conjuntas para enfrentamento da realidade cotidiana dura e aparentemente inflexível em cada território de atuação. Esse espaço coletivo, que também apresenta contradições e fragilidades, pode tornar-se um desvio, uma brecha nesse modo de funcionamento; uma oportunidade de atuar em outra lógica, e não reproduzir o modo hegemônico de

atuação e de gestão ainda vigente.

*Ai daqueles que pararem com sua capacidade de sonhar, de injejar sua coragem de anunciar e denunciar. Ai daqueles que, em lugar de visitar de vez em quando o amanhã pelo profundo engajamento com o hoje, com o aqui e o agora, se atrelarem a um passado de exploração e de rotina.*

*Paulo Freire*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

### FPISMO: POTÊNCIAS E DESAFIOS. O QUE SE TEM POR FAZER?

#### Desafiar? A quê?

Segundo o dicionário Michaelis (2012), a palavra “desafio” tem vários sentidos como provocação, instigação, desinquietação, tentativa, etc. Essas possibilidades de uso da palavra nos levam a considerar também os muitos desafios que temos com relação ao espaço coletivo de discussão estudado, o Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos.

Muitos são os questionamentos para a pesquisadora e profissional de saúde participante desse espaço. Uma das primeiras dúvidas que surgem é se já teríamos o desejo presente nos participantes do Fórum de efetivar a lógica da Atenção Psicossocial em nosso território. Seria desejo só nosso, ou seria um desejo coletivo? Seria desejo dos profissionais, ou dos usuários do serviço? Ou até mesmo, será que existiria um desejo com relação a isso?

Outra questão a ser respondida é se interessa que a Saúde Mental tenha visibilidade. Como fazer isso? Como fazer com que os gestores, não somente da saúde, nos ouçam? Qual a estratégia a ser utilizada para que a ideia de rede intersetorial se efetive na prática? Com relação ao fórum: como aproveitar suas potências? Como enxergar suas fragilidades? Como sustentar as redes intersetoriais municipais e ao mesmo tempo a regional?

Para mim, pesquisadora e profissional de saúde, um questionamento essencial que gostaria que existisse em outros participantes do Fórum é, o que nos provoca a continuar e por quê? O que nos instiga a ter uma real práxis na Atenção Psicossocial, e uma verdadeira reflexão sobre os assuntos relacionados à saúde mental na região? O que nos desinquieta, desassossega, e nos faz tentar algo novo, criativo, instituinte?

O registro desse processo de construção do FPISMO mostra apenas algumas ações e situações que podem colaborar para que se inicie a formação de uma rede intersetorial regional em saúde mental. Mostra ainda que processos como esse possuem diversas dificuldades, paradoxos, conflitos de interesses e muitos fatores e forças influenciam o movimento. Mas, também há potencialidades e conquistas a partir do protagonismo de profissionais envolvidos com a sua prática para a realização de muitas ações de qualidade nos serviços públicos e, de forma intersetorial, com um objetivo comum: a possibilidade de efetivação de uma rede com responsabilidades compartilhadas.

Todos esses questionamentos acima colocados podem constituir-se como desafios para os participantes do FPISMO, se houver a análise constante da prática e questionamentos que os impulsionem. A caminhada durante o processo poderá, em alguns momentos ser frustrante, decepcionante, mas também cheia de encanto, alegria e parcerias com a sensação de que mais pessoas desejam o que desejamos, daí o fortalecimento de nosso ser na busca de um bem comum, na efetivação de uma política pública.

As potências do FPISMO podem ter emergido do próprio espaço. Por exemplo, as ações do Fórum, a partir das análises realizadas, começaram como instituintes, pois provocaram algo inédito na dinâmica do processo de trabalho dos profissionais dos diferentes setores participantes. Essas alterações de prática, mesmo que sem analisá-las, são reafirmadas com o que diz Monceau (2008, p.22) “a implicação existe mesmo que não a desejemos”.

