

GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO COTIDIANO: CONTRIBUIÇÕES DA ANÁLISE DA REDE DE SANTOS

Management of mental health policy in daily life: contributions from the Santos network analysis

Fernanda de Jesus Ligeiro Braga ¹

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus ²

Artigo encaminhado: 01/04/2021

Artigo aceito para publicação: 11/03/2022

RESUMO: Entende-se que a gestão de uma política ocupa papel fundamental em sua efetivação, haja vista responsabilizar-se por seu direcionamento, acompanhamento e avaliação de resultados. Objetivou-se compreender de que formas a política de saúde mental se desenvolve no cotidiano, identificando potências e desafios a partir da perspectiva de gestores/as de serviços, da coordenação de saúde mental e de trabalhadores/as do município de Santos/SP. Foi realizada pesquisa qualitativa a partir de registro em diário de campo de três reuniões de um Fórum de Trabalhadores/as de Saúde Mental; da realização de um grupo focal com 10 membros/as de um Colegiado de Gestão; e de entrevista semiestruturada com um membro da coordenação de saúde mental. Observou-se que há desafios oriundos da construção do trabalho em equipe, da articulação em rede intra e intersetorial e da precarização dos serviços. A relação com as Universidades locais possibilita a integração de estudantes nos serviços, contribuindo para o tensionamento de questões pertinentes ao campo e para a formação continuada dos/as trabalhadores/as. Como forma de fortalecimento da política e visando uma gestão mais participativa, foram apontados os espaços do Colegiado e do Fórum, porém as discussões e ações desses encontram-se despontecializadas de sua função cogestiva pois pouco se traduzem em mudanças concretas. Percebe-se que há certa invisibilidade da contribuição do trabalho da gestão na sustentação do modelo de cuidado antimanicomial. O papel dos/as gestores/as abarca funções administrativas, técnicas, de formulação e realização da política, porém, é tomado por situações emergenciais, sendo esvaziado de sua vertente de produtor da política pública.

Palavras-chave: Sistema único de saúde. Saúde mental. Gestão em saúde. Reforma psiquiátrica.

¹ Psicóloga e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). braga_fernanda@outlook.com

² Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas e docente Adjunta do Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo. lucianasurjus@gmail.com

ABSTRACT: It is understood that the management of a policy plays a key role in its effectiveness, given that it is responsible for its direction, monitoring and evaluation of results. The aim was to understand how the mental health policy is developed in everyday life, identifying strengths and challenges from the perspective of service managers, mental health coordination and workers in the city of Santos/SP. Qualitative research was carried out based on field diary records of three meetings of a Mental Health Workers Forum; a focus group with 10 members of a Management Collegiate; and a semi-structured interview with a member of the mental health coordination. It was observed that there are challenges arising from the construction of team work, intra and intersectorial networking, and the precariousness of the services. The relationship with the local universities enables the integration of students in the services, contributing to the tensioning of issues pertinent to the field and to the continuing education of the workers. As a way of strengthening the policy and aiming at a more participative management, the Collegiate and Forum spaces were pointed out, but their discussions and actions are deprived from their cogestive function, since they are not translated into concrete changes. It can be noticed that there is a certain invisibility of the contribution of the management work in sustaining the antimanicomial model of care. The role of the managers includes administrative and technical functions, formulation and implementation of the policy, but it is taken by emergency situations, being emptied of its aspect of producer of the public policy.

Keywords: Unified health system. Mental health. Health management. Psychiatric reform.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 definiu o Brasil como um Estado Democrático de Direito, introduzindo um novo modelo de gestão pública o qual prevê a participação popular em espaços públicos de interlocução com o Estado. No âmbito da saúde, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, prevê a existência de conselhos de saúde em diferentes esferas de governo e na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, são explicitadas e detalhadas as instâncias de controle social e a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2003, foi instituída a Política Nacional de Humanização (PNH) para “efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários” (BRASIL, 2017). Nesse sentido, lança-se

mão dos conceitos de “gestão participativa” e “cogestão”, apresentados como sinônimos no texto, para caracterizar:

[...] um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política [...] (BRASIL, 2009, p.8).

Esses conceitos contribuíram para reformulações da gestão da clínica e da gestão do trabalho, também para discussões sobre a organização de espaços coletivos de gestão e a criação de dispositivos/arranjos - colegiados, fóruns, contratos de gestão, por exemplo- capazes de aproximar as demandas dos diversos atores/atrizes envolvidos/as. Apesar de gerar debates variados, um dos pontos centrais da PNH é a indissociabilidade entre gestão e clínica:

Se considerarmos que as organizações de saúde prestam serviços a partir da tradução do conhecimento de seus profissionais em decisões clínicas, o grau de autonomia e de controle desses profissionais no processo decisório é um dos elementos mais sensíveis, tanto na governança clínica como na atenção gerenciada (PADILHA et al, 2018, p.4250).

Desse modo, gestão e clínica são processos que se tocam e se afetam mutuamente, a todo o momento. Consoante a isso, Cecilio (2011) define que a gestão do cuidado em saúde possui múltiplas dimensões: 1) a individual; 2) a familiar; 3) a profissional; 4) a organizacional, que diz respeito ao que se é feito nos serviços de saúde, em termos de divisão técnica e social do trabalho; 5) a sistêmica, que se refere às conexões regulares, regulamentadas e formalizadas em formatos de redes, linhas e fluxos, por exemplo. A dimensão sistêmica influi diretamente no trabalho da gestão na medida em que está no domínio da negociação entre prestadores/as de serviços, compra de serviços, relações entre entes públicos e privados, programação orçamentário-financeira, formulação de políticas e estratégias de priorização de demandas e investimentos, etc. Por fim, há 6) a dimensão societária, que seria a mais ampla da gestão do cuidado, abrangendo a construção/produção das políticas públicas numa determinada sociedade, o papel do Estado nesse processo e a disputa de projetos societários que interferem nas condições de vida da população.

A partir de revisão da literatura, percebe-se que “gestão” aparece associada a diferentes termos, como cuidado, clínica, trabalho. Nota-se também

que os termos “gestão participativa”, “gestão democrática” e “cogestão” aparecem com grande frequência, muitas vezes tratados como sinônimos.

