



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM
ENFERMAGEM E SAÚDE

RÂNDSON SOARES DE SOUZA

“Os armadores, os punhos e o tecido vivo do planejamento da Rede de Atenção Psicossocial: desafios políticos-institucionais e perspectivas tecnoassistenciais em saúde e enfermagem”

FORTALEZA - CE

2013

RÂNDSON SOARES DE SOUZA

“Os armadores, os punhos e o tecido vivo do planejamento da Rede de Atenção Psicossocial: desafios políticos-institucionais e perspectivas tecnoassistenciais em saúde e enfermagem”

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos de Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

Linha de Pesquisa: Políticas e Gestão para a Prática Clínica em Enfermagem e Saúde

FORTALEZA – CE

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho
Bibliotecário Responsável – Francisco Welton Silva Rios – CRB-3 / 919

S729a

Souza, Rândson Soares de

Os armadores, os punhos e o tecido vivo na conformação da rede de atenção psicossocial da região de Cascavel-Ceará: desafios político-institucionais e perspectivas technoassistenciais em saúde e enfermagem / Rândson Soares de Souza . -- 2014.

CD-ROM. 152 f. ; il. (algumas color.) : 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Curso de Especialização em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2013.

Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge.

1. Planejamento em saúde – Cascavel – Ceará. 2. Regionalização – Cascavel – Ceará. 3. Rede de Atenção Psicossocial – Cascavel – Ceará. I. Título.

CDD: 362.1098131



Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará - UECE
Centro de Ciências da Saúde - CCS



Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Ata de Defesa da Dissertação de Mestrado
de **Rândson Soares de Souza** realizada no
dia 30 de outubro de 2013.

Aos trinta dias do mês de outubro do ano de dois mil e treze, na Universidade Estadual do Ceará, reuniu-se a Banca Examinadora para defesa de dissertação, composta pelas seguintes Professores Doutores: Maria Salete Bessa Jorge, Silvio Yasui e Verônica Sales da Silva, sob a presidência da primeira, perante qual o Mestrando Rândson Soares de Souza, regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará defendeu, para preenchimento dos requisitos de Mestre, a Dissertação intitulada: "Os Armadores os Punhos e o Tecido Vivo na Conformação da Rede de atenção Psicossocial da Região de Cascavel: desafios políticos-institucionais e perspectiva technoassistenciais na saúde e enfermagem" A defesa da referida Dissertação ocorreu das 16h30 as 18h50, tendo sido o Mestrando submetido à arguição, dispondo cada membro da Banca Examinadora de tempo para realizá-la. Em seguida, a Banca Examinadora reuniu-se, em separado, e concluiu por considerar o Mestrando Aprovado, por sua Dissertação e defesa pública.

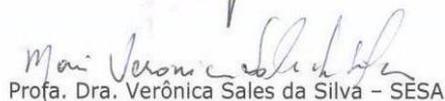
Eu, Maria Salete Bessa Jorge que presidi a Banca Examinadora de Dissertação do Mestrado, assino a presente ata, juntamente com os demais membros, e dou fé.


Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge - UECE

(Orientadora e Presidente)


Prof. Dr. Silvio Yasui - UNESP

(1º membro)


Profa. Dra. Verônica Sales da Silva - SESA

(2º membro)

Ao Grande e Adorável Deus Pai, Filho e Espírito Santo fonte inesgotável de bênçãos, misericórdia e paz em minha vida. Pelo Dom da Vida e pela certeza de ser estrangeiro aqui.

A minha mãe Juraci Soares que sempre acreditou que era possível e que na simplicidade do viver me ensina os reais e bons valores do mundo da vida.

Ao meu pai Oriel Mota que em com seu jeito de ser me ensinou que vale a pena lutar pelo aquilo que acreditamos ser o certo.

Dedico este trabalho!

AGRADECIMENTOS

À Professora Dra. Maria Salete Bessa Jorge por sua confiança que me instiga a acreditar num caminho no qual eu sei, quero e posso conseguir e ainda por ter me dado subsídios para o meu crescimento acadêmico e pessoal.

A amiga Mairla que no âmbito acadêmico e na vida cotidiana se faz prestativa e necessária, sempre tão solícita nas necessidades imediatas e urgentes.

Aos colegas, bolsistas, voluntários, pesquisadores e técnico do Grupo de Pesquisa Saúde, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE) que colaboraram indiretamente ou diretamente para a construção do trabalho. Emilia, Maia Neto, Raquel, Jeamine, Lurdes Suelen, Indara, Nathalia, Rebeca e Aline.

Aos meus amigos Leilson Lira, Germane Pinto, Mardênia Gomes e Diana Muniz, que ao longo da caminhada acadêmica estiveram ao meu lado, um mais próximo e outros distantes, daí agravar meus sofrimentos de lonjuras, pois com os outros vou vivendo as proximidades que são reais e as necessárias. Obrigado por viverem junto a mim acreditando e dividindo sonhos possíveis em condições de oras prazerosas ou mesmo difíceis, mas que guardam a alegria de ser feliz.

As minhas amigas Jardeliny Penha e Daniele Cristine companheiras incansáveis para além dos momentos do Projetão, que para além de idéias compartilhadas oportunizaram a possibilidade de uma construção conjunta e de mãos oras dadas ou virtualmente compartilhadas.

A amiga Fabianne Severino Lima pelo zelo e pelo compartilhamento diário das angustias, incertezas e vitórias de nossas vidas.

Amiga Noêmia Reis que, em nossas proximidades cotidianas, permite a alegria de ver e acreditar que a roda já foi inventada e que ela só precisa girar e pra frente.

Ao amigo Haroldo que no âmbito acadêmico se faz prestativo e necessário.

Ao amigo Washignton Nunes pela compreensão e confiança compartilhada.

A todos os familiares que participam da minha trajetória direto ou indiretamente, em especial ao meu irmão Rannyere e minha sobrinha Allanis Lua

Aos gestores, trabalhadores, usuários e familiares da Rede de Atenção Psicossocial da Região de Cascavel pela paciência e colaboração no estudo.

As agências de fomento em pesquisa FUNCAP e CNPq pelo investimento financeiro proporcionando minha iniciação na pesquisa científica.

À Universidade Estadual do Ceará, em especial todo o Corpo Docente do Curso de Graduação em Enfermagem que possibilitou uma formação e agora me permite fazer parte de uma lógica de construção pautada na integralidade, na ética do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde.



"Tocando em frente"

Ando devagar porque já tive pressa

E levo esse sorriso porque já chorei demais

Hoje me sinto mais forte mais feliz

Quem sabe eu só levo a certeza

De que muito pouco eu sei, eu nada sei.

Almir Sartre

SOUZA, Rândson Soares de. “Os armadores, os punhos e o tecido vivo do planejamento da Rede de Atenção Psicossocial: desafios políticos-institucionais e perspectivas tecnoassistenciais em saúde e enfermagem. [dissertação]. Ceará: Universidade Estadual do Ceará; 2013.

RESUMO

Na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) se faz necessário respaldar seus princípios e diretrizes em todos os níveis de execução, controle e avaliação. A construção de redes de serviços é um desafio complexo que envolve os desejos e intencionalidades coletivas, conhecimento integrado dos dispositivos terapêuticos para efetivação do cuidado. O objetivo do estudo trata de compreender o processo de planejamento para conformação da rede regional de atenção psicossocial considerando as dimensões político-institucional e tecnoassistenciais da atenção em saúde e enfermagem. Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, realizado no período de janeiro a novembro de 2013. Foram participantes desta pesquisa 33 sujeitos compreendidos entre gestores, trabalhadores e usuários que articulam-se para efetivar o cuidado na 22ª região de saúde do Estado do Ceará, Para a coleta de dados, foram utilizadas como técnicas a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática, para ambas foram elaborados roteiros norteadores. Ademais, as entrevistas foram áudio-gravadas e transcritas. Como método de análise, utilizou-se a análise de conteúdo. Este estudo faz parte do projeto intitulado “Organização da rede regional de saúde e sua interface com a saúde mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica”, o qual, em vista da importância ética de pesquisas envolvendo seres humanos, foi submetido e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com parecer nº 229.745. Com a análise dos achados, identificou-se que o planejamento tem potencialidades diversificadas, permitindo a elaboração de estratégias e metas para se alcançar objetivos, considerando os aspectos de uma dada realidade local de cada um de seus territórios e de cada uma das suas redes assistenciais de saúde no amplo espaço de atuação do SUS. Mas reconhece-se como grande entrave para boa utilização da instrumentalidade já existente, o fato de haver conflito de interesse ou então uma comunicação não efetiva dos atores sociais que cotidianamente se implicam para que o SUS se concretize em ato.

Descritores: Planejamento em saúde; Regionalização; Rede de Atenção Psicossocial

SOUZA, Rândson Soares de. “Os armadores, os punhos e o tecido vivo do planejamento da Rede de Atenção Psicossocial: desafios políticos-institucionais e perspectivas tecnoassistenciais em saúde e enfermagem. [dissertação]. Ceará: Universidade Estadual do Ceará; 2013.

ABSTRATC

The Unified Health System (SUS) is required endorse its principles and guidelines at all levels of implementation , control and evaluation . The construction of network services is a complex challenge that involves the collective desires and intentions, integrated knowledge of therapeutic devices to provide care . The objective of the study is to understand the planning process for forming regional network of psychosocial care considering the political and institutional dimensions and health care technical models of health care and nursing. These are qualitative study , conducted from January to November 2013. Were participants in this study 33 subjects ranging from managers , workers and users hinging to effect care on 22th health region of Ceará , to collect data , were used as techniques to semi - structured interviews and systematic observation , for guiding both scripts were developed . In addition , interviews were audio - recorded and transcribed . As a method of analysis , we used content analysis . This study is part of the project entitled " Organization of the regional health system and its interface with mental health in Ceará : political dimension , economic , social , organizational , technological and symbolic " , which , in view of the importance of research ethics involving human subjects was approved in the Ceará State University Research Ethics Committee , with opinion No. 229 745 . With the analysis of the findings , it was identified that the planning has diversified capabilities , allowing the development of strategies and targets for goals , considering the aspects of a given local situation of each of its territories and each of their care networks health in the broad area of activity of SUS . But it is recognized as a major impediment to good use the existing instrumentality , the fact that there are no conflicts of interest or else a non-effective communication of social actors who are involved daily for the NHS to take place in act .

Descriptors: Health planning; regionalization; Network for Psychosocial Care

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURA

CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB/MR	Comissão Intergestora Bipartite Microrregional
CIR	Comissão Intergestora Regional
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DFID	<i>Department for International Development</i>
GRUPSFE	Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PCCS	Plano de Carreiras, Cargos e Salários
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PPI	Programação Pactuada e Integrada
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
FUNCAP	Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 O itinerário do pesquisador ao andar na Rede de Atenção em Saúde e a descoberta do objeto de estudo	10
1.2 Objeto de estudo e contextualização do problema	11
2. OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3-REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.2 O planejamento e seus instrumentos no processo da regionalização: desafios políticos-institucionais e técnicoassistenciais na construção de redes regionalizadas	18
3.1. Concepções e correntes de pensamento do planejamento em saúde	18
3.2 O planejamento e seus instrumentos no processo da regionalização: desafios político-institucionais e técnicos assistenciais na construção de redes regionalizadas	26
3.3 Planejamento como dispositivo de consolidação do acesso na rede regionalizada de atenção em saúde	39
4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA: <i>a continuidade do andar, olhar, apreender e se implicar com rede</i>	45
4.1 Natureza do estudo	45
4.2 Cenário Empírico: caracterização, aproximação e operacionalização do encontro com campo de estudo	46
4.2. Operacionalização da aproximação específica com o campo de estudo e o “insight” da analogia	56
4.3. Participantes do estudo	62
4.4 Instrumentos e Técnicas de coletas de dado	65
4.5. Análise e interpretação dos resultados dos discursos	71
4.6. Questões éticas	75
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	76
5.1REGIONALIZAÇÃO COMO DIRETRIZ ARTICULADORA DO PLANEJAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: <i>entendimentos dos movimentos históricos no Ceará e na Região de Cascavel</i>	76
5.2 PROCESSO (DES) CONTÍNUO DE PLANEJAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA REGIÃO DE CASCAVEL: <i>entendimentos, necessidades e as (des)articulações entre os pontos de atenção</i>	99
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
7. REFERÊNCIAS	138
APÊNDICES	144
Apêndice A - Roteiro de Entrevista – Grupo I – Gestores ou gerente	145
Apêndice B - Roteiro de Entrevista – Grupo II – Trabalhadores de Saúde	146
Apêndice C - Roteiro de Entrevista – Grupo III -	147
Apêndice D - Roteiro de Observação Sistemática	148
Apêndice E - Termo de Consentimento Livre e esclarecido Grupo I	149
Apêndice F - Termo de Consentimento Livre e esclarecido Grupo II	150
Apêndice G - Termo de Consentimento Livre e esclarecido Grupo III	151

1. INTRODUÇÃO

1.1 O itinerário do pesquisador ao andar na Rede de Atenção em Saúde e a descoberta do objeto de estudo

O interesse pela pesquisa começou ainda na Iniciação Científica (IC) enquanto estudante do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual do Ceará (UECE) e do Curso de Graduação em Administração pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Como estudante de enfermagem pude, desde os semestres iniciais, participar do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE). A fim de fazer a articulação das áreas estudadas, o objeto de estudo escolhido foi o planejamento como dispositivo de consolidação do acesso a Rede de Atenção em Saúde Mental (RASM).