Apesar de termos claro que o objetivo não é a manutenção do espaço, e sim todo o processo relatado, há a dúvida se isso ocorrerá. Será que esse espaço do FPISMO se tornará um espaço reconhecido em que pessoas preocupadas com a Atenção Psicossocial e a intersetorialidade possam dialogar?

Talvez uma das condições para que isso ocorra seja a continuação da luta para que as Políticas Públicas se efetivem, e que as pessoas, estejam ou não em sofrimento psíquico, sejam vistas de forma integral. E, essa luta não está e nem precisa estar atrelada somente a um espaço, ela pode ocorrer cotidianamente em muitos espaços.

Dentre as potências que podem ter emergido do próprio processo do FPISMO, podemos citar:

- ✓ a percepção de que muitos profissionais de diferentes setores puderam estar realmente voltados às questões de saúde mental e interessados em ações que prezem pela integralidade do ser humano;
- ✓ a possibilidade da visibilidade de um espaço que pode vir a ser autônomo (pois ainda está muito ligado às secretarias de governo) e que os atuais prefeitos eleitos e seus secretários podem participar se quiserem ou precisarem, vislumbrando a uma cogestão para a Atenção Psicossocial;
- ✓ maior interesse de usuários que, aos poucos, começam a conhecer a existência do espaço Fórum;
- ✓ um espaço que se intitula como intersetorial abre possibilidade de diferentes setores sentarem e conversarem sobre as dificuldades e projetos de cada um; incentivando a uma postura em que não haja somente cobranças, mas também uma responsabilidade compartilhada;
- ✓ e, por fim, a possibilidade de efetivação de uma rede intersetorial municipal e regional que sente e converse sobre temáticas comuns, dada a existência de um espaço para isso.

Com relação às dificuldades do espaço Fórum, por este agregar um grande número de profissionais com formações, crenças, interesses, desejos e objetivos muitas vezes diferentes e nem sempre congruentes, há a necessidade constante de diálogo, porque as decisões são aos poucos processadas. Isso faz alguns argumentarem sobre a impossibilidade de manutenção desse espaço, de uma rede intersetorial e conseqüente demora na efetivação de algumas ações apoiadas pelo Fórum.

Temos ainda a dificuldade profissional, independente de setor, em assumir responsabilidades compartilhadas, seja por não se sentirem seguros para isso, ou por realmente acharem que “se cada um fizer a sua parte o todo será feito”,

ou ainda por não terem noção de como atuar de forma intersetorial e compartilhada, indicando algumas necessidades a serem reforçadas na formação superior.

No entanto, principalmente temos a dificuldade de que as pessoas assumam esse espaço como delas e não somente de alguns, que não sejam apenas participantes, mas protagonistas de movimentos transformadores, na técnica e na gestão, e encenem mudanças no cenário da Saúde Mental vigente.

E o que temos por fazer? Uma das questões que permanece é como demonstrar a todos que a gestão e atenção não se dissociam e as ações podem ser compartilhadas. Durante as reuniões do FPISMO, houve momentos em que a gestão compartilhou decisões; porém, essa situação não é frequente nos municípios e nem regionalmente. Tivemos também momentos em que profissionais assumiram a gestão do seu papel, mas isso não ocorre com frequência.

O FPISMO, por ser um espaço de discussões e provocações que no momento não se constituem como uma instância nem consultiva nem deliberativa para o setor público, talvez em longo prazo não mantenha todos esses atores, apesar de se manter democrático. Por ser um processo, o FPISMO vislumbra a uma cogestão que provavelmente ainda não se efetivou.

E, talvez um dos principais efeitos do FPISMO seja a possibilidade do envolvimento dos participantes com um processo. O coletivo ajudando a pensar as relações, as ações e situações.

### **Em processamento**

Assim, esperamos ter demonstrado que espaços como o do Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos, não se iniciam por acaso; que se constituem por inúmeros fatores, alguns já citados. O FPISMO está em processo, assim como a possibilidade de efetivação de uma lógica da Atenção Psicossocial na região de Saúde aqui apresentada. Porém, desejamos não somente que o processo de construção do FPISMO tenha produzido e continue produzindo efeitos nas pessoas, nas instituições e estabelecimentos, como ainda ressaltamos a necessidade de uma escuta e um olhar ampliado para o ser humano, um ser integral.