Um dos autores/as que amplia e conceitua essa discussão é Campos (2007), que propõe a estratégia da cogestão como forma de criar meios para que os fins de uma instituição sejam atingidos, considerando a multiplicidade de desejos e interesses dos diferentes sujeitos e/ou coletivos envolvidos e as necessidades sociais, de modo que não haja significativo desequilíbrio de poder entre as partes no processo de análise e tomada de decisões. Para o autor, os espaços coletivos podem se organizar em quatro modalidades: “Conselhos de cogestão; colegiados de gestão; dispositivos; diálogo e tomada de decisão no cotidiano” (CAMPOS, 2007, p.147), que conformam combinadamente sistemas de gestão participativa.

Consideramos que esses espaços são meios para se avançar no que tange à negociação e ao diálogo, “articulando os diferentes interesses em jogo, tentando definir linhas de ação que produzam inovações nos modos de funcionamento das estruturas institucionais” (DEMENSTEIN, 2011, p. 364).

Campos (2007) problematiza a repercussão do que se denomina Racionalidade Gerencial Hegemônica, que acaba por produzir no campo da saúde, sistemas os quais “mais do que comprar a força de trabalho, exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objetos de trabalho alheios (estranhos) a eles” (p.23), configurando uma heterogestão. Para se contrapor a essa racionalidade, o autor propõe um método de gestão de coletivos pautado na cogestão.

Onocko Campos (2013) concebe gestão “visando a produção de maiores graus de autonomia, criatividade e desalienação” (p.123) e levando em conta dimensões do gerir e do gerar. Estando o gerir sempre associado à gestão clássica, marcada pela ação sobre as ações dos outros e pelo controle da gerência com concentração de poder, assim como voltada ao aumento de produtividade e manutenção do *status quo*. E o gerar, por outro lado, objetivando utopicamente propostas autogestionárias, incentivaria graus de cogestão, produzindo “busca, movimento, desestabilização do instituído” (ONOCKO CAMPOS, 2013, p.124), bem como possibilitando a criação e a instituição de espaços nos quais se possa experimentar tomada de decisões coletivas.

1.1 Saúde Mental no SUS e a Rede de Atenção Psicossocial

A Reforma Psiquiátrica, protagonizada pelos movimentos de Luta Antimanicomial e junto com o Movimento da Reforma Sanitária, inseriu-se no contexto dos desafios da consolidação do SUS e impulsionou discussões e o desenvolvimento de políticas públicas de promoção de direitos, de superação das desigualdades sociais e de desenvolvimento social (ASSIS et al., 2014), propondo uma ruptura paradigmática relativa aos cuidados e concepções associados à loucura. Ademais, buscou consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, bem como romper com o cenário anterior que incluía denúncias de desassistência, maus tratos, violências e violação de direitos.

Nesse contexto, a gestão passa a ser também alvo de preocupações e críticas, uma vez que também tem interferência no tipo de lógica pretendida com a atenção psicossocial. Heck et al (2008) ressaltam que “nesta perspectiva temos que pensar a gestão como uma ação política com interlocução e avaliação, como um instrumento que requer uma metodologia específica que contemple a pluralidade e a interdisciplinaridade (...)” (p. 648). Desse modo, uma das vias de tradução do modelo proposto na concretude passa pela institucionalização de uma rede de serviços que trate de modo transversal o cuidado em saúde mental.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, é voltada para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e prevê diversos pontos de atenção em sua estrutura. Um deles são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que foram instituídos, por meio da Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, como forma de operacionalizar os preceitos ético-políticos defendidos pela Reforma Psiquiátrica e o disposto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, no concernente à assistência às pessoas com sofrimento psíquico grave. Em suas diferentes modalidades, são orientados para o cuidado em liberdade e a atuação territorial, entendendo que os/as loucos/as são sujeitos de direitos, contrapondo-se ao modelo hospitalocêntrico manicomial.

Apesar do modelo de atenção ter sido alterado, de um modo geral, em termos legislativos e de políticas públicas, durante as últimas décadas, o mesmo convive com contradições, que tencionam a todo instante a prática cotidiana nos

serviços de saúde, nas instâncias governamentais e de controle social. A Portaria nº 3.088/2011, por exemplo, apesar de privilegiar os serviços públicos territorializados na composição da RAPS, insere as comunidades terapêuticas como parte da mesma.

As contradições tornaram-se mais explícitas com as mudanças instituídas pela Portaria nº 3.588/2017 na RAPS, na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, por meio da Nota Técnica nº 11/2019, que foi revogada dias após sua publicação devido, sobretudo, às reações de movimentos sociais e entidades ligados à Luta Antimanicomial. Mesmo assim, tal documento e as portarias recentemente aprovadas revelam uma orientação que vai na contramão do cuidado em liberdade, da desinstitucionalização e das diretrizes construídas nas Conferências Nacionais de Saúde Mental ao recolocar o hospital psiquiátrico (monovalente) na rede de atenção, assim como fortalecer as comunidades terapêuticas como estratégia no atendimento a pessoas que fazem uso abusivo ou problemático de álcool e outras drogas.

Tais instituições, que atualmente acumulam parte expressiva do orçamento da união (WEBER, 2021), reproduzem características asilares, seja pela ausência de provisão de recursos para oferta de assistência integral em modalidade de internação, seja pela não garantia dos direitos, ambos expressos na Lei nº 10.216/2001, além de serem alvo de constatações de violações de direitos humanos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA [CFP] et al, 2018).

1.2 Contexto da cidade de Santos

A cidade de Santos foi vanguardista no rompimento com a estrutura manicomial e na proposição de um novo modelo de cuidado em saúde mental, sendo um dos berços da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tal pioneirismo possibilitou a construção e a implementação de uma rede de serviços ampla e robusta, sobretudo durante a década de 1990, que se mantém até os dias atuais. Somado a isso, vale pontuar o caráter direto da administração dos CAPS, dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Seção de Reabilitação Psicossocial (SERP) e Unidades Básicas de Saúde (com ou sem Núcleo de Ampliado de Saúde da Família- NASF) na cidade.