Em 2011, depois de formado e com a inserção no mercado de trabalho priorizou-se as oportunidades e as experiências de atuação como professor de disciplinas teórico e práticas de cursos técnicos em enfermagem das cidades da Região Metropolitana de Fortaleza e do interior do estado do Ceará. A priorização se deu pelo desejo apaixonado e latente da docência, desejo esse que hoje é alimentado pela continuidade das experiências de ensino no âmbito universitário. No exercício dessa paixão, as aulas práticas de ensino oportunizam as vivências cotidianas das tensões e conflitos que envolvem o acesso, a organização e o funcionamento dos diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao passar do tempo, as vivências práticas do cotidiano dos serviços de saúde permitiram uma reflexão e a necessidade de um posicionamento enquanto ator social e político do SUS. Assim, percebi e entendi a necessidade de dar continuidade a formação profissional para subsidiar o aprofundamento de uma prática profissional transformadora.

Em meio às reflexões vislumbra-se o desejo de adentrar num mestrado e dar continuidade a pesquisa no âmbito acadêmico. O esforço se tornou necessário para que isso se tornasse uma realidade. Como fruto do esforço, após seleção pública, logrei êxito para cursar o Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem. Os vínculos com o GRUPSFE foram reafirmados e com isso intensificou-se as discussões e ampliação de conhecimento por meio dos estudos acerca dos avanços, retrocesso, desafios e continuidades que permeiam a consolidação do SUS, dando destaque ao estudo das temáticas; acesso aos serviços de saúde, regionalização em saúde e planejamento em saúde, configurando, como

temática central de estudo; o planejamento em saúde na consolidação de rede regionalizada de atenção em saúde, e mais especificamente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

1.2 Objeto de estudo e contextualização do problema

Este estudo se pauta na compreensão do processo de planejamento e conformação da Rede Regional de Atenção Psicossocial, considerando as dimensões político-institucional e tecnoassistenciais da atenção em saúde.

O planejamento comunicativo em saúde se torna instrumento para a gestão participativa na conformação estratégica de diretrizes, metas e operacionalidade executiva das demandas e necessidades da população em seu território. Em sentido comum, apresenta a ação gestora em sua própria formulação, que por meio do agir comunicativo pactua e congrega responsabilidades co-gestoras.

A análise multidimensional direciona seu olhar investigativo para as articulações político-institucionais, o financiamento e as demandas de custeio, os processos de determinação e produção social da saúde, a organização e funcionamento da rede de atenção à saúde, a disponibilidade tecnológica do cuidado e a configuração simbólica da assistência em saúde.

O processo de regionalização da gestão em saúde no SUS vem se conformando pelas pactuações colegiadas político-institucionais a partir de normatizações, decretos e portarias ministeriais que indicam a necessidade dos territórios, microrregiões e macrorregiões se articularem entre si para compor uma assistência integral à saúde e uma gestão compartilhada dos serviços e tecnologias em saúde (ASSIS et al, 2009).

No Brasil, a descentralização como diretriz do SUS operacionalizada hegemonicamente na dimensão financeira, pelo financiamento, avaliação e controle bem como pela organização dos serviços e pela hierarquização dos níveis de complexidade. Concomitantemente, a regionalização dos serviços e dispositivos assistenciais conjuga a implementação de políticas pactuadas por gestores e representantes no controle social (ASSIS et al, 2009; ELSON, 2009; RIBEIRO, 2009; DOURADO;ELIAS, 2011)

Os entraves para a consolidação do direito à saúde convergem para o dimensionamento dos dispositivos assistenciais nas regiões mais longínquas e na própria cobertura nos territórios diversos do País. A consolidação do planejamento-gestão-atenção no formato regionalizado das áreas de saúde requisita investimento tecnológico-assistencial, articulação político-institucional e participação ativa.

Expressivamente, o desafio maior é ampliar a qualidade do acesso aos serviços de saúde da população viabilizando inovações na forma de gerir o cuidado em saúde para superar reproduções de enfoques restritivos dos programas de saúde pública, hegemonicamente centrados na epidemiologia das doenças de massas configurados como aspectos importantes à discussão de mudança de modelo assistencial (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

O acesso ao sistema de saúde que foca a universalidade deve ocorrer por livre escolha do usuário nos diferentes nível de complexidade tecnológica, considerando-se a devida coordenação e regulação desse, não numa perspectiva burocrática, mas na intencionalidade da garantia do direito a saúde. Ao dispor de um planejamento epidemiológico, sócio-demográfico e financeiro, a produção do cuidado tem como finalidade ético-assistencial a manutenção da vida, para tanto, o direito à saúde requisita a universalização e a integralidade a partir do evento disparador da entrada no sistema (JESUS; ASSIS, 2010).

Para Assis, Villa e Nascimento (2003) o impasse vivenciado com a concretização do acesso universal a rede de atenção em saúde requer uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público, e da edificação de uma utopia social igualitária, tendo a saúde como direito individual e coletivo que deve ser fortalecido com o redimensionamento de uma nova prática construída a partir de um planejamento participativo.

Abreu de Jesus e Assis (2010) concebem acesso como a “porta de entrada”, como o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele na rede de atenção em saúde em busca da resolução dessa necessidade que podem envolver os fatores econômicos, culturais, sociais, intersetoriais e a estrutura de governo de um país, colocando o acesso como objeto fundamental do planejamento no Brasil.

Nesse sentido, urge o desafio da necessidade de transpor o modelo piramidal de hierarquização dos serviços de saúde para a integralização circular e múltipla nas linhas de

cuidado em consonância com as necessidades de saúde da população. Os níveis de complexidade da atenção à saúde devem estar definidos como dimensões do processo de cuidado dos indivíduos e das coletividades, mas sem fragmentar a atenção à saúde em parciaisidades (CECÍLIO, 1997).

Assim, o ato de planejar as ações e serviços de uma rede de atenção em saúde toma sua importância, dado que como diz Matus (1993, p.14), “negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for”, e se assim fosse pensado a realidade do SUS, assumir-se-ia uma caótica desorganização, o que resultaria em um acesso inadequado aos diferentes pontos e redes assistenciais, visto que não teria a identificação e direcionamento dos serviços por linhas de cuidados, bem como não existiria a possibilidade com critérios definidos de avaliação do que de fato vem sendo feito.

A organização e estruturação do SUS pressupõem que na maioria das populações, são mais frequentes casos que necessitam de atenção em serviços de menor densidade tecnológica do que aqueles com maior tecnológica. Sendo que para melhor alocação e utilização dos recursos assistenciais, também é preciso considerar o custo para manter determinada unidade de saúde com relação à sua produtividade (SILVA, 2011; JESUS; ASSIS, 2010).

Os desafios para a integração em rede convergem na superação de tais entraves: pequena diversidade dos pontos de atenção à saúde; precariedade resolutive da Atenção Primária à Saúde; carência de sistemas logísticos para intercomunicação dos pontos assistenciais; e a fragilidade dos mecanismos de governança de redes de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Nesse sentido, a construção de redes de serviços é um desafio complexo. Envolve desejos e intencionalidades coletivas, conhecimento integrado dos dispositivos terapêuticos e articulação da gestão, financiamento e avaliação. E, nesse contexto, apresenta-se o atual dilema do SUS: articulação em rede pelos seus entes federados.

Complementar, o SUS enfrenta impasses na persistente fragmentação e burocratização do cuidado até mesmo em iniciativas estratégicas como a atenção primária em saúde. De modo geral, há baixa acumulação de instrumentos e ferramentas para uma gestão inovadora da prática, levando ainda em conta as peculiaridades do trabalho em saúde

(autonomia dos trabalhadores, disputa de projetos terapêuticos, etc.) e a própria corresponsabilização e participação social (MENDES, 2011).

Para garantir qualidade na operacionalização do SUS, se dispõe da premissa que serviços voltados para atendimentos que envolvem maior densidade tecnológica, quanto maior for o volume de procedimentos realizados junto à demanda prioritária daquele perfil assistencial, melhor será a qualidade resultante de sua experiência adquirida. Desse modo, a centralização de serviços de envolve maior densidade tecnológica, com a garantia do acesso e a distribuição equânime é o caminho para manter equipes hábeis e qualificadas para o cuidado especializado e evitar a ociosidade (PIERANTONI; VIANNA, 2003; KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010).

No cuidado em rede, a atenção à saúde produz instrumentos constitutivos da regulação e das linhas de cuidado, incluindo padronização das solicitações de procedimentos e protocolos, buscando-se integração e corresponsabilização dos trabalhadores das unidades de saúde nos diferentes pontos assistenciais (BADUY et al., 2011).

A instrumentalidade atual consubstanciada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que envolve o processo de planejamento e gestão do SUS mediante a articulação federativa, coloca o desafio da organização regionalizada e hierarquizada, assumindo estrategicamente a necessidade de formar regiões de saúde com redes regionalizadas e integradas pelos diferentes pontos de “portas de entradas”, tais como atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e outras. E a fim de construir, conformar e consolidar a integralidade da atenção, o Ministério da Saúde, por meio de portarias específicas, tem instituído redes assistenciais específicas efetivando a Rede Atenção em Saúde (RAS) (BRASIL, 2012).

A exemplo dessas redes assistenciais tem-se instituída pela Portaria Ministerial nº 3088, de 23 de dezembro de 2012, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que em seus componentes tem a responsabilidade de prestar atenção as demandas especializadas da saúde mental, possibilitando a reorientação da assistência em saúde mental conforme os ideários da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A RAPS tem em seu componente de atenção especializada estratégica o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivo que se destaca pioneiramente no processo de reorientação por serviços substitutivos. (BRASIL, 2012b).

Os CAPS apresentam como objetivos principais: prestar atendimento de regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede de atenção, ESF (Estratégia Saúde da Família); organizar a rede que presta os cuidados em saúde mental em seu território; regular a porta de entrada da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2005, BRASIL, 2011).

No plano micropolítico das redes assistenciais emergem as redes de conversação (individuais e coletivas) oriundas das interações entre os trabalhadores da equipe de saúde, usuários e gestores nos seus fluxos de conversas não-formais que potencializa diferentes relações na rede (CAÇAPAVA et al., 2009).

Ao demarcar a integralidade como um dos princípios orientadores da construção das redes assistenciais no SUS evidencia-se aqui a inserção dos profissionais da saúde, dentre as categorias destaca-se o profissional enfermeiro que em suas práticas assistenciais e de gestão e gerencia deve pensar uma produção do cuidado que esteja impregnada com as mais variadas formas de pensar e agir em saúde, associando então às práticas profissionais as executadas também enquanto ator gestor ou gerente dos serviços de saúde, sendo essas transversalizadas pelas as ações de promoção e prevenção em saúde que visam dar conta das demandas das pessoas, no atendimento às necessidades de saúde, individuais e coletivas (SANTOS; ASSIS, 2006).

Essa nova demanda que surgiu para a sociedade brasileira estava relacionada com a construção de um modelo de atenção à saúde, que fosse universal e integral, implicando a participação ativa do trabalhador de saúde com sua capacidade criativa e transformadora e articulando instituições e serviços de saúde. A partir da interlocução entre saber e prática assistencial e gerencial, a abordagem da integralidade do cuidado vem permear a interlocução do enfermeiro no cotidiano dos serviços de saúde, exigindo uma compreensão sobre os movimentos inter-relacionais que movimentam sujeitos na determinação das ações de saúde, de educação e de controle social (CLAPIS et al, 2004; SILVA, 2006).

O trabalho vivo, como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com

muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. O trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, mas, ao mesmo tempo, é a partir desse que se pode encontrar e construir novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando trata o caso da saúde (FRANCO 2006).

Os processos de produção de cuidado se fazem numa rede de relações que, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder e por lógicas de fragmentação entre saberes/práticas, requerem atenção inclusiva para a multiplicidade de condicionantes da saúde que não cabem mais na redução do binômio queixa-conduta, mas sim na consideração de um conjunto de entendimentos, necessidades, demandas e historicidade em que se dá o processo de pensar/saber/fazer/concretizar as ações de saúde.

Daí, então pautar o estudo nos trabalhos que consideram a importância da ação comunicativa no processo de planejamento em saúde. Dentre esses destacamos por maior convergência de entendimentos os estudos realizados por Rivera (1995), Rivera (1996), Rivera e Artmann (1999), Lima e Rivera (2009), Rivera e Artmann (2010) e Rivera e Artmann (2012) os quais se fundamenta nos elementos do agir comunicativo.

Diante do exposto, ter-se á que refletir as seguintes questões:

Como se dá o processo de planejamento em saúde no nível regional para a construção e conformação da Rede de Atenção Psicossocial de uma Região de Saúde?

No contexto histórico, político-institucional e tecnoassistencial de constituição de redes regionalizada, quais as dificuldades e facilidades que se articulam com os entendimentos, necessidades e demandas de construção e conformação da Rede de Atenção Psicossocial de uma Região de Saúde?

Que instrumentos e estratégias do planejamento em saúde compõem o processo de construção e conformação da Rede de Atenção Psicossocial considerando as dimensões histórica, político-institucional e tecnoassistencial de uma Região de Saúde?

De modo mais específico, como se dá a inserção do enfermeiro gestor ou gerente no processo de planejamento da Rede de Atenção Psicossocial?

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Compreender o processo de planejamento para conformação da rede regional de atenção psicossocial considerando as dimensões político-institucional e tecnoassistenciais da atenção em saúde e enfermagem.

2.2 ESPECÍFICOS

Analisar:

-o processo de planejamento em saúde na construção e conformação da rede regional de atenção psicossocial, considerando as dimensões político-institucional e tecnoassistenciais da atenção à saúde.

Descrever:

- a evolução histórica da oferta dos pontos de atenção dos serviços que compõem rede regional de atenção psicossocial,

Identificar:

- a utilização de instrumentos e estratégias do planejamento em saúde que compõem o processo de regionalização e se articulam na construção e conformação da rede regional de atenção psicossocial.

Discutir:

- as dificuldades e/ou facilidades no processo de planejamento em saúde para construção e conformação da rede regional de atenção psicossocial.