Através da intencionalidade de propostas instituintes como a realizada no Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos, a qual convida à possibilidade da gestão compartilhada, pode ocorrer o fortalecimento e a efetivação das políticas públicas (humanização, promoção de saúde, educação permanente) no SUS.

Atitude que requer a construção de espaços coletivos locais e regionais onde possa ser desenvolvida a parceria entre os diferentes setores e entre os setores da própria saúde, e vise ao apoio à efetivação das políticas públicas em nosso país através da participação popular.

Exige, portanto, mudanças no cenário que encontramos hoje, a começar das pessoas e também em suas ações institucionais. Dessa forma, acreditamos que a criação de espaços coletivos intersetoriais como o Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos possa colaborar para proporcionar um olhar de mudança para todos que fazem parte dessa ação a qual pode vir a ser instituinte, ou ter momentos instituintes, como teve o processo aqui relatado, e serve como apoio na constante tessitura da rede intersetorial regional ainda em Saúde Mental, mas vislumbrando a uma Atenção Psicossocial.

O relato de uma experiência regional de formação de uma rede intersetorial é apenas um exemplo de ação que pode vivificar a possibilidade do cuidado e da promoção à saúde norteada pelo princípio da integralidade. A integração e o diálogo entre saberes de profissionais de diferentes setores podem reconstruir o olhar sobre o indivíduo em sofrimento psíquico, com a valorização da produção de vida.

O Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos pressupõe a possibilidade de uma gestão compartilhada e democrática. Acreditamos que só um trabalho efetivo de parceria intersetorial em cada município, trabalho este centrado nos princípios e orientações do SUS, e através de uma revisão de custos e aplicações devidas na área de saúde mental que deixe de lado preconceitos poderemos diminuir os custos com saúde de um modo geral. Olhar para o Sujeito em sofrimento psíquico é olhar para o Ser Humano como um todo, porque todos sofremos em algum momento da vida.

Ao refletirmos sobre a constituição do espaço do Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental da Região de Ourinhos (FPISMO), teremos, em alguns



momentos, a possibilidade da presença dos parâmetros da Atenção Psicossocial, aqui apresentados, a partir das discussões que ocorrem nesse espaço.

Quando se propõe a criação de um espaço em que os sujeitos tenham voz, sejam ativos, sejam protagonistas, temos a horizontalização das relações, a valorização da palavra e do posicionamento do saber do sujeito, considerando os efeitos que podem ser produzidos a partir dessa postura, pautados em uma ética e a necessidade de profissionais e instituições que produzam processos de subjetivação.

Quando falamos do FPISMO nesse estudo, queríamos nos remeter a esses conceitos da Atenção Psicossocial e que estes fossem a base de sua formação. Objetivamos a melhoria do cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico em nossa região de saúde, através da atuação profissional pautada pela ética da Atenção Psicossocial. E, que esses parâmetros ajudassem a ir além, para difusão dessas ideias nesse território ainda rodeado por saúde mental fragmentada.

Conceber uma rede regional intersetorial a partir da lógica da Atenção Psicossocial vai além de outras políticas, deixa para trás ações fragmentadas e isoladas. Pressupõe diálogo, discussões, pactuações, que só se efetivarão se existirem espaços coletivos que possibilitem o encontro de todos os envolvidos nessa rede. Espaços Fóruns podem ser exemplos de coletivos que se propõem essa configuração. Daí a reflexão sobre o conceito de redes intersetoriais e de redes de atenção à saúde e da importância de seu entendimento para a manutenção de espaços Fóruns nos territórios de saúde do qual fazem parte.

A construção de espaços coletivos intersetoriais como os dos Fóruns pode proporcionar um olhar de mudança para todos que fazem parte de uma possível ação instituinte, que pode ter como efeito mudança de paradigma, que priorize a integralidade da atenção e da gestão, baseada nos princípios aqui apresentados. A constituição de espaços de participação pode possibilitar a visibilidade de políticas públicas, se considerarmos o princípio da gestão compartilhada e participativa presente em todas elas e sua possível efetivação.