Atualmente, existem cinco CAPS III Adulto, voltados para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico grave que tenham mais de 18 anos, com

funcionamento 24 horas; um CAPS Álcool e Drogas (AD) II, que atende pessoas com sofrimento em decorrência do uso ou abuso de substâncias psicoativas; três CAPS infantojuvenis (ij) voltados ao atendimento de crianças e jovens em sofrimento psíquico grave; três SRTs e uma SERP, sendo todos esses serviços administrados de forma direta pela prefeitura. O município ainda conta com plantões psiquiátricos noturnos em um hospital municipal e há o Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental (PAI), serviço estadual de internação psiquiátrica de referência regional. Ademais, a Prefeitura Municipal de Santos mantém convênio direto com uma comunidade terapêutica.

Mesmo com a instituição de diretrizes e a regulamentação de serviços voltados à saúde mental e à atenção psicossocial pelo Governo Federal, Santos manteve por anos a estruturação de sua rede conforme vinha realizando desde o fim da década de 1980. A adequação às orientações nacionais vem se dando paulatinamente tanto em termos legais/ formais (cadastramento dos serviços, regularização de aspectos estruturais e de recursos humanos), quanto no que tange ao público atendido, orientações técnicas de funcionamento dos serviços e aos princípios que regem o fazer cotidiano dos mesmos.

Tendo como pressuposto a inseparabilidade entre clínica e gestão, e visando compreender o papel dos/as gestores/as no desenvolvimento da política de saúde mental, temos como objetivo descrever e analisar como têm se dado as práticas de gestão no cotidiano, com base na perspectiva dos/as gestores/as e trabalhadores/as participantes, apontando suas potências e desafios. Acreditamos que a explicitação de processos de trabalho possa contribuir com os/as gestores/as que trabalham com atenção psicossocial para uma maior qualificação e aperfeiçoamento de suas práticas, com vistas à efetivação das políticas públicas de saúde mental.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, de perspectiva hermenêutica crítica e narrativa (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2006; ONOCKO CAMPOS; Furtado, 2008). Para Gadamer (1999) são nossos próprios limites históricos que acabam por promover o destaque do objeto, o que define como história efetual, evidenciando o indivíduo como ser histórico no processo da experiência, devendo os seus pressupostos serem colocados em questão. Assim, baseamo-

nos na ideia de não neutralidade e da inexistência de um/a observador/a imparcial, em especial, quando o objeto de pesquisa faz parte do cotidiano das pesquisadoras, que é o caso deste estudo.

O conhecimento, assim, é produzido por meio de um círculo hermenêutico da compreensão que prevê um movimento de leitura espiral diante de um objeto ou fenômeno, submetido à interpretação a partir de nossos pré-conceitos que, ao serem explicitadas e colocadas em questão, podem ser reformulados. Para tanto o intérprete põe seus preconceitos ante o crivo do objeto num ciclo infinito e intermitente de interpretações. “Em suma, esse constante projetar de novo é o que perfaz o movimento semântico de compreender e de interpretar” (GADAMER, 2002, p.75).

Gadamer (1999) propõe que o conhecimento é uma construção da experiência, renunciando a ideia de verdade única e absoluta. Por isso também, optamos por usar a expressão “colheita de dados”, como sugerida por Passos e Kastrup (2013), ao invés de “coleta de dados”, a fim de afirmar o caráter de produção de informações, a partir do acompanhamento de processos de produção da realidade investigada, e não de descrição ou representação do mundo. Tendo como interesse os atores/atrizes envolvidos/as na gestão da política de saúde mental do município de Santos, definimos três dispositivos potencialmente implicados com tal processo: a Coordenação de Saúde Mental, o Colegiado de Gestão da Coordenação de Saúde Mental e o Fórum dos Trabalhadores/as de Saúde Mental acessados, respectivamente, por meio de entrevista semiestruturada, um grupo focal, e acompanhamento de três reuniões registradas em diários de campo. A pesquisa foi desenvolvida entre agosto de 2019 e março de 2020.

A Coordenação de Saúde Mental foi acessada por meio de entrevista semiestruturada com o coordenador de saúde mental municipal, a qual foi gravada (em áudio) e transcrita integralmente, sendo identificados núcleos argumentais neste material. Este recurso metodológico foi eleito com o intuito de acessar a experiência singular do entrevistado (PASSOS; KASTRUP, 2013) no cargo de coordenador, abordando aspectos de sua trajetória profissional, compreensão da função da gestão, diretrizes que norteiam sua atuação enquanto coordenador, estratégias de comunicação com outros/as gestores/as,

equipes e usuários/as, processos e cotidiano de trabalho internos da Secretaria Municipal de Saúde, potências e desafios de sua atuação.

Do grupo focal participaram dez das 13 pessoas (P1 a P10) que integram um Colegiado de Gestão - cuja composição conta com os/as gestores/as da SERP, dos nove CAPS existentes na cidade, o coordenador de saúde mental e duas apoiadoras desta coordenação-, além da pesquisadora (que desempenhou o papel de moderadora/facilitadora) e de duas observadoras.

O encontro foi pautado em um roteiro de questões que abordava as concepções sobre a função de gestão, os dispositivos e as estratégias de gestão a nível local e municipal, o cotidiano de trabalho, o papel dos/as gestores/as nas unidades de saúde mental, as potências e os desafios do cargo, bem como as diretrizes ético-políticas norteadoras das práticas. A reunião do grupo foi gravada (em áudio), transcrita integralmente e a partir disso houve a identificação de núcleos argumentais no material, com base nos quais foi produzida uma narrativa. A mesma foi apresentada aos/às participantes da pesquisa em um segundo encontro, denominado grupo hermenêutico, que pretendeu, como forma de devolutiva e validação, avaliar criticamente se os sentidos expostos no texto, e as ênfases percebidas pelas pesquisadoras dialogaram com as experiências compartilhadas. Também foi elaborado um formulário online de preenchimento anônimo com a intenção de caracterizar o grupo de participantes.