- a inserção do enfermeiro no processo de planejamento para conformação da rede de atenção psicossocial.

3-REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Concepções e correntes de pensamento do planejamento em saúde

O planejamento historicamente é uma terminologia bastante utilizada seja na perspectiva individual ou mais fortemente no cotidiano que permeia a política e administração dos diferentes espaços das organizações públicas ou privadas. Basicamente, consiste por definir objetivos a serem alcançados, sendo que para que isso ocorra é necessário traçar um plano específico de estratégias para que se possa sair de uma situação conhecida para uma situação desejada.

No entanto, ocorrem diferenças quando se considera as contribuições do planejamento no setor público de saúde, sendo necessária aqui a discussão e a compreensão de algumas diferenças elementares no que se referem à lógica e a finalidade que diferentemente apontam a literatura e a prática do planejamento nas ciências administrativas e das ciências da saúde.

Malik ao escrever o prefácio do livro “O planejamento no labirinto; uma viagem hermenêutica” de Onocko Campos (2003) afirma que há autores que apontam para essas especificidades e propõem abordagens e interpretações diferenciadas, partindo de uma premissa diferente sugerida por Chorny (1998)¹ de que o propósito do planejamento em saúde é a saúde. Assim, essa diferença de interpretação fica clara quando se entende que a lógica e as finalidades do planejamento nas organizações em geral tem como foco os lucros financeiros.

O interesse, a lógica e a finalidade do planejamento das ações em saúde surgem em decorrência da complexidade que envolve o processo de trabalho desse setor no sentido de enfrentar as mudanças ocorridas nas condições de vida da saúde da população. Mas, é somente na segunda metade do século XX que a prática do planejamento tornou-se uma necessidade amplamente reconhecida em face às transformações decorrentes da prestação dos serviços, da organização de redes e sistemas de saúde, despertando, assim, o interesse de organismos internacionais em desenvolver propostas metodológicas que pudesse subsidiar a administração pública dos serviços e sistema de saúde (TEIXEIRA, 2010).

¹ Chorny, A.H. Planificación em salud: viejas ideas em nuevos ropajes. Cuadernos Médico-Sociales, v.73, p.5-30,1998.

Dentre essas propostas teórico-metodológicas, destaca-se aqui as experiências que influenciaram o planejamento em saúde na América Latina e no Brasil, como o Método CENDES/OPS; a Proposta do CPPS; as concepções do Pensamento Estratégico de Mario Testa e o Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus e por fim apresenta-se e justifica-se a escolha do Planejamento Comunicativo conforme mencionado na construção do objeto de estudo.

O Método CENDES/OPS nasce da articulação das instituições que representam essas siglas, que juntas elaboram em 1965 o documento denominado de “Conceptuales y metodológicos de la Programacion de la Salud”, o que configura o método. (GIOVANELLA, 1991). Trata-se de uma proposta tecnocrática, onde o planejador, baseado em seus conhecimentos técnicos de ordem "neutra" faz o plano e estabelece prioridades. É um método normativo e economicista, em que a norma do “deve ser” tem como fundamento principal a escolha das prioridades baseada na relação custo-benefício (GIOVANELLA, 1991).

Ao não considerarem a variabilidade, as relações de poder, a complexidade da realidade, os conflitos e a participação dos diferentes interesses dos múltiplos atores sociais e junto a tudo isso a constatação da pouca utilidade para a intervenção em saúde, o método cai em descrédito e, já em 1973, a própria OPAS assume o fracasso do método (RIVERA, 1992, MERHY, 1995).

Com a proposta de Formulação de Políticas de Saúde do CPPS têm-se alguns avanços à medida que a planificação de saúde não se restringe apenas à programação de serviços, mas é também entendida nos níveis técnico-operacional, político-administrativo e técnico-administrativo a partir das definições de políticas, diretrizes e estratégias para o desenvolvimento e adequação de vários componentes do sistema de saúde, incluindo gestão, financiamento, organização dos serviços e a infraestrutura de recursos físicos, humanos e materiais (TEIXEIRA, 2010).

No entanto, com base em Rivera (1992), podem-se destacar dois grandes aspectos que inviabilizaram a consolidação da proposta do CPPS como modelo metodológico do planejamento em saúde. A crítica se dá ao tratamento estanque que o a proposta dá as diferentes etapas ou formas de análise da formulação de políticas públicas de saúde, deixando, assim, de reconhecer que o processo político é na verdade interativo. O autor ainda acrescenta a crítica de a proposta assumir que imagem-objetivo, ou seja, a situação futura que se deseja,

só pode ser elaborada por um o único ator, reconhecendo esse como a autoridade política, quando na verdade deve se reconhecer que todos os atores sociais e políticos detêm essa capacidade.

Assim, a partir das críticas sistemáticas e dos questionamentos ao planejamento normativo, focado no método CENDES/OPS, e as críticas que também sofreu a proposta do CPPS surge a necessidade do movimento de reconstrução do planejamento em saúde na América Latina, fazendo surgir assim o que Rivera (1992) denominou de enfoque estratégico do planejamento.

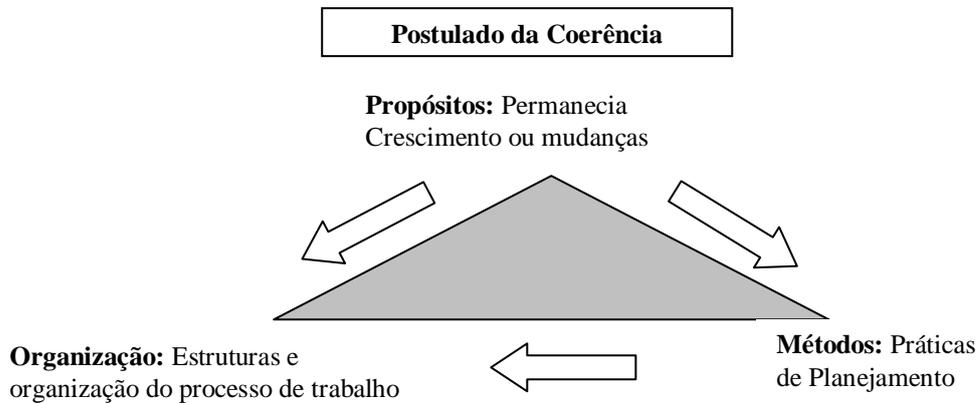
Na explanação do enfoque estratégico do planejamento em saúde, Giovanella (1990) comenta que Testa interessa-se pelo comportamento dos atores sociais, e da ênfase na análise das relações de poder e na consideração das práticas de saúde, enquanto práticas ideológicas, conformadoras de seus sujeitos. Testa, assim, avança de uma proposta de planejamento estratégico em saúde para um pensar a ação política em saúde.

Em sua proposição de Pensamento Estratégico, Mario Testa (1992, 1995) traça uma reflexão em que toma a política como uma proposta de distribuição de poder, entendendo estratégia como forma de implementação dessa política. Diante essa percepção, analisa a problemática da valorização do poder que se materializa de diferentes formas ou tipos, a depender de como se dá as relações entre os diversos atores sociais envolvidos na configuração dos processos políticos que envolvem o setor saúde.

Testa (1992) distingue o poder em saúde em três tipologias: o poder administrativo correspondente às atividades e os processos que envolvem a capacidade de apropriar-se, de alocar e manejar os recursos; poder técnico que corresponde à capacidade de gerar, aprovar e manipular as informações de características distintas do setor saúde, usando adequadamente conhecimentos e suas tecnologias e o por último o poder político entendido como a capacidade de mobilizar os diferentes atores sociais para defesa de seus diferentes interesses e necessidades.

A partir das reflexões acerca do poder e das estratégias de ação em saúde, Testa propôs o “Postulado de Coerência” (Figura 1). Nesse representa um misto de relações que podem estar presentes entre as propostas políticas de um projeto que explicita os propósitos de um dado governo, os métodos utilizados para concretização dos propósitos e a organização das instituições onde ocorrem as atividades governamentais (TESTA, 1992).

Figura I - O Postulado da Coerência de Mário Testa



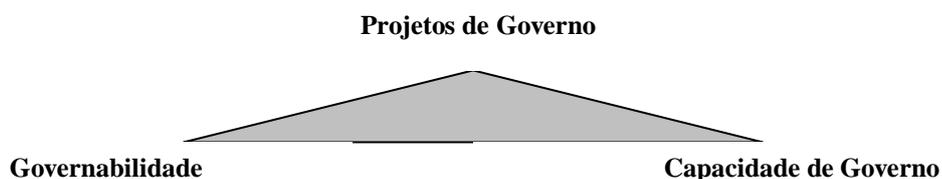
Fonte: Testa, 1992

Teixeira (2010) comenta que a contribuição de Mário Testa a partir do postulado da coerência está no sentido de esse constituir um modelo de análise que pode ser aplicado no sentido de identificar o que se configura como favorável e desfavorável à formulação e implementação de políticas de saúde.

A vertente do Planejamento Estratégico Situacional surge no final dos anos 70 com o economista chileno Carlos Matus. A reflexão da proposta teórico-metodológico abrange as temáticas política, planejamento e governo. O ponto de partida de sua proposta é a “noção situacional” que é compreendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisado sob a ótica de diferentes atores sociais (indivíduo, grupo de pessoas, instituição) (MATUS, 1993).

Na perspectiva de reconhecimento de um processo técnico-político, Matus (1993), propõe o “Triângulo de Governo do PES” (Figura 2), no qual os vértices são denominados de Projeto de Governo, Governabilidade e Capacidade de Governo.

Figura II - O Triângulo de Governo do PES



Fonte: Matus, 1997

O projeto de governo diz respeito ao conteúdo da proposta de governo, indicado pela seleção de problemas e maneira de enfrentá-los, sendo estes produtos não apenas das circunstâncias e interesse do ator que governa, mas também da sua Capacidade de Governo. A Capacidade de Governo depende da capacidade intelectual e capital dos atores que identificaram o problema, ou seja, diz respeito à capacidade técnica, ao manejo dos métodos, as habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo para conduzir o processo social até os objetivos estabelecidos, dependendo da governabilidade do sistema e do conteúdo das proposições do projeto de governo (TEIXEIRA, 2010). A governabilidade refere-se ao quanto de controle os atores tem sobre a situação que pretende governar, dependendo da relação entre o peso das variáveis que os atores controlam e as que não controlam (MATUS, 1997; CIAMPONE, MELLEIRO, 2005).

O Planejamento Estratégico Situacional matusiano é um método de planejamento constituído por quatro momentos não-sequenciais, simultâneos e em constante processo. Um momento explicativo equivalente ao diagnóstico em que são selecionados problemas e discutidas suas causas e das estruturas sociais básicas. Um momento normativo: o desenho do "deve-ser". Um momento estratégico de análise e construção da viabilidade política: a discussão do poder. Um momento tático-operacional de tomadas de decisão e de realização da ação concreta (GIOVANELLA, 1991; RIVERA, 1992).

Diante do exposto, o enfoque estratégico de planejamento em saúde pode ser então entendido como formulações que rompem com a normatividade de um "deve ser" que se impõe sobre a realidade. De modo que as vertentes supracitadas propõem processos de planejamento que objetivam alcançar o máximo de liberdade de ação a cada ação realizada. Para tanto, considera-se o problema do poder, admitindo-se o conflito entre forças sociais com diferentes interesses e com uma visão particular sobre a situação-problema na qual se planeja, fazendo parte do processo de planejamento a análise e a construção da viabilidade política (GIOVANELLA, 1990).

O fato é que para se operacionalizar o PES de Matus o governo precisa constituir uma equipe que tenham capacidade técnica suficiente para operacionalizar as tecnologias do método (JESUS, 2006).

A crítica de Testa (1995, p.15) ao Planejamento Estratégico se dá do ponto de vista da prática do planejamento, uma vez que esse autor considera gravíssimo “crer que se pode agir em situação de enfrentamento sem pensar estrategicamente”.

Coaduna-se com Silva (2006, p.72), quando esse afirma;

Temos clareza de que a crítica de Testa (1995) a Matus (1993) não se aplica ao ponto de vista teórico deste último. Na realidade, a produção teórica de Matus (1993) que se expressa na Teoria da Ação/Teoria do Planejamento e Teoria da Produção Social é “fantástica” do ponto de vista teórico, porém extremamente limitada do ponto de vista prático. Nesta direção, a operacionalidade do Planejamento Estratégico Situacional se reduz a instrumentos e fluxogramas muito operacionais, próximos do que Habermas (1987) denomina de racionalidade instrumental.

Silva (2006) em seu trabalho afirma que foi a partir das contribuições de Carlos Matus e Mário Testa para o planejamento, diversos intelectuais iniciaram um processo de elaboração de métodos operacionais para realizar o planejamento na área da saúde, a exemplo do Planejamento como dispositivo de Gestão (ONOCKO CAMPOS, 2003); do Planejamento como Tecnologia de Gestão (MERHY, 1995) do Planejamento para o Agir Comunicativo (RIVERA, 1995); do Planejamento e Programação Local em Saúde (VILASBOAS; TEIXEIRA, 2001), dentre outros.

Para Campos (2001), o Planejamento Estratégico Situacional foi “o” método de planejamento mais difundido na Reforma Sanitária Brasileira, entendendo que simplificado, reformulado ou em sua complexidade integral o método foi estrategicamente introduzido em programas de ensino de especialização e pós-graduação, concomitantemente, estimulado nos vários núcleos de planejamento e gestão da saúde, principalmente a partir da criação, organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde no fim dos anos 80.

Como nosso intuito não é aprofundar a perspectiva de contextos e historicidades das práticas de planejamento em saúde, apresenta-se a seguir o quadro I com apontamentos entre as diferentes características dos modelos de Gestão Propostos pelas Correntes de Planejamento e Gestão no Brasil, tendo esses as influências do enfoque estratégico do planejamento.