Diante do exposto, acreditamos que o processo de construção do FPISMO ainda continua. Não está pronto, nem fechado. Nós o vemos como um espaço onde os participantes possam viver suas dificuldades de trabalho, identificarem-se, serem acolhidos e, portanto, por meio das trocas, haver circulação

de conhecimentos e saberes, crescimento e ativação de processos de mudança, os quais nem sempre serão imediatamente perceptíveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, K. F. & ROCHA, M. L. **Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises**. Psicologia Ciência e Profissão, 2003, 23 (4), 64-73.

\_\_\_\_\_. **Micropolítica e o Exercício da Pesquisa intervenção: Referenciais e Dispositivos em Análise**. Psicologia Ciência e Profissão, 27 (4), 648-663, 2007.

AMARANTE, P. O Paradigma psiquiátrico (p.39-63). In: AMARANTE, P. **O Homem e a serpente – outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.39-63, 1996.

AZEVEDO, B. M. S; CARVALHO, S. R. O diário de campo como ferramenta e dispositivo para o ensino, a gestão e a pesquisa. In: CARVALHO; FERIGATO; BARROS. **Conexões Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2008.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

BARROS, R. B. de. & PASSOS, E. **A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade**. Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa, 16(1), 71-79, 2000.

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Trad. Plínio Dentzien. Jorge Zahar Editor, 2001.

BIRMAM, J; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária (p.41-72). In: AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BRASIL. DOU 29/6/2011. **Decreto 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. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Anais)

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006 b.

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.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da saúde, 2009 a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de Produção de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 c.

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. Brasília, 2011.

BRASIL. República Federativa. **Lei 10216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. São Paulo-SP. **Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006**. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas. São Paulo, 2006 c.

BUSS, P. M. & PELEGRINI FILHO, A. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teóricos-operacionais para a reforma do hospital**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.849-859, jul./ago.2007.

CAPRA, F. **A teia da vida** - Ed. Amana Key, 1996.

CARTA DE OTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Organização Pan Americana de Saúde. Ottawa, Canadá, 1986.

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

CID 10 – **Código Internacional de Doenças**, p.5, 1993.

COSTA-ROSA, A. **Ensaio 1. Modos de Produção das Instituições na Saúde Mental Coletiva. Efeitos na terapêutica e na ética, ou a subjetividade capitalística e a Outra**. In: **Operadores fundamentais da Atenção Psicossocial: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva**. Tese (Livre - docência em Psicologia Clínica). Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011, p.10-43.

\_\_\_\_\_. **Ensaio 2. A Instituição de Saúde Mental como Dispositivo Social de Produção de Subjetividade**. In: **Operadores fundamentais da Atenção Psicossocial: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva**. Tese (Livre - docência em Psicologia Clínica). Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011, p. 44-82.

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

DELEUZE, G. **A literatura e a vida**. Trad. P.P. Pelbart. *Crítica e Clínica*. São Paulo: Editora 34, 1997, p.11-16

DICIONÁRIO **MICHAELLIS**. Disponível em <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>. Acesso em 13/09/2012.

DUARTE, P. C. A. V. **Redes Sociais**. In: ANDRADE, A. G. (coord.). **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependente de drogas**. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília-DF, 2011.

DUARTE, P. C. A. V.; DALBOSCO, C. **A política e a legislação brasileira sobre drogas**. In: ANDRADE, A. G. (coord.). **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependente de drogas**. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília-DF, 2011.

ESCÓSSIA, L.; KASTRUP, V. **O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade**. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 295-304, 2005.