Da mesma forma se deu a sistematização do material colhido da participação nas reuniões do Fórum. A composição do Fórum de Trabalhadores/as nas três reuniões que acompanhamos variou significativamente em termos de participantes: no primeiro encontro, 36 pessoas (26 trabalhadores/as e dez residentes); no segundo, 22 pessoas (13 trabalhadores/as, oito residentes e um/a estagiário/a), e no terceiro, 18 presentes (nove trabalhadores/as, sete residentes e dois/duas estagiários/as). Vale apontar que o Fórum conta com uma comissão, formada por três trabalhadores/as, que contribui para a organização das pautas e confecção das atas.

Após serem destacados os núcleos argumentais e subeixos específicos identificados em cada dispositivo, os mesmos foram agrupados em dois eixos temáticos definidos a priori: 1) “Concepções acerca da organização das práticas: entre o teórico-conceitual e o ético-político” e 2) “Concepções acerca da organização do trabalho: como se opera a política no cotidiano”. Neste trabalho,

abordaremos os conteúdos elencados no segundo eixo: afinal, como a política é operacionalizada no dia a dia?

Todos os aspectos éticos foram cumpridos, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (n. CAAE: 18017619.7.0000.5505).

Acessamos alguns espaços formais de gestão dentro da política de saúde mental municipal e outros, como conselhos, conferências e assembleias não foram possíveis de serem abarcados neste estudo. O controle social é compreendido como uma instância de gestão, porém com normativas e desenhos que exigiriam outros esforços que não foram possíveis nesse momento. Mesmo assim, notamos que houve poucas referências aos mesmos, o que nos faz questionar qual é a influência real dessas instâncias para o desenvolvimento dessa política no município.

Outra limitação do trabalho foi a identificação e acesso a espaços agenciadores e dispositivos de participação de maneira não predeterminada ou sistemática, espaços, como definiu Campos (2007), que ocorrem de maneiras espontâneas no cotidiano. Acreditamos que os processos de cogestão precisam extrapolar um sentido formal, normativo ou mesmo jurídico.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A gestão da saúde mental no município é realizada atualmente a partir de uma coordenação municipal (coordenador e duas apoiadoras), bem como de um Colegiado de Gestão composto por gestores/as dos CAPS e da SERP, além da própria coordenação. Considerando a perspectiva de gestão participativa e cogestão, foi tomado neste trabalho, ainda, o Fórum de Trabalhadores/as de Saúde Mental como espaço potencial de gestão.

O grupo focal, realizado com o Colegiado de Gestão, apontou questões acerca da *concretização da RAPS*, da rede não sustentar os processos como estão previstos na política no tocante à dificuldade na articulação intra e intersetorial. Quando a rede funciona, geralmente, ocorre por conta de relações pessoais entre os/as trabalhadores/as, não dentro de um fluxo institucional. Apesar de não ter sido um consenso no grupo, sugeriu-se que houvesse normas, diretrizes e protocolos mais claros como forma de combater esse desafio. Entre o risco de se enrijecer as práticas ou de se manter uma abertura com inúmeras

indefinições, há um tanto no tecer da rede que se dá com base na conversa cotidiana e de forma discricionária.

A dimensão sistêmica descrita por Cecilio (2011) trata justamente desse âmbito. Como criar fluxos e redes, bem como articular a comunicação entre diferentes sistemas? Apesar de os serviços mencionados pertencerem (com exceção dos serviços de urgência e emergência) à administração direta da prefeitura, a coordenação dos mesmos se dá de forma fragmentada, ficando a cargo, sobretudo, das unidades o estabelecimento de “parcerias”, que ganham uma roupagem informal, arranjada e temporária. Desse modo, cabe pensar na formalização de esquemas que possam transcender pactuações individuais como forma de se combater também a descontinuidade administrativa (PAIM, 2008).

A coordenação salientou o desafio da “*gestão do trabalhador/a*” no sentido de haver déficit de recursos humanos, o que acarreta na sobrecarga e adoecimento dos/as trabalhadores/as que estão atuando nos serviços. Apesar dessa questão também ter sido levantada no grupo focal, neste houve ênfase no nível de infraestrutura.

“[...] a minha primeira sensação como chefe de seção foi que eu era dona de uma casa velha e que eu não tinha como arrumá-la porque tudo depende de outras coisas [...].” (P1)

“É que ela pegou uma casa velha, caindo aos pedaços. Eu, no meu caso, peguei uma casa boa que eu tô vendo que tá começando a ruir e aí a gente não tem pra onde correr, não tem o que fazer pra gente não ver aquilo virar uma casa velha.” (P2)

Os/as chefes de seção (gestores/as das unidades) referiram que não há manutenção nos serviços e que apesar de produzirem diversos relatórios sobre a situação física das unidades, pouco é efetivamente feito, sobretudo, sem a interferência de agentes externos, como vereadores/as. Outra questão é a falta de acessibilidade e insuficientes tecnologias de informação nos serviços. Tal quadro parece ser de certa forma naturalizado como parte de um processo em curso de sucateamento nacional do SUS, de precarização dos serviços e do trabalho a nível estrutural, material, técnico e de mecanismos de gestão. Como forma de resistir a isso depositam-se expectativas em lidar com as adversidades na figura do/a trabalhador/a.

O *trabalho em equipe* foi abordado tanto no grupo focal quanto na entrevista com a coordenação. Esta destacou a autonomia da equipe na

avaliação e tomada de decisões, bem como a figura da chefia como fundamental na mediação de questões com a equipe e por isso a importância da habilitação (processo seletivo para o cargo) dos/as mesmos/as para assegurar sua capacidade técnica e vontade em exercer a função. Por outro lado, os/as chefes de seção destacaram a presença de práticas manicomiais, comportamentos cristalizados de trabalhadores/as que não se identificam com o trabalho em saúde mental no interior das equipes.