A partir do entendimento e da análise dos diversos métodos operacionais de planejamento para a área da saúde, coaduna-se com Silva (2006), quando também defende em

seu estudo o Planejamento Comunicativo. A escolha desse referencial teórico dá-se por acreditar que essa é a forma de se fazer planejamento que mais se aproxima dos princípios e diretrizes adotados pelo SUS, bem como o tipo de planejamento que permite, a partir da comunicação entre sujeitos, coletivos e instituições, uma transformação das atuais práticas do planejamento em saúde.

Quadro I - Características dos modelos de Gestão Propostos pelas Correntes de Planejamento e Gestão no Brasil.

<i>Corrente</i>	<i>Autor</i>	<i>Características</i>	<i>Influências</i>
Gestão Estratégica e Planejamento	Gastão Wagner de Souza Campos (1992; 1998; 2000)	Ênfase na democratização institucional. Constituição de sujeitos. Incorporação dos usuários na tomada de decisão. Subjetividade e administração. Co-gestão/colegiados de gestão. Equipes organizadas por unidades de produção.	Testa (189; 1995) Deleuze e Guatarri (1996; 1992; 1997) Van de Vem (1996) Basaglia (1979; 1985)
	Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (1994; 1997a; 1997b; 1997c; 2000)	Descentralização e responsabilidade. Organismos colegiados. Missão como fator de mudança organizacional. Gestão do poder. Reforma das estruturas organizacionais. Tecnologia leve de planejamento. Caixa de ferramentas	Matus (1993; 1994) Testa (1989; 1995) Paulo Motta (1979; 1991; 1997)
Planejamento Estratégico Comunicativo	Francisco Javier Uribe Rivera (1989; 1995; 1996; 1998a; 1998b; 2001)	Agir comunicativo Organização comunicante. Planejamento estratégico-situacional. Direcionalidade, Responsabilidade e Planejamento. Ênfase na cultura organizacional. Liderança e negociação. Prospectiva. Organizações que aprendem	Matus (1993; 1994) Senge (1995; 1998; 2000) Flores (1989) Thévent (1986; 1993) Crozier (1989; 1994) Godet (1998) Habermas (1987) Porter (1980; 1986)

Fonte: BINSFELD, Luciane; HORTALE, Virginia Alonso. Gerência de Unidades Básicas de Saúde no Brasil e Gestão Estratégica: um contraponto. In: GARCIA, Márcia (Org.). Políticas e Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Escola de Governo em Saúde, 2004, p. 84.

Numa análise das perspectivas teórico-metodológicas do planejamento/ gestão em saúde no Brasil, Rivera e Artman (1999) assumem a possibilidade do planejamento estratégico para constituição de organizações solidárias, apontando a ideia de organizações abertas, evolutivas, flexíveis e de responsabilidade de todos que devem utilizar o planejamento como meio de ação comunicativa, através da expressão dos sujeitos que dialogam e se entendem.

A abordagem comunicativa em planejamento tem suas origens a partir de reflexões teóricas sobre experiências com o enfoque do PES e do estabelecimento de um diálogo com a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas², apresentando vários desdobramentos teórico-metodológicos e pragmáticos que precisam ser aprofundados através de diferentes linhas de investigação, a fim de se considerar a interrelação destas várias linhas e a preocupação com o desenvolvimento de métodos, posturas e condutas que aprofundem “processos de solidariedade” e compromissos compartilhados pela ação comunicativa num processo constante de “aprender a aprender” (RIVERA; ARTMANN, 1999, p.363).

Com o intuito de apresentar essas linhas, cita-se no Quadro II a descrição feita por Rivera e Artman (1999) a despeito das linhas de investigação dos desdobramentos teórico-metodológicos e pragmáticos da relação entre o Planejamento Estratégico Situacional e a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas³.

Quadro II - Linhas de investigação dos desdobramentos teórico-metodológicos e pragmáticos da relação entre o Planejamento Estratégico Situacional e a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas.

Análise dos aspectos culturais enquanto componente de viabilidade de um projeto, permitindo uma metodologia de escuta da cultura, o estabelecimento da relação cultura-problemas em face de um determinado macroproblema e o desenho de estratégias de utilização da cultura como recurso da intervenção sobre problemas;
Desenho metodológico e missão institucional, envolvendo uma análise comparativa das possibilidades do PES em vários níveis de atenção em saúde;
Desenvolvimento de habilidades de liderança e de negociação, que configuram junto com o trabalho cultural o campo do que denomina-se gestão pela escuta;
Discussão teórica geral sobre a relação entre a gestão pela escuta e os métodos racionalistas de gestão;
Possibilidades de diálogo entre o planejamento situacional e os enfoques da administração estratégica e do planejamento estratégico corporativo, favorecendo uma abordagem do contexto de mix público/privado; O resgate da subjetividade no campo da gestão, em processos de construção coletiva de projetos institucionais, a partir do conceito amplo de razão.
Aplicação mais sistemática da prospectiva enquanto recurso crucial dentro do cálculo estratégico;

Fonte: Adaptado de Rivera e Artmann (1999, p.364-365).

³HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa**: complemento y estudios previos. 3ed. Madri: Cátedra, 1987

Rivera e Artmann (1999) assumem o planejamento como momento de desenho, de plano traçado no interior do processo de gerenciamento/gestão de serviços e sistemas. O planejamento, assim, é entendido como ferramenta organizacional, fazendo parte de um processo mais amplo de desenvolvimento das organizações, que valoriza a condução de uma ação comunicativa.

Para Onocko-Campos (2003) o trabalho de Rivera (1995) traz grandes contribuições do ponto de vista da crítica quanto suas reais possibilidades e alguns questionamentos fundamentais que devem ser ressaltados dentro do atual contexto que emergem as políticas de planejamento do SUS, tendo como base uma reestruturação do formato metodológico matusiano.

De fato o que Onocko Campos pensa é uma verdade, não absoluta é claro, pois conforme comenta Rivera em seu trabalho “Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta”, “o planejamento comunicativo corresponde a uma interpretação do planejamento estratégico matusiano como possibilidade de uma problematização coletiva, capaz de articular sujeitos sociais” (RIVERA, 2003, p.18).

Diante dessa percepção reconhecem-se as limitações da proposta de Planejamento Comunicativo, quando esse se propõe a uma reinterpretação do PES de Carlos Matus numa perspectiva de comunicação, de consenso, de diálogo e de negociação entre os diferentes sujeitos sociais, mas também se considera suas contribuições à medida que os serviços de saúde se configuram como ambientes complexos, bem como espaços subjetivos, no qual convivem diferentes práticas, saberes, valores culturais, institucionais e sociais, sendo inevitáveis os impasses, tensões, conflitos e desafios a serem mediados por meio do diálogo e da comunicação proposta por este.

3.2 O planejamento e seus instrumentos no processo da regionalização: desafios políticos-institucionais e tecnoassistenciais na construção de redes regionalizadas

A ideia de regionalização remonta experiências internacionais, como as desenvolvidas na Inglaterra, no que ficou se conhecido como “Sistema Dawson”, criado na década de vinte, que tinha bases territoriais, definição de população alvo, organização da rede assistencial de acordo com níveis de complexidade, a noção de porta de entrada e a existência de mecanismos de referência (KUSHNIR, 2006).

Sabe-se que o SUS foi criado no contexto do federalismo a partir da Constituição de 1988. No federalismo tem-se, pelo menos no âmbito legal, a consolidação da construção do poder local na organização do Estado brasileiro, propiciando a transferência de encargos e recursos para os governos municipais, o que em seus avanços e desafios possibilitou o provimento de bens que viabilize o direito a saúde garantido na Constituição Brasileira.

Assim, a organização institucional do SUS reproduz a disposição tríplice e legítima a autonomia dos três níveis de governo na gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios constituindo o sistema nacional de saúde com base na diretriz de descentralização política-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 2006a).

A descentralização política-administrativa com direção única em cada esfera de governo, segundo o Art. 7 da Lei 8.080/90, é concebida compreendendo a “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios”, associada à “regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”. Todavia, a opção política do primeiro decênio da implantação do SUS seguiu o movimento que marcou a descentralização das políticas sociais no País na década de 1990, de modo que a municipalização da saúde foi priorizada, enquanto a regionalização foi praticamente desconsiderada (DOURADO; ELIAS, 2011).

Assim, apresentada a ideia geral de regionalização e alguns dos aspectos conceituais acerca da hierarquização da rede de serviços de saúde, retoma-se a discussão acerca da descentralização como diretriz organizativa do SUS. Entendendo que a regionalização é na verdade um desdobramento histórico-solidário do amadurecimento e entendimento do processo de pensar/ fazer a descentralização.

O processo de descentralização, em maior ou menor grau, encontrou-se respaldado em portarias do Ministério da Saúde, Normas Operacionais Básicas 91, 93 e 96 (NOB-SUS 91, NOB-SUS 93 e NOB-SUS 96) as quais representaram importantes instrumentos de regulação do processo de descentralização e trataram dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre os gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (CHEBLI *et al.* 2010).

A NOB-SUS 1991 segundo Carvalho (2002) é “quase uma afronta” aqueles que esperavam a implantação correta do SUS em seus princípios doutrinários e organizativos, uma vez que essa instituiu o pagamento por prestação de serviços, se tornando inconstitucional, ao criar a unidade de cobertura ambulatorial, baseada na rede instalada com preceitos taylorista focado na capacidade de produção, ou seja, “recebe mais quem tem mais”. Estabelece ainda os critérios para transferências de recursos federais aos estados e municípios mediante mecanismos de conveniências e instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação.

Pereira (2009) comenta que a NOB-SUS 01/91 é eminentemente técnica e a pouco abordou os mecanismos que realmente viabilizassem a regionalização. A norma recomendou que fosse executada a descentralização dos serviços de saúde para os municípios, abrindo a possibilidade de que consórcios intermunicipais de saúde fossem criados, no entanto, sem que houvesse a participação da esfera estadual na coordenação ou mediação desse processo.

A NOB-SUS 1993 impulsiona a municipalização dos serviços de saúde, mediante a instituição das três formas de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Dentre estas formas de gestão instituídas, a semiplena caracteriza-se por uma situação mais avançada, com transferência direta e automática dos recursos federais para efetivação da direção municipal do SUS na totalidade das responsabilidades gerenciais e da reorganização do modelo assistencial (MENDES, 1998).

Nesse cenário, a descentralização municipalista ganha força com a NOB-SUS 1993. Essa norma apresentou a regionalização como uma articulação e mobilização municipal, que deve considerar, acima de tudo, a vontade política dos municípios em se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo. No entanto, não previu a participação do estado no planejamento, coordenação ou regulação desse processo. Como resultado, a construção dos espaços regionais de saúde ficou à mercê de interesses e

disposições político-partidárias, ocasionando distorções no sistema e pouco avanço (PEREIRA, 2009).

A NOB-SUS 96 propõe duas modalidades de gestão denominadas como plena da atenção básica e plena do sistema de saúde, trazendo ainda à implementação do Piso de Atenção Básica (PAB) e o incentivo a saúde da família. De encontro ao movimento de municipalização, a norma consolida o papel da gestão municipal imprimindo um conjunto de novas responsabilidades no que diz respeito ao planejamento e gestão de saúde, incluindo à necessidade de ampliação de cobertura e o desenvolvimento de ações e serviços de saúde no tocante a promoção da saúde e ao enfrentamento de riscos e agravos existentes em sua população (LAVRAS, 2011).

O movimento de descentralização, nos moldes da NOB- SUS 96 seguiu privilegiando a municipalização e configurando profundas diversidades regionais a partir da possibilidade de formar sistemas municipais “autônomos” com intensas concentrações de recursos, tendo em vista que na maioria dos casos não houve articulação das unidades de saúde de municípios de uma mesma região, comprometendo qualidade da assistência e favorecendo o desperdício de recurso em função de não respeitar a lógica de produção em escala dos vários procedimentos especializados, podendo de fato ser melhor preconizado se entendido a lógica da organização hierarquizada da rede de serviços de saúde (LAVRAS, 2011).

Assim, reconhece-se o processo de descentralização no SUS notadamente focado na responsabilização dos municípios, tendo seus avanços pela expansão de cobertura dos serviços de saúde e pela indução dos estados e municípios em aumentarem seu peso no financiamento público em saúde. Porém, com fragilidades no que tange o peso no papel, nas funções, nas competências e nos modos de relacionamento entre os três níveis de governo, de modo que não conseguiu resolver as imensas desigualdades de acesso, a utilização e gasto público em saúde, além de não ter conduzido à formação de arranjos regionais mais cooperativos (VIANA, LIMA, FERREIRA, 2010).

Esta fragilidade de relações entre municípios e estados dificultou as definições de responsabilidades e do comando sobre os serviços de saúde quando se iniciaram as propostas para redefinição desse quadro. A NOB-SUS 96 apesar da tentativa de fortalecer o papel dos estados na condução política do SUS por meio da ampliação do funcionamento das

Comissões Intergestoras Bipartides (CIB's) e da instituição das Programações Pactuadas Integradas de Assistência à Saúde (PPI's) não se consolidou como critérios suficientemente claros para a organização de redes assistenciais organizadas com base nos preceitos da regionalização (DOURADO; ELIAS, 2011).

Tornou-se evidente que a estrutura municipalizada não era capaz de oferecer as condições para a plena realização dos objetivos do sistema nacional de saúde no ambiente de extrema heterogeneidade do território brasileiro. Surge então a necessidade de racionalização do sistema para equacionar a fragmentação na provisão dos serviços e as disparidades da capacidade produtiva existentes entre os municípios, sob o risco de perda de eficiência e de piores resultados (DOURADO, ELIAS, 2011).