FONTES, O. I.; MOTTA, D. G.; MONTEIRO, M. I.; ZUCCOLOTTO, D. G.; SILVA, R. C.; MORGAN, D.; ANDRADE, F. M. E.; RODRIGUES, G.; SOUZA, F. C.; BOVO, F. C. B. **Formando recursos humanos para o SUS**: relato de uma experiência interdisciplinar. *Saúde em Revista*, Piracicaba, 5(11):21-28, 2003;

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: Saberes necessários à prática educativa. 25ª edição. São Paulo: Paz e Terra (Coleção Leitura), 1996.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

GADOTTI, M. **Convite à Leitura de Paulo Freire**. São Paulo: Scipione, 1989, p.26-41; 66; 73.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E. Pesquisa-Intervenção como método, a formação como intervenção. In: CARVALHO; FERIGATO; BARROS. **Conexões Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2008.

HESS, H. Momento do diário e diário dos momentos. In: ABRAHÃO, M. H. M. B.; SOUZA, E. C. (orgs). **Tempos narrativas e ficções**: a invenção de si. Porto Alegre, EDIPUCRS, 2006.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo Demográfico 2010. Disponível em [http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados\\_do\\_censo2010.php](http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php). Acessado em 24 de novembro de 2011.

KUSCHNIR, R.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS (p. 121-151). In: GODIM, Roberta (org.). **Qualificação de Gestores do SUS**. 2 edição, revista e ampliada. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2011.

L'ABBATE, S. **A análise institucional e a saúde coletiva**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1): 265-274, 2003.

\_\_\_\_\_. **Análise Institucional e Intervenção**: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine* Vol.8, nº1, p. 194-219, 2012.

LINS, Auristela Maciel; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **O discurso da institucionalização de práticas em saúde**: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. *Physis* [online], vol.18, n.3, pp. 483-499, 2008.

LOURAU, R. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: NAPE/UERJ, 1993.

\_\_\_\_\_. O instituinte contra o instituído. In.: ALTOÉ, S. (Org.) René Lourau. **Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004, p.47-65.

\_\_\_\_\_. Objeto e método da análise institucional. In.: ALTOÉ, S. (Org.) René Lourau. **Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 66-86

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS IV, **DSM- IV**, 2003.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Ed. Hucitec – ABRASCO, 1992.

MONCEAU, G. **Implicação, sobreimplicação e implicação profissional**. Fractal Revista de Psicologia, v. 20 – n. 1, p.19-26, Jan./Jun. 2008.

OMS. The World Health Report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope. Direção-Geral da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. 1.<sup>a</sup> edição, Lisboa, Abril de 2002.

\_\_\_\_\_. **Cuidados de Saúde Primários: Agora mais que nunca**. Relatório Mundial de Saúde 2008. Editor da versão Portuguesa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. 2008.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?** Revista de Saúde Pública, 32 (4), 299-316, 1998.

PAREPS. **Plano Regional de Educação Permanente em Saúde**. Colegiado de Gestão Regional em Saúde, Ourinhos-SP, 2012.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (org.). **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. 2 v. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

PAULON, S. M. **A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-intervenção**. Psicologia & Sociedade, 17 (3), 18-25, set-dez: 2005.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. **O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional**: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, Dez. 2011.

REIS, R. **Fórum de Saúde Mental no estado do Espírito Santo**: a configuração de um espaço público. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Espírito Santo, 2009.

ROCHA, M. L. **Psicologia e as práticas institucionais**: A pesquisa-intervenção em movimento. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 2, pp. 169-174, maio/ago, 2006.

RUSSCZYK, J. **O Fórum Gaúcho de Saúde Mental e os argumentos sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul**: relações sociais e princípios de justificação. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

SCARCELLI, I. R.; ALENCAR, S. L. S. **Saúde Mental e Saúde Coletiva: Intersetorialidade e Participação em Debate**. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Vol. 1, nº1, jan-abr. 2009 (CD-ROM).

TEIXEIRA, R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A.(organizadores). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; pp. 89-111. Disponível em: <http://www.corposem.org/rizoma/acolhiconversa.htm>. Acesso em 19/06/2012.

\_\_\_\_\_. **Humanização e Atenção Primária à Saúde**. *Ciênc. saúde coletiva*, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a16v10n3.pdf>. Acesso em 19/06/2012.

TURATO, E. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde**: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 2005; 39(3)507-14.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

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