As contradições dentro desse campo se dão não apenas no âmbito legislativo, com normativas que delineiam orientações conflitantes, mas também no dia a dia, envolvendo a formação profissional e posições ético-políticas que nem sempre se alinham com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e com o que vem sendo pautado nas Conferências Nacionais de Saúde Mental (REBOLI; KRÜGUER, 2013). Tais contradições parecem influenciar o cotidiano das equipes, sendo requeridas habilidades e competências específicas dos/as profissionais para a atuação nos CAPS dentro da perspectiva do cuidado em liberdade.

Como contraponto, no grupo focal, falaram sobre a inserção de residentes e estagiários/as nos serviços como fomentadores/as de discussões e importantes colaboradores/as na construção/desenvolvimento de novas práticas. Sobre isso, a coordenação salientou a *participação das Universidades na construção da rede*, no sentido de “reoxigenar”, renovar e fortalecer processos de trabalho e os/as próprios/as trabalhadores/as. A cidade conta com diversas Universidades públicas e privadas, com as quais, sobretudo, com uma determinada com a qual a prefeitura estabelece convênio, o que facilita a inserção de estudantes no cotidiano dos serviços, bem como a circulação de trabalhadores/as na Universidade através de programas de pós-graduação, grupos de pesquisa e de extensão.

Ter um grupo heterogêneo e multiprofissional pareceu ser o ideal para os/as participantes, na medida em que há a composição de saberes teóricos e reflexões atuais pelos/as mais jovens, ao mesmo tempo em que os/as trabalhadores/as com mais experiência contribuem também com uma rapidez no raciocínio e pragmatismo na tomada de decisões. Sampaio et al (2011) elenca três ordens de vantagens do trabalho em equipe na clínica psicossocial:

Ideológica - o trabalho em equipe impede a hegemonia de um dos vários saberes que buscam dar conta do processo saúde/doença mental, portanto a prática onipotente e acrítica; b) Teórica - o trabalho em equipe expõe as teorias à competição, obrigando-as a aperfeiçoarem seus instrumentos, a interconterem-se e a interfertilizarem-se; e, c) Organizacional - devido à complexidade crescente do conhecimento, não é mais possível, a qualquer trabalhador isolado, dar conta da totalidade de um problema, daí a equipe tornar-se imposição histórica, não escolha (p.4686).

Os contrastes de visões de mundo, de ser humano, geracionais e de formação, no entanto, são difíceis de serem administrados, visto que há uma polarização que por vezes impede a comunicação entre as partes. A figura do/a gestor/a apareceu, assim como apontado pela coordenação, como mediadora dessas relações internas da equipe e também como direcionadora de tarefas de acordo com o perfil dos/as trabalhadores/as.

Sampaio et al (2011) identifica que o trabalho em equipe, em saúde mental, conta com uma problemática tridimensional: entre os/as profissionais, devido à diferença de formações; entre a equipe e os/as gestores/as, já que estes lançam mão de tecnologias de gestão produzidas em outros processos de trabalho; e, entre a equipe e os/as usuários/as, vez que se torna necessário reconhecê-los/as como cidadãos/ãs e não como consumidores/as ou agraciados/as.

No grupo focal, os/as gestoras/es enfatizaram que diariamente “brigam” e “lutam”, como uma ação intrínseca ao cargo de chefia. Brigam dentro das equipes, com colegas da RAPS e de outros setores (educação e assistência social, principalmente), com o judiciário a fim de assegurar que os/as usuários/as tenham “[...] *direito de estar no mundo assim como todos os outros*”, assim afirmou uma das gestoras. Consonante a isso, o grupo levantou a questão da repetição como outra característica da função de chefia. Repetição de falas que reflitam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

[...] Conseguimos êxitos isolados, mas, no geral, é uma grande briga. Afinal, estamos num campo de batalha? Esse é o campo em que atuamos (Narrativa Grupo Focal).

Nesse ponto, fica evidente que as práticas cotidianas de trabalho e de cuidado passam por uma *disputa permanente* em defesa de um projeto societário de inclusão, de respeito às diferenças, de garantia de direitos plenos

de cidadania, de emancipação e de liberdade, o que fica ainda mais claro em um contexto de retrocessos legislativos, políticos-econômicos, de compreensão sobre ciência e processo saúde-doença no qual o Brasil se encontra.

Estar na ponta da gestão, isto é, ser chefia nos serviços, a unidade mais próxima do território e dos/as usuários/as, é operar diretamente no cotidiano, executando, intervindo, construindo e sustentando processos de trabalho. Ao mesmo tempo em que enxergam como parte desse fazer a *mediação* entre a coordenação e a equipe, estar nesse “entre” e atender às solicitações de ambas as partes foi denominado o “cu de plantão”. Termo lançado por uma das participantes e que ressoou imediatamente em todos/as do grupo, promovendo um momento de identificação.

Será esse um dos motivos para que essa função seja evitada? Observamos que cinco pessoas estão no máximo há um ano nas unidades em que trabalham e que seis estão há menos de um ano no cargo de chefia, sendo que somente três participantes possuem alguma formação em gestão pública. Trata-se, portanto, de um coletivo que vem se constituindo há pouco tempo. Levantamos a hipótese que haja uma rotatividade que expressa a dificuldade na escolha e sustentação desse cargo, visto que há correspondência entre o tempo de atuação nos serviços e o tempo de exercício do cargo de chefia, podendo indicar que houve deslocamento de pessoas entre as equipes para garantir que a função fosse ocupada nas unidades.

Uma discussão que gerou dissensos no coletivo foi no aspecto de tomada de decisões, em que alguns/as defenderam que a chefia deve impor e decidir alguns processos (sobretudo administrativos, de organização de escalas, de confecção de relatórios), apesar de consultar o coletivo. Outros/as afirmaram, todavia, que a gestão deve ser a mais participativa possível, incluindo a equipe em todas as discussões e tomadas de decisão que dizem respeito à unidade, uma vez que é a equipe que sustentará efetivamente os processos.

“[...] a gente recebe decisões que a gente tem que cumprir, entendeu? Se a coisa dá certo, ninguém te procura, mas quando dá errado, você tem que resolver” (P3).