O reconhecimento dessa situação levou a necessidade de enfrentamento dos desafios para que se concretizasse de fato a organização de redes de atenção em saúde com base na regionalização. Desta forma, foi no início da década de 2000, que a regionalização ganha de fato destaque com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde e de maneira mais forte com o Pacto pela Saúde em 2006 (BRASIL, 2001; 2006a; KUSCHNIR; CHORRY, 2010; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

Com a NOAS, em 2001, ocorre um maior estímulo à regionalização como forma de avançar no processo de descentralização e ampliar o acesso e a oferta de serviços de saúde, sobressaltando forte valorização da lógica regional do setor saúde que de modo concreto imputa, conforme Viana e Lima (2011), num planejamento regional de escopo estadual por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Plano Diretor de Investimento (PDI) e também o fortalecimento das PPI's. Esses planos e programação são melhor apresentados no eixo teórico seguinte por neste tecer-se as considerações acerca dos processos e instrumentos para o planejamento estratégico da atenção à saúde nos territórios regionais.

Em síntese pode-se afirmar que as estratégias adotadas para consolidar a regionalização da saúde, visando transferir o foco descentralizatório da municipalização para a regionalização, foram: 1) a elaboração do Plano Diretor de Regionalização e as diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando à conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis, sob coordenação das Secretarias de Estaduais de Saúde (SES); 2) o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, com a qualificação do planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, incluindo

instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores; 3) a atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios, visando superar o caráter cartorial desse processo e torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas (CHEBLI *et al.*, 2010).

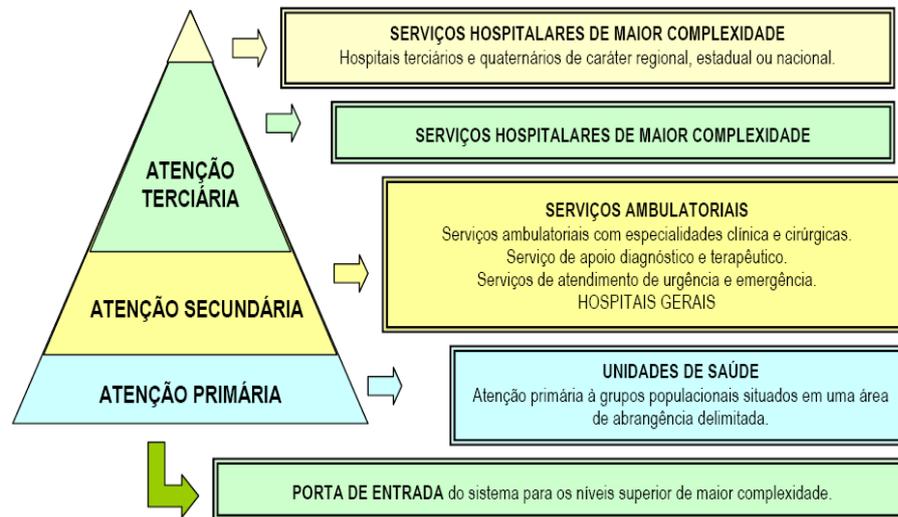
Na prática, a NOAS tentou reeditar o federalismo sanitário brasileiro inculcando níveis regionais de assistência entre estados e municípios, mas a atribuição das competências referentes ao planejamento regional às SES sofreu resistências por parte dos municípios que identificaram na proposta uma perspectiva de (re)centralização em detrimento da autonomia conquistada diante as NOB-SUS 91, 93 e 96. Assim, ao invés de cooperação solidária, desencadearam-se disputas entre governos estaduais e municipais pela administração de serviços, o que culminou na não criação de espaços de coordenação federativa nos níveis subnacionais (DOURADO; ELIAS, 2010; BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

Sendo assim, é a partir do Pacto pela Saúde em 2006 que ocorre maior ênfase no compromisso entre os gestores para o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS com base nos princípios constitucionais e nas necessidades de saúde retomando a regionalização como eixo central, reatualizando os instrumentos de planejamento concretizados pela NOAS e ampliando a capacidade de regionalização para além da assistência à saúde, uma vez que baseando-se numa regionalização solidária e cooperativa novas diretrizes são preconizadas para a regionalização do sistema de saúde, baseadas no fortalecimento da pactuação política entre os entes federados, e na diversidade econômica, cultural e social do país para a redefinição das regiões de saúde (BRASIL, 2006 a; BRASIL, 2006b).

Na dimensão tecnoassistencial, a organização da rede assistencial de saúde tem sido articulada em três níveis: o primário, que de acordo com Starfield (1992, p.2): “É o nível básico de atenção oferecido uniformemente a todos. Responde aos problemas mais comuns da comunidade ao oferecer serviços preventivos, curativos e reabilitadores para maximizar a saúde e o bem-estar”; o secundário e o terciário, para onde serão referenciados os casos de especialidades e os que envolvem uma maior densidade tecnológica, visando, assim, uma integração dos serviços para uma melhoria na qualidade da assistência.

O modelo de atenção em saúde no SUS é hierarquizado e representado por um modelo de pirâmide. Sem muito esforço cognitivo nota-se que a concepção hierarquizante é de fato representativa da nossa realidade, à medida que sucumbe aos nossos olhos a imagem (Figura 3) de como se estrutura o nosso atual modelo de atenção em saúde.

Figura 3 – Pirâmide do Sistema de Saúde



Fonte: Silva (2006)

No processo de implantação se relevaram as vantagens da hierarquização da rede de saúde, tendo a atenção primária como a “porta de entrada” oficial. Reconhece-se a importância referente às ações e serviços que se organizam em cada um desses níveis, mais especificamente ao arranjo tecnológico que cada nível configura. No entanto, corrobora-se com Cecílio (1997) quando faz uma reflexão acerca da questão hierarquizante do acesso dos usuários a rede de saúde e propõe o modelo circular.

Para Cecílio (1997, p.471), “a representação do sistema de saúde por uma pirâmide adquiriu tanta legitimidade entre todos os que têm lutado pela construção do SUS porque conseguiu representar, de forma densa e acabada, todo um ideário de justiça social no que ele tem de específico para o setor saúde”. Mas, considerando a dificuldade do acesso a essa rede de assistência, pensada na perspectiva regionalizada e hierarquizada, é possível dizer a despeito da justeza dos princípios do modelo de pirâmide, que esse tem sido muito mais um desejo dos técnicos e gerentes do sistema do que uma realidade com a qual a população usuária possa de fato contar (CECÍLIO, 1997).

Na proposição do modelo circular o que importa é a responsabilidade intransferível do sistema de saúde em garantir o acesso ao serviço e a tecnologia adequada quando o usuário procura. Assumindo que o centro das preocupações é o usuário e não a construção de modelos assistenciais “apriorísticos” e aparentemente capazes de introduzir uma racionalidade que se supõe ser a melhor para os usuários (CECÍLIO, 1997).

Dourado e Elias (2011, p. 208) enunciam que os objetivos do Pacto pela Saúde constituem-se em intencionalidades político-institucional de:

...melhorar o acesso e a qualidade da assistência, reduzindo as desigualdades existentes, de garantir a integralidade da atenção, de potencializar a capacidade de gestão das esferas estaduais e municipais e de racionalizar os gastos e o uso dos recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional. Pressupõe-se que todos os municípios estejam capacitados para ofertar ações e serviços da atenção básica e as ações básicas de vigilância em saúde.

Desta forma, é por meio do Pacto pela Saúde que as antigas formas de adesão à gestão plena do sistema ou da APS são substituídas por um modelo baseado em assunção de compromissos e responsabilidades sanitárias, em que se diz o que cada ente federado, respeitado suas condições, pode realizar naquele momento e contexto, o que não é possível e em quanto tempo poderá fazê-lo (ASSIS et al , 2009).

Ressalta-se aqui, que foi nesse contexto, que o Ministério da Saúde ressaltou a importância da organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS, definindo-as como estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos, tal processo se dava pela político-institucional que se utilizava dos instrumentos até então criados, como PPI, PDR e mais especificamente em 2006 o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), assinado por cada ente federado (BRASIL, 2008).

Observa-se, que no contexto em que se trata historicamente a descentralização e municipalização da saúde somada a exigência de ter planos e de relatório de gestão para habilitar-se e receber recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) veio certamente estimular os municípios e estados para o desenvolvimento das práticas de planejamento em saúde, mesmo que seja considerada que muitas vezes esses planos e relatórios foram realizados por

autoridades sanitárias com auxílio de universidades, centros de pesquisa, assessorias públicas e privadas e contratação de consultores (ROCHA, 2005).

No entanto, inúmeras foram as dificuldades dos municípios e estados em estarem realizando o planejamento em saúde, envolvendo-se a essas a falta de prática e uma não normatização específica dos conceitos e métodos a serem utilizados em sua elaboração. Nesse sentido, a necessidade de construção de um sistema de planejamento do SUS ficou evidenciada durante o processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde – PNS 2004-2007 aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado no Diário Oficial da União em dezembro de 2004. Em meados de 2005, após a produção e distribuição do PNS, o Ministério da Saúde decidiu transformar essa idéia em proposta para discussão com os estados e municípios por meio de oficinas macrorregionais (BRASIL, 2009).

Nesse processo, é importante destacar a Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 do Pacto pela Saúde, mais especificamente o Pacto de Gestão, que no item 4 do anexo da portaria, estabelece o Sistema de Planejamento do SUS, contendo no seu conceito, princípios e objetivos principais, na conformidade do presente documento. Destaque, também, que o Pacto estabelece cinco pontos prioritários de pactuação para o planejamento, que são:

i) a adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS; ii) a integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo; iii) a institucionalização e o fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS; iv) a revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes; e v) a cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS. (BRASIL, 2006c).

Em dezembro de 2006, a Portaria GM/MS nº 3.085 regulamentou o Sistema de Planejamento do SUS, o Planeja SUS, cujo objetivo fundamental é “pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e os instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão”. Assim, esse sistema constitui um mecanismo de gestão que oferece

metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação do SUS (BRASIL, 2009)..

O Planeja SUS define como instrumentos básicos do planejamento: o plano de saúde, a respectiva programação anual de saúde e relatório anual de gestão. O sistema oferece guias para a formulação desses instrumentos, com o objetivo de qualificar as práticas gerenciais do SUS (BRASIL, 2009).

Passa-se agora a especificar e comentar esses instrumentos básicos do planejamento, e posteriormente, de acordo com o Pacto de Gestão (2006), os principais instrumentos de planejamento das redes regionalizadas de saúde que são: o Plano Diretor de Regionalização (PDR); Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI); acrescentando ainda os comentários acerca do Colegiado de Gestão Regional (CGR) e do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) divulgado em 2011 pelo Decreto 7.508/11, visando assim contemplar todos os recursos de planejamento considerados pelo SUS para a gestão regionalizada da assistência à saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

Apresentam-se então a seguir os instrumentos básicos do planejamento em saúde no SUS:

- **Plano de Saúde**

No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS (BRASIL, 2009) define-se como Plano de Saúde o instrumento que envolve a análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

Na conformidade do Art. 5º da Portaria Nº 3.332/2006, são indicados três eixos orientadores para a análise situacional e para a formulação dos objetivos, diretrizes e metas dos Planos de Saúde: o primeiro em relação as condições de saúde da população, concentrando os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde; o segundo deve tratar dos determinantes e condicionantes de saúde, concentrando medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores; e no terceiro a gestão em saúde, concentrando, entre outras medidas, as que se configuram essenciais à melhoria e/ou ao aperfeiçoamento da

gestão na respectiva esfera, tais como recursos humanos, participação social, infra-estrutura, e descentralização (BRASIL, 2006d).

Em síntese, o Plano de Saúde deve ser a expressão das políticas e dos compromissos de saúde numa determinada esfera de gestão. É a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde. As ações, os recursos financeiros e outros elementos que dão consequência prática ao Plano não são objeto de explicitação no Plano de Saúde (BRASIL, 2009).

- **Programação Anual de Saúde**

A Programação Anual de Saúde reúne o conjunto das iniciativas a serem implementadas pelo respectivo ente federativo em determinado ano, com base no definido no respectivo Plano de Saúde. Assim, esta programação consiste na explicitação das ações, metas e os recursos financeiros voltados para o Plano de Saúde. A Programação Anual de Saúde deve identificar também as responsabilidades e parcerias para a execução das referidas ações (BRASIL, 2009).

- **Relatório Anual de Gestão**

O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (BRASIL, 2006 d). Este deve apresentar a prestação de contas dos recursos transferidos fundo a fundo aos estados e municípios. O referido instrumento, além de apresentar os resultados alcançados na área da saúde, orienta eventuais redirecionamentos necessários.

Para a formulação e programação nas redes regionalizadas de saúde, destacam-se os processos e instrumentos de planejamento em saúde: o Plano Diretor de Regionalização (PDR); Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI); acrescentando, como mencionado, comentários acerca do Colegiado de Gestão Regional (CGR) e do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

- **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**

Como já mencionado é no Pacto de Gestão, que compõe o do Pacto pela Saúde, que estão descritas as questões relativas à operacionalização da regionalização da assistência. Esse destaca a importância da elaboração do PDR, destacando que este documento deve expressar o reconhecimento das regiões de saúde, com ênfase na racionalização de gastos e otimização de recursos.

O volume 3 da Série Pactos pela Saúde tem como tema “Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS”. Este volume detalha o conteúdo do PDR expressando suas partes:

(...) a caracterização do estado; a pactuação feita pelos gestores na identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde, em suas diferentes formas; os mapas dos arranjos regionais que conformam as Macrorregiões de Saúde, caracterizando as ações e serviços a serem oferecidos por cada uma delas; a identificação dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) estruturados e a serem estruturados, com sua composição; situação geolocalizada, da estruturação de redes de atenção à saúde das Regiões e Macrorregiões de Saúde, articuladamente com o processo das PPIs; a identificação dos “complexos regulatórios” – existentes e a serem implantados; outros arranjos e/ou processos pactuados entre os gestores, com o objetivo de potencializar as ações de saúde, em âmbitos regionais. (BRASIL, 2006e, p. 28).

O volume 10 da série Pactos pela Saúde, editado em 2009, retoma a questão do PDR já descrita nos volumes 3. Nessa publicação, têm destaque os critérios políticos e culturais para a elaboração do PDR, que devem ser somados àqueles de ordem técnica relativos aos conceitos de economia de escala e de escopo, e sua relação com a qualidade e o acesso (BRASIL, 2009b; FORTUNA, 2011). Desta forma, o PDR, já previsto na NOAS, adquire caráter mais sistêmico e alcance intersetorial ao permitir diferentes combinações de variáveis (de saúde, econômicas, sociais e culturais) para o estabelecimento das regiões de saúde em cada estado da federação (VIANA, LIMA, FERREIRA, 2010).

Para Fortuna (2011) o referido documento destaca a importância da atualização do PDR para a operacionalização e coordenação da regionalização. Esta atualização está voltada, entre outros aspectos, para a definição dos territórios da região de saúde. Assim, o documento

considera que em alguns estados há necessidade da adoção de outras subdivisões, como a macro ou as microrregiões, de acordo com os serviços e sua densidade tecnológica. As macrorregiões de saúde reúnem mais de uma região de saúde e devem oferecer, em seu conjunto, ações e serviços de média e alta complexidade, complementando a atenção integral à saúde (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2006 e).

O PDR caracteriza-se portanto como instrumento de planejamento da gestão regionalizada do Sistema Único de Saúde SUS e ordena o processo de regionalização da assistência à saúde em cada estado, a qual é baseada em prioridades coerentes com as necessidades de saúde da população e a garantia de acesso do cidadão em todos os níveis de atenção, dando ênfase também a racionalização de gastos e otimização de recursos (BRASIL, 2006c; STEPHAN-SOUZA *et al.* 2010).

Assim, a partir de um planejamento regional, pretende-se garantir acesso aos serviços de saúde em qualquer nível de atenção a todos os cidadãos, fundamentando-se na configuração de sistemas funcionais e resolutivos, na organização de redes hierarquizadas de serviços e no estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais (DOURADO; ELIAS, 2011).

Deste modo, os PDR's devem garantir, em cada região, o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante os pactos entre gestores na garantia das referências intermunicipais, representando, assim, o planejamento regional de acordo com as particularidades de cada estado, em consonância com os recursos disponíveis que devem ser alocados conforme a PPI, e com previsões de necessidades de novos recursos expressas no PDI.

- **A Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI)**

O volume 5 do Pacto pela Saúde de 2006, a PPI é definida como “Programação Pactuada e Integrada da Assistência” e consiste num instrumento de alocação de recursos com vistas a contribuir para a construção de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde. No âmbito do Pacto pela Saúde a PPI avança em relação ao que se tem nas NOAS no tocante à maior transparência dos fluxos, definindo que os limites financeiros para a assistência da média complexidade serão compostos por parcela

destinada ao atendimento da população própria, somado à parcela relativa ao atendimento da população referenciada, a partir de critérios e parâmetros pactuados.

- **Plano Diretor de Investimento (PDI)**

O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuados no processo de plano regional e estadual. No âmbito regional este deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. O referido plano deve contemplar também as necessidades da área da Vigilância em Saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR (BRASIL, 2006 c).

O PDI considera as prioridades identificadas no PDR, com vistas à ampliação das ações e serviços de saúde existentes, de modo a conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde (BRASIL, 2011). Assim, o ente federado apresenta no seu PDI o planejamento e a forma de desembolso dos recursos referentes às ações pactuadas na PPI, de forma a garantir a oferta das ações e serviços acordados (CEAP, 2009).

- **Colegiado de Gestão Regional (CGR)**

De acordo com Viana et al (2010), o CGR expressa uma inovação por “criar um canal permanente de negociação e decisão intergovernamental, com regras definidas e funcionamento estável”. Segundo essas autoras, esse espaço poderá ocupar uma lacuna no âmbito da governança regional, uma vez que configuram um instrumento importante na definição de objetivos comuns e permitem o “estabelecimento de uma lógica voltada para o bem-estar da população e as necessidades de saúde na provisão dos serviços” (VIANA et al., 2010).

O CGR é descrito no volume 1 da série de publicações do Pacto de 2006, onde é definido como “um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa”, cujo funcionamento deve ser acordado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Esse colegiado deve ser composto pelos gestores municipais de saúde do conjunto de

municípios de uma região de saúde e pela representação estadual. Esse órgão deve instituir um processo de planejamento regional, expressando as responsabilidades de cada gestor com a saúde da população e delineando o conjunto de ações com vistas ao alcance da integralidade da atenção (BRASIL, 2006 f).

Assim, o CGR é responsável por fazer a identificação e o reconhecimento das regiões de saúde, criando um espaço de maior articulação para identificar semelhanças e definir responsabilidades. Assim, extrapola os limites político-territoriais a partir dos novos conceitos de regiões de saúde (FORTUNA, 2011).

- **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)**

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), definido como acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Assim, o COAP avança na gestão da política de saúde ao estabelecer metas e compromissos, incentivos e sanções, visando produzir resultados para o Sistema de Saúde. Seu objetivo é a organização e a integração das ações e dos serviços, em uma Região de Saúde, com o fim de garantir a integralidade da assistência aos usuários (BRASIL, 2011).

Enfim, os processos e mecanismos operacionais para operacionalização do planejamento em saúde compõem um projeto político-institucional ao incorporar o direito à saúde e a participação social em cada etapa da formulação de estratégias e mecanismos de enfrentamento dos problemas de saúde da população/sociedade.

3.3 Planejamento como dispositivo de consolidação do acesso na rede regionalizada de atenção em saúde

Entre os princípios doutrinários do SUS, estabelecidos na Lei 8080/90, o da universalidade se destaca quanto à garantia do atendimento em saúde a todos os cidadãos sem distinção. No entanto, a consolidação do acesso aos serviços de saúde se configura como um predecessor de outro princípio doutrinário, no caso específico a equidade, que trata do dever de assegurar ações de saúde para todas as pessoas, especificamente conforme suas necessidades.

Assim, “o acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, nos quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania” (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010, p.162).

O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população (RAMOS; LIMA, 2003; p. 28).

Dessa forma, o acesso em saúde precisa ser pensado na perspectiva das políticas, do planejamento e da gestão pelos diferentes atores sociais (gestores, trabalhadores de saúde e usuários) a fim de que estes possam elaborar caminhos e estratégias para consolidá-lo.

Acrescenta Abreu de Jesus que o estabelecimento de uma relação entre acesso e o planejamento em saúde, se dá num contexto histórico, “sendo construída ao longo de décadas a partir da discussão dos modelos teóricos construídos no decurso de momentos intimamente relacionados aos contextos nos quais se desenvolveram as suas diferentes conceituações” (ABREU DE JESUS, 2006, p.100).

Para Abreu de Jesus (2006), o conceito de acesso está para além da dimensão de elemento de análise e se coloca como categoria analítica, permeada por fatores históricos, numa perspectiva de transformação da realidade.

Giovanella e Fleury (1996, p.196) apresentam o acesso como categoria analítica. As autoras concebem acesso numa visão compreensiva de quatro dimensões;

[...] dimensão econômica, referente à relação entre oferta e demanda, uma visão técnica, relativa à planificação e a organização da rede de serviços; uma visão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde.

Neste ínterim, Giovanella e Fleury (1996), apresentam a partir das dimensões propostas uma articulação com modelos teóricos de assistência a saúde. Destacando o modelo economista, o modelo sanitarista-planificador, o modelo sanitarista politicista e modelo das representações sociais como elementos referenciais para analisar o acesso aos serviços de saúde como categoria.

Abreu de Jesus e Assis (2010) resignificam o trabalho de Giovanella e Fleury (1996) à medida que esses relacionam as dimensões analíticas do acesso com o planejamento, estabelecendo conexões entre a discussão teórica e a prática do planejamento no campo da saúde coletiva, tendo como cenário o processo de construção e conformação da rede regionalizada de atenção em saúde. Nessa resignificação, os autores apresentam quatro concepções, as quais são aqui apresentadas e dialogadas.

A primeira concepção é denominada de: “Dispositivos do planejamento em saúde para buscar equilíbrio na relação oferta/demanda no âmbito do SUS: a dimensão econômica do acesso aos serviços de saúde” (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010).

Para Abreu de Jesus e Assis (2010) a relação oferta/demanda pode ser entendida como a relação existente entre a capacidade de oferecer serviços de saúde e a necessidade de assistência de uma dada população. Acrescenta que há o desafio do planejamento é estabelecer acesso à saúde com disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade por parte dos atores sociais, tendo-se um paradigma a ser superado, no tocante a desenvolver uma política de governo que, resguardada na teoria do modelo econômico, possibilite a criação de dispositivos para equilibrar a relação entre oferta e demanda.

A disponibilidade é entendida como relação entre o volume e os diferentes serviços existentes e o número de usuários e suas necessidades. A acessibilidade, como a relação entre localização da oferta e a localização dos usuários, considerando a distância

geográfica, os recursos para transporte, o tempo demandado até chegar ao serviço, a viagem, à distância e os custos. A adequação funcional, entendida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para receber os usuários e a capacidade dos usuários se adaptarem aos fatores que condicionam a organização da oferta (GIOVANELLA; FLEURY, 1996; ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010).

A capacidade financeira relacionada aos custos dos serviços na entrada, manutenção ou saída dos usuários. A aceitabilidade, entendida como a relação entre as atitudes dos usuários com os trabalhadores de saúde e com as características das práticas dos serviços, bem como a aceitação dos trabalhadores e dos serviços em prestar assistência a esses usuários (GIOVANELLA; FLEURY, 1996; ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010).

No que tange a visão economicista enraizada, porque não dizer fruto da influência normativa das primeiras ideias de planificação (CENDES/OPS), “o desafio dos planejadores está posto no momento em que se assume que as práticas do cotidiano nessa relação devem estar pautadas no paradigma da integralidade, enquanto ação social resultante da permanente interação de atores, em planos distintos de atenção à saúde (individual e coletiva), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados (ABREU DE JESUS; ASSIS 2010, p.165).

A segunda concepção de planejamento é denominada por (ABREU DE JESUS; ASSIS 2010) como “Organização hierarquizada de redes de atenção como dispositivo do planejamento em saúde para viabilizar o acesso aos serviços no SUS: uma dimensão tecnoassistencial”.

Para Abreu de Jesus e Assis (2010) a formatação do processo de regionalização e hierarquização na era SUS vem sendo desenvolvido com base na apresentação da dimensão organizativa dos modelos assistenciais com vistas ao estabelecimento de relações hierárquicas entre unidades de produção de serviços nos níveis de complexidade tecnológica. Já Starfield (2002), comentando acerca da acessibilidade apresenta uma série de motivos para se ter a atenção primária como “porta de entrada” mais adequada para o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde. No entanto, não a faz isso de forma fechada, senão vejamos o comentário da autora;

A idéia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso é inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção (primária, secundária, terciária). Em linguagem mais clara, este ponto de primeiro contato é conhecido como porta de entrada (STARFIELD, 2002, p.207).

A proposta de hierarquização da rede de atenção a saúde deve está muito mais ligada aos níveis de atenção em saúde (atenção primária, secundária e terciária) do que propriamente relacionada ao grau de hierarquização que o usuário deve percorrer na rede para ter suas necessidades de saúde atendidas. Entende-se que esse pensamento tornaria o acesso uma questão extramaneira burocrática. Assim, entende-se que qualquer estabelecimento que compõe a rede assistencial pode funcionar como “porta de entrada”, compreendendo a importância de a porta prioritária ser a atenção primária e reconhecendo que por meio dessas pode se regular fluxo.

Acredita-se que Abreu de Jesus e Assis (2010) compartilham a ideia do modelo circular proposto Cecílio (1997), anteriormente discutido, uma vez que concebem como “porta de entrada”, “o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessa necessidade” (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010, p.162), coadunando também com a ideia não rígida de Starfield (2002).

Nesse entendimento, o campo da Saúde Coletiva deve tratar a questão do planejamento e dos seus dispositivos para organizar a rede, engendrada à discussão dos modelos technoassistenciais, observando sua conformação e organização, garantindo o acesso dos usuários com universalidade, equidade e integralidade, devendo utilizar para isso metodologias participativas, incluindo os diversos sujeitos no processo de discussão do melhor modo de se construir um rede regionalizada e hierarquizada de atenção em saúde (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010).

As outras duas concepções propostas por Abreu de Jesus e Assis (2010) são denominadas de “Dispositivos do planejamento para o desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular no âmbito do SUS: a dimensão política do acesso aos serviços de saúde” e “Dispositivos do planejamento para abordar as representações sociais da atenção à saúde e dos serviços de saúde: a dimensão simbólica do acesso – uma utopia a ser alcançada”.

Para entender o termo consciência sanitária, retoma-se o referencial de Giovanella e Fleury (1996), as quais definem como uma tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade, sendo necessária uma ação individual e coletiva para alcançá-la, bem como, toma-se, também, o referencial de Campos (2000), o qual entende que a consciência sanitária se dá à medida que sujeitos transformados socialmente são capazes de transformar suas realidades de saúde e de um modo mais amplo de vida.

Perceber o planejamento em saúde como um dispositivo para o desenvolvimento da consciência sanitária tem sido um pensamento do próprio Ministério da Saúde (2009) verificado pela proposta política denominada de “Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva”. Assim, o desafio do planejamento em saúde é tornar o arcabouço institucional uma prática coletiva e geradora de consciência sanitária, sobretudo fomentando a verdadeira participação social nos espaços instituídos, como os conselhos e conferências.