Em contrapartida, ressaltam, como ilustra a fala acima, que quando algum processo não ocorre como esperado ou algum problema surge é o/a gestor/a que é chamado/a para responder, responsabilizar-se e resolver. Isso faria parte

do que é *estar como gestor/a* de um serviço. Reconhece-se também que mesmo coletivizando situações e problemáticas, a palavra da chefia tem outro peso nos processos decisórios dentro da equipe.

“[...] Entendemos que o cargo de chefe de seção abrange pelo menos quatro funções: técnica, fazer acolhimento, fazer grupo, participar de convivência, de matriciamento, de discussões de caso, ter referências, realizar visitas domiciliares; administrativa, confeccionar relatórios, responder processos e ouvidorias; de chefia, participação no Colegiado, audiências, reuniões de rede; e de luta, reivindicando melhores condições de trabalho e direitos. Fazemos de um tudo. Fazemos café, servimos almoço, corremos atrás de usuário/a, subimos no telhado, matamos rato. Ocupamos múltiplos papéis, vamos nos subdividindo conforme onde está faltando. Temos um sério problema de RH, então nos colocamos nesses lugares, mesmo não achando isso certo, entretanto o fazemos para garantir o funcionamento do serviço. Mas qual seria o nosso lugar?” (Narrativa Grupo Focal).

Vimos no excerto acima que os/as gestores/as ocupam diversos papéis, o que, por vezes, pode causar certa confusão e sobrecarga de trabalho. Apesar disso, alguns/as participantes afirmaram que o que realmente os/as desgastam não é o acúmulo de atividades, mas sim a *necessidade de repetição* e defesa de discursos antimanicômiais.

“[...] porque tá na gestão do CAPS é um ato político de resistência e de garantia de direitos humanos” (P4).

A esse respeito, Cohn (2009) alerta para a questão de que nos detemos na dimensão técnica da gerência dos serviços, havendo um esvaziamento da dimensão da política e do conteúdo social da saúde em promover ações emancipatórias. Campos (2007), ao se referir à Racionalidade Gerencial Hegemônica, identifica que um dos elementos fundamentais que a constituem é a diminuição do espaço para reflexão e decisão autônoma sobre tarefas, cerceando possibilidades de criação, imaginação e decisão dos/as trabalhadores/as sobre seu próprio trabalho.

Dentro da dimensão organizacional (CECILIO, 2011), o/a, gestor/a apesar de ser membro da equipe, não é qualquer um/a, possui uma função diferenciada, para estar “gerente”. Onocko Campos (2013) relaciona alguns atributos: formação técnica em gerência e em saúde; se ver com questões, angústias, dúvidas e incertezas entre o autoritarismo e a omissão; ser um pouco coordenador/a, no sentido de propiciar uma grupalidade operativa em que as pessoas possam experienciar autonomia e criatividade. Aqui o/a gestor/a deve

cumprir algumas funções de suporte, de limite como continência, de limite como castração (sendo a voz da lei organizacional).

Almeida e Merlo (2008) descrevem que “as posições de gerência consistem em atividades de planejamento, organização, direção e verificação daquilo que foi executado, para que sejam atingidos os objetivos da área sob a administração do gerente” (p.143) e da própria organização. Destacam que esta função necessariamente envolve a gestão de pessoas.

Entre os processos de trabalho da coordenação, o gestor municipal também elencou a grande quantidade de processos administrativos e judiciais, além de inúmeros e-mails a serem respondidos e a participação em reuniões técnicas. Sobre isso, reconhece-se que a *gestão de situações abruptas e urgentes* ainda é o que norteia o cotidiano da coordenação, estimando que apenas 40 ou 50% é do planejamento.

Ainda assim, foram apontados alguns dispositivos e estratégias de gestão nesse contexto: a composição em comissões do Conselho Municipal de Saúde e do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, que favorece o fortalecimento do trabalho em rede; o Fórum dos/as Trabalhadores/as de Saúde Mental, que possibilita um espaço de discussão entre trabalhadores/as e gestores/as a respeito de sua práxis na política de saúde mental; e, o Colegiado de Gestão, que ocorre semanalmente com todos/as chefes de seção. Vale destacarmos, entretanto, que essas instâncias não surgiram espontaneamente no discurso do Colegiado, a menção ao Fórum só ocorreu com a intervenção da facilitadora, gerando também poucos desdobramentos na discussão após sua menção.

A formulação de Diretrizes Municipais de Saúde Mental foi declarada um ganho, no sentido de organizar objetivos e responsabilidades com a participação de todas as chefias, de modo horizontal. Todavia, não ficou claro como se dá o acompanhamento e a avaliação das mesmas, nem quais os indicadores para apreciar seus avanços.

O grupo focal também abordou a importância dessas diretrizes em nortear o trabalho e promover discussões conceituais nas equipes, no entanto o coletivo elucidou que com o passar do tempo não se retornou para a discussão dessas questões da política nas equipes e no próprio Colegiado. Este espaço, na concepção do grupo, perdeu potência, pois há um desgaste com questões

difíceis de serem resolvidas e que, na maior parte das vezes, foge da governabilidade das chefias, do Colegiado e da própria coordenação, gerando grande frustração e cansaço nos/as gestores/as. Embora o compartilhamento de dificuldades e problemáticas seja visto como positivo, no sentido de se coletivizar as questões entre as unidades, isso acaba tomando grande parte do tempo das reuniões.

Tal diagnóstico configura uma *gestão pautada na falta*: falta de estrutura, falta de recursos humanos, falta de espaços participativos, falta de tempo, etc., marcando um processo de desinvestimento, desfinanciamento e precarização dos serviços de saúde, mas também um processo de despolitização dos espaços de cogestão de política pública na medida em que também pouco se consegue dialogar com outras instâncias e efetivamente implementar mudanças concretas. Apesar da existência de espaços de cogestão facilitar processos participativos, isso não garante que haja efetivamente a gestão da política nos mesmos, como vimos nos relatos dos/as participantes da pesquisa. Assim posto, qual é a função dos dispositivos de cogestão? Estes possibilitam a definição de estratégias para a sustentação de uma clínica do cuidado em liberdade, com uma análise clara de conjuntura? Quanto esses espaços têm ficado restritos à condução administrativa/burocrática das questões, e, no máximo, para um desabafo coletivo? Este, embora possa produzir pertencimento coletivo (e isso é importante), não inclui os/as beneficiários/as diretos/as dessa política, e pode não se materializar em respostas concretas à produção de cuidado.