Sobre a última concepção, denominada de “Dispositivos do planejamento para abordar as representações sociais da atenção à saúde e dos serviços de saúde: a dimensão simbólica do acesso – uma utopia a ser alcançada”, entende-se que essa dimensão simbólica do acesso aos serviços de saúde deve ser compreendida a partir das representações da atenção à saúde e dos serviços (GIOVANELLA; FLEURY, 1998), na qual se revela uma “tensão-contradição entre a realidade subjetiva e a realidade concreta dos sujeitos em ato”.

Em seguida é apresentado no quadro- III as quatro dimensões analíticas da compreensão da categoria acesso aos serviços de saúde, elaborada pelos os autores que a propõem (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010).

Quadro III- Dimensões analíticas da categoria acesso aos serviços de saúde

Acesso aos serviços de saúde			
Econômica	Técnica	Política	Simbólica
Equidade; racionalização; relação entre oferta e demanda.	Planejamento; organização; regionalização; hierarquização; definição de fluxos; qualidade; resolubilidade dos serviços de saúde.	Políticas de saúde; conformação histórica do modelo de atenção à saúde; participação da comunidade.	Percepções, concepções e atuação dos sujeitos; representações sociais do processo saúde-doença; representações sociais da forma como o sistema de saúde se organiza para atender às necessidades.
Totalidade concreta			
Buscar o equilíbrio na relação oferta / demanda	Organizar a rede assistencial de forma regionalizada e hierarquizada	Desenvolver consciência sanitária e organização popular	Abordar as representações sociais da atenção à saúde e dos serviços de saúde
Universalização do acesso aos serviços de saúde			

Fonte: Abreu de Jesus (2006).

Entende-se que a subjetividade seja um constante nessas duas últimas concepções, tendo então o planejamento um grande desafio para se concretizar como dispositivo de consolidação do acesso. No entanto, percebemos que esse desafio está intimamente ligado ao que concebemos no nosso pressuposto, isto é, a concretização do planejamento como dispositivo dependerá do que os diferentes atores sociais farão “dele”.

4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA: *a continuidade do andar, olhar, apreender e se implicar com rede*

4.1 Natureza do estudo

Nesse estudo fez-se uma opção por uma abordagem qualitativa, com base na hermenêutica, usando seu arcabouço teórico-metodológico num perspectiva crítica e reflexiva. Concebe-se a metodologia enquanto caminho de encontros com as possibilidades e limites que compõem a práticas da realidade investigada, e nela encontrada diferenciadas intencionalidades, necessidades e demandas, dadas que sua concretude da prática investigada não se dá em si, mas por um conjunto de interações, tensões e conflitos vivenciados pelos atos efetivos ou falhos de comunicação dos diferentes atores sociais (instituído e não instituído) frente à proposição do pensar/saber/fazer e conviver frente aos diferenciados contextos (Minayo, 2008).

Para Minayo (2003, p.21) a pesquisa qualitativa;

[...] se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A abordagem qualitativa da pesquisa se deu como possibilidade de compreender analisar, descrever, identificar e discutir o processo de planejamento na conformação da Rede de Atenção Psicossocial. Tornou-se possível, por meio da hermenêutica a compreensão dos sentidos, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais, conforme sinaliza Minayo (2008).

As investigações no campo das ciências sociais e humanas precisam alocar o objeto de estudo em determinados princípios que o diferem de outros campos da ciência. O primeiro princípio é que o objeto é histórico, existe num espaço cuja formação é social e cultural ao longo de um período de tempo passado, presente ou futuro. Desse modo, os sujeitos deste campo são sujeitos com consciência histórica do possível e do real. Por assim serem, relativizam uma identidade entre o ser subjetivo e o objeto investigado e permeia-se prontamente por uma ideologia presente. Por último, é condição essencial do objeto deste campo a sua natureza qualitativa (MINAYO, 2008).

O processo de compreensão crítica e reflexiva pode potencializar uma mudança ou (re) invenção das práticas desde que esteja harmonizada como o processo produtivo de saberes, sujeitos e práticas no campo empírico. Na medida em que se proporciona um mecanismo hermenêutico para a descrição dialogada das relações sociais observadas, urge a realização da interlocução entre o contexto, resultados e determinantes sociais.

4.2 Cenário Empírico: caracterização, aproximação e operacionalização do encontro com campo de estudo

Na pesquisa qualitativa campo de estudo é entendido enquanto “o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (MINAYO, 2000, p. 105).

Diante a compreensão da abordagem, torna-se primordial para realização da pesquisa um recorte espacial deste campo com o objetivo de conhecer, analisar e aproximar-se da realidade de um contexto de intencionalidades e desejos possibilitados pela ação comunicativa da interação dos sujeitos sociais, de modo que possa propor novos achados e por que não dizer conhecimento.

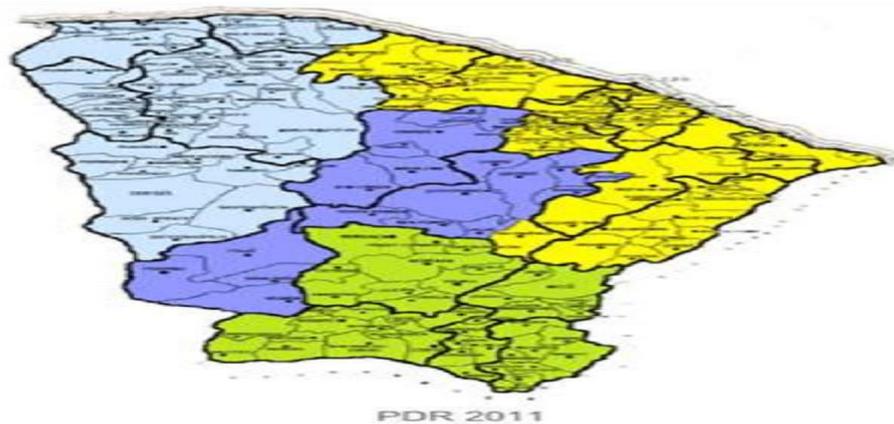
Assim, configura-se como campo de estudo os espaços em que se pensa e efetiva o planejamento da Rede de Atenção Psicossocial da 22^a Região de Saúde (RS) de Cascavel, sendo esse pormenorizado *na descrição da “aproximação específica com o campo de estudo”*. A Região foi escolhida dada a implicação do pesquisador frente as suas experiências de atuações como professor/enfermeiro em todos os municípios que a compõem, bem como por iniciativas pessoais e acadêmicas tendo em vista o envolvimento com o campo da saúde mental, concretizadas pela efetiva participação do pesquisador no Grupo de Pesquisa (GRUPSFE) que tem desempenhado conjuntamente a pesquisa, “Organização da rede regional de saúde e sua interface com a saúde mental no estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica”, na Região de Cascavel, o que possibilitou, por meio de um recorte de um dos objetivos maiores da pesquisa referida, a realização deste estudo.

Na caracterização do campo, destaca-se que a importância e influência da constituição do processo de regionalização no estado do Ceará segue as diretrizes do SUS

ultimamente reafirmadas pelo Decreto 7.508/ 2011 o qual coloca a necessidade do uso de instrumentos orientadores do processo de planejamento, como o (COAP) e juntamente com já instituído (PDR) na NOAS 2011, que definem o perfil assistencial dos municípios e estabelece o Sistema de Referência e Contra-referência. O PDR tem o objetivo de garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde, de acordo com suas necessidades, integrando o Plano Estadual de Saúde.

No Estado, o processo de regionalização idealizou-se a partir da realização de Seminários Microrregionais para gestores municipais e da capacitação dos gerentes e equipe técnica de suas microrregionais. Desta forma, atualmente a regionalização da Saúde do Ceará, distribui seus 184 municípios em 22 Regiões de Saúde e 04 macrorregiões de saúde (Fortaleza, Sobral, Cariri, e Sertão-Central), onde se estrutura o Sistema Estadual de Saúde. Nesse estudo, na ocasião dos resultados, esse processo é comentado articuladamente ao movimento histórico, social e político-institucional do processo de planejamento para construção e conformação da Rede de Atenção Psicossocial no Ceará e particularmente, na Região de Cascavel, por ocasião de o objeto de interesse desse estudo.

Figura V – Macrorregiões e Regiões de Saúde do Ceará



Fonte: Central Integrada de Regulação de Fortaleza – (CIRF, 2011).

A Região de Saúde, segundo o Decreto 7.508/2011, caracteriza-se como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e

infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

No Ceará, a regionalização é conformada por 22 Regiões de Saúde, dentre elas a **Região de Cascavel**. Conhecendo a Região de Cascavel, registra-se que essa é constituída pelos municípios: Beberibe, Cascavel, Chorozinho, Horizonte, Ocara, Pacajus, Pindoretama. Possui uma população de 294.083 habitantes (IBGE, 2012).

Figura VI– Região de Cascavel



No município de Beberibe, a principal atividade econômica é no setor de serviços em decorrência de ser município litorâneo, destacando, as conhecidas areias coloridas do distrito turístico de Morro Branco. Atualmente os setores de serviços de agropecuária e indústria são os que mais contribuem para o Produto Interno Bruto (PIB) municipal, dada a sazonalidade turística (IPCE, 2012a).

Cascavel, decorrente de sua localização privilegiada no litoral cearense, destaca-se pelo artesanato, a pesca, agricultura e comércio (serviços), a principal atividade econômica. A produção do setor primário envolve a cana-de-açúcar, a mandioca, o milho, o feijão, dentre outros. Atualmente, os setores de agropecuária, indústria e serviços são os que mais contribuíram para o Produto Interno Bruto - PIB. Em Cascavel, os dados sobre renda familiar confirmam o quadro generalizado e enraizado de desequilíbrio na distribuição de rendimentos. As concentrações de renda estão na zona urbana (CEARÁ, 2012).

Chorozinho tem como principais fontes de renda da população: agronegócio, cajucultura, produção da amêndoa, mandioca, caprino-bovinocultura, ovinocultura, granjas e

apicultura. Possui algumas indústrias (01 indústria têxtil, 03 indústrias de cajuína, 02 cerâmicas), entre outro, como empregos públicos, proventos de aposentadorias, e de programas de inclusão social do Governo Federal, comércio, restaurantes e pousadas ((IPECE, 2012b).

Horizonte está entre as cinco maiores potências econômica do Estado. O município atrair novos investimentos empresariais, o município, devido a sua proximidade com Fortaleza, está em uma posição estratégica, o que facilita o escoamento de toda produção. Atualmente, 35 empresas compõem o pólo industrial. Junto com o comércio, geram 25 mil empregos diretos e produzem cerca de R\$ 837 milhões/ano (PIB Municipal). Estas cifras coloca o município como um dos mais prósperos do estado, com crescimento anual de 63,3%, enquanto o Estado cresceu 13,7% no mesmo período. Apesar da intensa industrialização do município e o processo de urbanização, as características geográficas e climáticas colaboram para o desenvolvimento da agricultura familiar e de subsistência (CEARÁ, 2012; IPECE, 2012c).

A economia de Pacajus e Ocara têm como base a agricultura e pecuária, mais também a presença de indústrias que se alocam no município, sobretudo as alimentícias, sendo movimentado pelos serviços do comércio. Destaca-se em Pacajus o turismo regional intenso, devido aos recursos naturais e os eventos culturais da cidade (IPECE, 2012d/e).

Em Pindoretama a agricultura constitui-se como uma das atividades mais importantes na economia do município, visto que, há estimativas de que este setor seja responsável por cerca de 36,8% da arrecadação, com produtos, destacando-se o cultivo da cana-de-açúcar e mandioca, sendo uma cidade de muitas casas de farinha e engenho, atualmente com 35 a 40 engenhos no município produzem essencialmente a rapadura, produto que orgulha muito os munícipes da região. Presença também da indústria com produtos alimentares, bebidas, produtos de minerais metálicos. O artesanato local tem sua maior expressão nas rendas de bilro, mas há também outras tipologias com o bordado, o crochê, confecção, artigos em cipó, cerâmica, e madeira trabalhada (CEARÁ, 2012; IPECE, 2012f).

Para conhecer os índices de saúde, educação e renda dos municípios foram consideradas as variáveis do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M). O IDH-M representa a consolidação de um conjunto de 30 indicadores subdivididos em quatro grupos; fisiográficos, fundiários e agrícolas; demográficos e econômicos; infraestrutura de

apoio e aspectos sociais. (PNUD, 2013). Nota-se, como apontado na **tabela I** a seguir, que a Região de Cascavel possui grandes disparidades socioeconômicas entre os seus municípios.