No âmbito das unidades, outros dispositivos despontam como formas de efetivar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, como o trabalho em equipe multiprofissional almejando uma atuação interdisciplinar, as ações territoriais, o serviço de porta aberta com garantia de acolhimento imediato (sem fila de espera ou necessidade de agendamento) e, o matriciamento que potencializa articulações no território com órgãos governamentais e não governamentais. Ademais, o trabalho com o coletivo, seja de usuários/as, seja de trabalhadores/as, aparece como um objetivo da atuação nos CAPS e, para tanto, as assembleias, os Conselhos Gestores Locais, as reuniões de equipe, as passagens de plantão são espaços que possibilitam a *ampliação da comunicação* entre gestores/as, trabalhadores/as, usuários/as e familiares.

Entretanto, é expressa a dificuldade de reunir as pessoas, de a equipe falar a mesma linguagem e de sustentar diálogos com a comunidade. Por vezes, os espaços criados são esvaziados ou contam com pouca espontaneidade e ação, sobretudo dos/as usuários/as. Em outros momentos, pactuações feitas nesses coletivos são invalidadas e ignoradas por pessoas que não participaram da discussão ou que foram contra as propostas apresentadas, o que enfraquece e fere a autonomia das decisões coletivas.

Discute-se que “a fragmentação das demandas sociais pós-democratização contribuiu, junto com a despolitização da sociedade, com a paralisia do movimento social em saúde” (DURAN; GERSHMAN, 2014, p.893). Paim (2008) avalia de forma crítica que a Reforma Sanitária Brasileira, apesar de ter conquistado avanços importantes, fixou-se na dimensão institucional negligenciando outros elementos fundamentais do projeto original.

Enfim, pouco se avançou na efetivação da integralidade e da igualdade, na institucionalização da carreira de gestor ou na influência da sociedade civil e dos conselhos de saúde sobre a formulação de políticas e de estratégias do SUS (PAIM, 2008, p.298).

Assim, vemos ainda grandes desafios para um SUS universal, humanizado e de qualidade, e destacamos, nesse sentido, a necessidade de investimento na elevação da consciência sanitária da população, em processos de educação continuada aos/às trabalhadores/as e na criação, bem como fortalecimento de dispositivos de cogestão com participação de usuários/as, trabalhadores/as e gestores/as que efetivamente atuem na gestão e condução da política de saúde.

Esse desafio também foi observado durante a pesquisa no Fórum. Entre as principais temáticas discutidas nos encontros acompanhados estava a dificuldade de mobilização.

Durante uma das reuniões foi realizada uma avaliação das ações do Fórum no ano de 2019 elencaram-se as principais discussões e ações que permearam o espaço, entre as quais: a formulação de uma ficha de acolhimento padronizada para todos os CAPS do município (cuja discussão, aprovação e implementação ocorreram durante o ano), a confecção da carta de trabalhadores/as de saúde mental de Santos e do regimento interno do Fórum;

a construção de eventos na rede; e o compartilhamento de experiências positivas e negativas em cada unidade.

Observamos que, embora na entrevista com a coordenação e no grupo focal o Fórum tenha sido mencionado como um espaço potente e importante na construção da política de saúde mental municipal, na prática, os encontros têm sido esvaziados e há a predominância de presença dos/as residentes, que, vale ressaltar, são atores/atrizes temporários na rede. Os/as trabalhadores/as também questionam a real legitimidade para a tomada de decisões diante de instâncias administrativas superiores e para representar o próprio coletivo de trabalhadores/as. O espaço do Fórum é reconhecido como um espaço de gestão? Ou serve apenas a uma dimensão burocrática, técnica e operacional? As discussões sobre acolhimento, por exemplo, ecoaram ou seus efeitos resumiram-se à produção instrumental de uma ficha? Produção esta que não deve deixar de ser valorizada, pois surgiu e foi desenvolvida autonomamente por um coletivo que entendeu ser uma necessidade para o desenvolvimento de suas práticas cotidianas de trabalho. Mas, será que isso basta?

A instabilidade e as dúvidas surgem também em consonância com a conjuntura de polarização e de desmonte do SUS e de outras políticas sociais. Tendo em vista esta dimensão que alarma tanto gestores/as quanto trabalhadores/as, com as novas regulamentações, onde e como são discutidas essas mudanças? Como são alinhados posicionamentos e estratégias diante desse contexto tão inquietante?

Ao falar de potências da gestão e as motivações para o exercício desse cargo o reconhecimento do Colegiado e da coordenação como um coletivo antimanicomial e que fala “a mesma voz”; a liberdade de experimentação de modos de cuidado e ações nos CAPS; fazer valer a Reforma Psiquiátrica e os direitos humanos foram apontados como os principais motores para desempenharem a função de chefia.

Apesar dos entraves e contradições encontrados, não podemos desconsiderar o contexto histórico de Santos, a administração dos serviços de saúde mental mantidos de forma direta pela prefeitura, a relação próxima e perene entre os serviços e a Universidade, bem como o não recuo público do modelo pautado no cuidado em liberdade pelos/as gestores/as participantes da

pesquisa. Características estas que questionamos se podem ser encontradas com frequência em outras cidades brasileiras.

Com a revisão de literatura deparamo-nos com uma gama de termos e sentidos relacionados à gestão, tais como gestão de pessoas, gestão do trabalho, gestão do cuidado, gestão da clínica, cogestão, gestão colegiada, gestão coletiva, gestão pública e gestão participativa. Em consonância com a literatura, parece-nos, no universo da política de saúde mental e do contexto sociopolítico em que nos encontramos, mais adequado falar de cogestão e gestão participativa como forma de sustentar processos democráticos e horizontais de trocas de saberes e práticas, de maior distribuição de poderes, de tomada de decisões que levem em conta os desejos e as necessidades dos/as atores/atrizes e instituições envolvidas, como assim propôs Campos (2007).

A partir da pesquisa realizada, observamos que a gestão possui importância fundamental para a sustentação do modelo de cuidado de base territorial e comunitária, mas ainda “o usuário-cidadão encontra-se bastante distante de ser reconhecido como centro das formulações e operacionalização das políticas e ações de saúde” (PAIM, 2008). Defendemos, assim, o fortalecimento e a ampliação de espaços de cogestão como um direcionamento principal para a condução da política de saúde e de saúde mental como postura ético-política e como forma de resposta aos diversos ataques sofridos pelo setor, afinal não existem conquistas irreversíveis.

Ao mesmo tempo, faz-se indispensável elucidarmos os papéis, as responsabilidades e as ações que implicam cada um/a dos/as partícipes dessa construção, pois não podemos negar a heterogeneidade de interesses e projetos que atravessam um grupo, uma instituição, um sistema.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão em saúde mental envolve uma multiplicidade de dimensões. As diretrizes da Reforma Psiquiátrica e a defesa dos direitos humanos aparecem como norte para o desenvolvimento de práticas nesse campo pelos/as gestores/as. Contudo, são identificadas diversas dificuldades para a concretização da RAPS, entre elas: o trabalho em rede, o trabalho em equipe, a intersetorialidade, a precarização de infraestrutura e do trabalho. Questões essas que se intensificam na conjuntura política atual com a aprovação de leis e

medidas no âmbito federal que apostam política e financeiramente em estratégias e instituições alheias à rede pública.

Em meio a isso, o papel dos/as gestores/as abrange funções administrativas, técnicas, de gestão e políticas. As chefias das unidades são mediadores/as da comunicação intra equipe e da mesma com a coordenação, assim como com outros pontos da rede, de modo que há o predomínio de expressões como “luta”, “briga”, “defesa” e “repetição” na definição de seu cotidiano de trabalho.

Os/as gestores/as ocupam um papel fundamental para a transição da política de saúde mental municipal pautada nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, no entanto essa função é por vezes descaracterizada, sendo desempenhada de acordo com as necessidades iminentes do dia a dia. Devido a isso, as dimensões da formulação, planejamento e avaliação das ações tendem a ocupar lugar secundário na condução da política.

Observamos que o fazer da gestão, por vezes, é invisibilizado no cotidiano do trabalho em saúde mental e também desvalorizado como um pilar de sustentação da Reforma Psiquiátrica. Sobre isso, na revisão de literatura encontramos poucos trabalhos que tinham como foco os/as atores/atrizes que atuam nessa função, quando não, eram generalizados/as no conjunto de trabalhadores/as.

O Fórum, espaço de cogestão da política, parece ser despotencializado pela pouca repercussão de suas contribuições para a gestão. Os conselhos locais de saúde, embora não tenham sido objetos desse estudo, não aparecem nos discursos, entendendo que também não têm sido considerados espaços de cogestão da política. Ressaltamos a importância de investimento na formação, supervisão e consolidação de espaços de cogestão para que se estabeleça como dispositivo efetivo de implantação da Política, podendo assim facilitar que os discursos e interesses dos diversos grupos circulem e sejam considerados efetivamente no processo de tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Letícia Laurino; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Manda quem pode, obedece quem tem juízo: prazer e sofrimento psíquico em cargos de gerência. *Cad Psico Social Trab.* 11 (2): 139-57, 2008.

ASSIS, Jaqueline Tavares de et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, (52): 88-113, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, 2017. Disponível em: < [BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão*. 2ª ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.](https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus#:~:text=A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Humaniza%C3%A7%C3%A3o,entre%20gestores%2C%20trabalhadores%20e%20usu%C3%A1rios.> . Acesso em: 31 de mar. de 2021.</p></div><div data-bbox=)

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, 15 (37): 589-99, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de ago. de 2019.

COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cad Saúde Pública*. 25 (7): 1614-19, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA [CFP]; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA [MPCT]; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO [PFDC]; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL MPF]. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. Brasília DF, 2018

DIMENSTEIN, Magda. Experiências espanholas e sua contribuição à rede de recursos psicossociais no Brasil. *Estudos de Psicologia*. 16 (3): 363-372, 2011.

DURÁN, Paulo Renato Flores; GERSCHMAN, Silvia. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. *Saúde Soc*. São Paulo, 23 (3): 884-96, 2014.

GADAMER, Hans-Georg. *Verdade e método*. 3ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

GADAMER, Hans-Georg. *Verdade e Método II: complementos e índice*. Petrópolis: Vozes, 2002.

HECK, Rita Maria et al. Gestão e Saúde Mental: percepções a partir de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, 17 (4): 647-55, 2008.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos GWS. *Saúde Paidéia*, p. 122-149. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*, 22 (5): 1053-62, 2006.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saúde Pública*. 42 (6): 1090-96, 2008.

PADILHA, Roberto de Queiroz et al. Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23 (12): 4249-57, dez 2018. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001204249&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 de fev. de 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e Revolução Passiva no Brasil. In: PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão crítica* [online], p.291-322. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: < <http://books.scielo.org/>>. Acesso em: 31 de mar. de 2021.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. *Fractal (Niterói)* 25 (2): 391-413, 2013.

REBOLI, Karla Garcia; KRÜGER, Tânia Regina. Participação e Saúde Mental: as Conferências Nacionais de Saúde Mental. Florianópolis: *Congresso Catarinense de Assistentes Sociais*, 2013. Disponível em: < <http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Participa%C3%A7%C3%A3o-e-Sa%C3%BAde-Mental-as-Confer%C3%A2ncias-nacionais-de-sa%C3%BAde-mental.pdf>>.

SAMPAIO, José Jackson Coelho et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Cien Saude Colet.*, 16 (12): 4685-94, 2011.

WEBER, Renata. O financiamento público de comunidades terapêuticas: Gastos federais entre 2010 e 2019. In: RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). *Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil*. Brooklyn: Social Science Research Council, 2021.