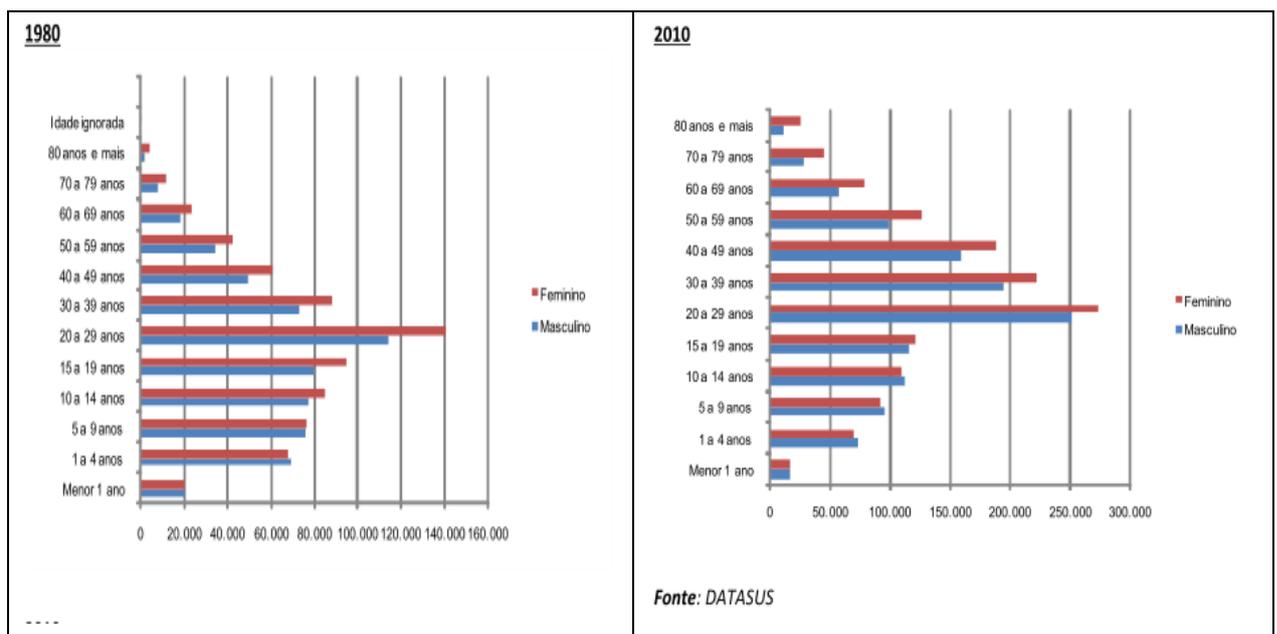
Tabela 1 - Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM) e ranking, municípios da Região de Saúde Cascavel, Ceará, 2010.

Município	IDM	Ranking
Beberibe	26,0	57º
Cascavel	33,4	26º
Chorozinho	18,0	130º
Horizonte	54,9	2º
Ocara	17,9	132º
Pacajus	37,9	15º
Pindoretama	34,9	25º

Fonte: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – (IPECE, 2012a-f).

O perfil demográfico da população da Região de Saúde de Cascavel observado nos censos de 1980 e 2010 – **Gráfico 1**- mostra uma população jovem com tendência ao envelhecimento. Aumentando, assim as doenças crônicas e degenerativas, que estão entre as principais causas de morte e de internações as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças crônicas e distúrbios mentais e outras, como apresentadas na tabela a seguir (CEARÁ, 2012).

Gráfico 1 – Perfil demográfico da população da Região de Cascavel



Fonte: (CEARÁ, 2013).

Quanto à mortalidade da população da região, observa-se as principais causas de óbito - **Tabela 2-** (doenças cardiovasculares, causas externas e cânceres...) estão associadas a fatores de risco como: hipertensão arterial, obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo e consumo abusivo de álcool e outros. Prevenir essas doenças e agravos com ações de promoção da saúde, como: estímulo à atividade física – Academias da Saúde- e alimentação saudável; proporcionar áreas de lazer e esporte; elaborar plano municipal de prevenção e redução da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, envolvendo setores da sociedade.

Tabela II - Mortalidade pelas principais causas, Região de Saúde Cascavel, Ceará 2010.

Causa	Nº	%
Doenças cerebrovasculares	115	4,8
Doenças hipertensivas	102	4,3
Acidente de trânsito	84	3,5
Doenças isquêmicas do coração	77	3,2
Pneumonia	69	2,9
Diabetes mellitus	68	2,9
Homicídio	68	2,9
Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	32	1,3
Doenças do fígado	29	1,2
Insuficiência cardíaca	23	1,0
Neoplasia maligna da próstata	22	0,9
Doenças pulmonares obstrutivas crônicas	21	0,9
Transtornos mentais e comport. por uso do álcool	19	0,9
Neoplasia maligna da mama feminina	13	0,5
Demais causas	580	44,1

Fonte: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – (IPECE, 2012a-f).

Considerado os equipamentos sociais de saúde, detecta-se que para atender aos 294.083 habitantes (IBGE, 2012), a Região de Saúde Cascavel possui 159 serviços de saúde nos diversos níveis de assistência. Dos equipamentos da saúde, 130 (81,76%) são públicos e 29 (18,23%) privados, contanto também com estabelecimentos filantrópicos (CNES,2013).

4.2.1 O início da aproximação permitida....

Destaca-se, para *aproximação* desses espaços que compõem o campo empírico, além das andanças por esses territórios vivos, alguns fatos ocorridos, como a participação no “I Seminário de Redes e Regionalização em Saúde no SUS”, pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE), realizado aos dias seis, sete e oito de dezembro de 2012, no município de Fortaleza-CE, época da qualificação do projeto de mestrado desta dissertação, ocasião em que esse foi apresentado. O evento contou com a participação de teóricos, pesquisadores, trabalhadores e gestores do SUS, destacando a importante participação do sistema de Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), na pessoa da Dra. Maria Verônica Sales da Silva, Coordenadora da 22^a CRES e da Coordenação das Regionais de Saúde do Ceará (CORES), José Policarpo de Araújo Barbosa que em suas apresentações elucidaram o desafio histórico e político da regionalização e constituição de redes, destaca-se ainda a participação do Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda, com a conferência de abertura intitulada “Redes e Regionalização em Saúde”.

Registra-se que o “I Seminário de Redes e Regionalização em Saúde no SUS” teve como objetivo discutir os avanços, desafios, tensões e conflitos que envolvem a necessidade de construção de Redes Regionalizadas de Atenção em Saúde no Estado, a fim de atender com eficiência, eficácia e efetividade as demandas da população, particularmente as que utilizam os serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

Ademais, acrescenta-se outra importância em relação à realização deste evento, dada a maior *aproximação* com o campo prático do processo de planejamento da RAPS da Região de Cascavel. Pois, considerando o processo histórico, político, econômico e sociocultural que configura o cenário de consolidação do SUS, fez-se importante discutir e conhecer os fundamentos teóricos, políticos e conceituais, bem como os elementos constituintes e as práticas coexistentes na conformação da rede.

As vivências relacionais dos fatos vislumbrou e incitou um conhecimento pormenorizado da *Rede de Atenção à Saúde da Região de Cascavel*, detectando que essa conta com unidades básicas, hospitais e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em todos os municípios, variando os perfis e os níveis de complexidade. E na busca do conhecimento da realidade do acesso e a efetividade do SUS nesta região, pode-se desvelar outras tantas realidades.

A busca do conhecimento acerca da avaliação do acesso em saúde nos municípios, detectou que 57% deles obtiveram nota inferior a 5 e para os 43% restantes das notas obtidas encontram-se abaixo de 6, porém nenhum deles estão com notas inferior à 4, conforme o Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS). O IDSUS é um índice de avaliação do desempenho do SUS, quanto ao acesso (potencial ou obtido) e à efetividade da Atenção Básica, das Atenções Ambulatoriais e Hospitalares e das Urgências e Emergências, sendo utilizado como importante subsídio para o planejamento e execução de políticas de saúde. Destaca-se que as melhores notas alcançadas referem-se à Atenção Básica com destaque para o índice de cobertura de vacina tetravalente em menores de um ano, o qual todos os municípios alcançaram nota máxima. Vale destacar também os bons índices obtidos nas proporções de cura de casos novos de Tuberculose pulmonar bacilífera e Hanseníase No âmbito da Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade observa-se o baixo desempenho em relação à razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos, enfatizando o bom desempenho do município de Beberibe em relação à proporção de partos normais (IDSUS, 2013).

O fluxo de acesso aos usuários do SUS deve se dar pelo Cartão Nacional do SUS (Decreto 7508/2011), com cadastro fornecido pela ESF. Já o acesso aos serviços e produtos da saúde é disponibilizado pelas Centrais de Regulação do SUS – CRESUS e SISREG. Todos os municípios da Região de Cascavel dispõem de Centrais de Marcação de Consultas Municipais com equipe e estrutura física mínima necessária ao seu funcionamento. O sistema utilizado pela regulação é SISREG, presente nos sete municípios para agendamento de procedimentos na Policlínica Estadual localizada no município de Pacajus. Para o agendamento local cada município possui protocolo próprio. O fluxo dá-se primeiramente pela solicitação do procedimento a nível ambulatorial pela ESF onde a mesma é encaminhada para Central de Marcação de Consultas Municipal, que após inserção no Sistema UNISUS é realizado o agendamento nas ofertas conforme PPI (CEARÁ, 2012).

A Central de Regulação Hospitalar encontra-se implantada em quatro unidades hospitalares nos municípios de Cascavel, Horizonte, Ocara, e Pacajus, com funcionamento 24 horas. Os municípios de Beberibe, Chorozinho e Pindoretama não dispõem do módulo, portanto, após a solicitação pela unidade de saúde local a Central de Regulação Regional ou Macro Fortaleza autoriza a transferência para o hospital polo da região ou hospitais de referência do município de Fortaleza obedecendo a critérios de PPI, complexidade e resolubilidade (CEARÁ, 2012).

As unidades básicas de saúde e os hospitais locais atendem às urgências e emergências de baixo risco e aquelas classificadas em médio ou alto risco são encaminhadas aos serviços de referência do município pólo da região de Cascavel. As transferências de pacientes são feitas em ambulâncias básicas dos municípios ou em transportes particulares, bem como pelas ambulâncias do SAMU (CEARÁ, 2012).

Cascavel constitui-se o município polo da 22ª Região de Saúde. Com relação aos fluxos dos usuários entre os municípios destaca-se que Pindoretama, Chorozinho, Horizonte, Pacajús e Ocara encaminham para Cascavel diferentes especialidades, como: Pediatria/neonatologia, oftalmologia, ortopedia, ginecobstetrícia, infectologia, cirurgia geral nas áreas de ambulatório e internação, pneumologia, dermatologia, neurologia, cardiologia, urologia e saúde mental (ambulatório). Apoio diagnóstico e terapêutico em: mamografia, endoscopia, ultrassonografia - obstétrica, ecocardiografia, teste ergométrico, holter, radiologia, prótese auditiva e fisioterapia Ocara e Chorozinho encaminham para Horizonte: odontologia especializada e saúde do trabalhador, Ocara e Chorozinho encaminham para Pacajús: ortopedia, proctologia ambulatorial e fonoaudiologia. A Referência Regional ocorre para Horizonte e Pacajus e a Referência Média Complexidade Nível 2 e 3 e Alta Complexidade para Fortaleza, conforme a proposta, de Regulação da Região -**Figura VII**.

Figura VII - Regulação 22º região de Saúde



Fonte: (CIRF, 2011).

Destaca-se que a Atenção Básica está organizada nos 07 municípios conforme a Estratégia Saúde da Família com uma estrutura regional formada por 83 ESF, 69 ESB e 07 NASF. Em todos os municípios há fragilidades em relação à resolutividade e qualidade dos serviços prestados, constatando-se descontinuidade no cuidado ao usuário, fluxos e rotinas informais de encaminhamento de pacientes e de suprimento deficiente das unidades, gerando dificuldades no exercício da responsabilidade de ordenar as redes de atenção, comprometendo a garantia do princípio da integralidade do SUS (CEARÁ, 2013).

A apreensão do conhecimento da realidade aponta que as ações e serviços de saúde existentes nos 07 (sete) municípios da área da região são organizados tendo como foco o nível de complexidade, apresentando-se de forma fragmentada e mostrando-se insuficientes para suprir as necessidades de saúde da população e para garantir a integralidade do cuidado.

Não obstante, observa-se que no sentido de enfrentar os desafios e integrar os serviços e ações desenvolvidas nos municípios, a exemplo da experiência e diretriz nacional, a região vêm-se fortalecendo o processo de regionalização da saúde a partir do proposto pelo Decreto Presidencial nº 7.508 em junho de 2011, que dispõe em seu Capítulo V, Seção II, sobretudo pela possibilidade das interações dos municípios firmadas junto ao Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

No cenário nacional, o Estado do Ceará foi o primeiro a assinar o COAP, no dia 17 de agosto de 2012, foram assinados os Contratos de quatro Regiões de Saúde do Ceará com as presenças do Ministro da Saúde, Governador do Estado, prefeitos e secretários de Saúde, simbolizando a contratualização de todo o Estado - 22 contratos (BRASIL, 2012 a e b).

No processo de contratualização a primeira etapa é o planejamento regional integrado, realizado com base nos Planos de Saúde dos entes federativos. É preciso realizar a elaboração do Mapa da Saúde da Região, em seguida, definição das ações e dos serviços e das responsabilidades pelo referenciamento do usuário de outros municípios. Outras questões devem ser definidas também, como os medicamentos ofertados, e pactuação de metas regionais e responsabilidades individuais, inclusive, orçamentárias e financeiras. A coordenação do processo de elaboração do COAP será sempre do Estado, cabendo a ele organizar as discussões, negociações e esclarecimentos nas Regiões de Saúde. Entretanto, os municípios podem, no âmbito da Comissão Intergestores Regional (CIR), iniciar o debate e fomentar esse processo. Devendo o COAP ser assinado por região de saúde, firmado com todos os prefeitos e secretários municipais de Saúde, do governador e secretários estaduais de Saúde e pelo Ministro da Saúde (BRASIL, 2012).

Destaca-se que dentre as quatro primeiras Regiões de Saúde que assinaram o COAP 2012-2013, a 22ª RS foi pioneira, o COAP foi construído a partir de reuniões da CIR e reuniões da área técnica com a participação dos Secretários de Saúde Municipais, bem como pelo grupo técnico dos municípios. Nessas reuniões foram discutidos os pontos necessários para o desenvolvimento de todas as etapas do COAP (CEARÁ, 2013).

4.2.1.2 Operacionalização da aproximação específica com o campo de estudo e o “insight” da analogia

Em meio à dinâmica dos fatos ocorridos com aproximação permitida com o campo, destaca-se ainda aos dias dezessete de dezembro de 2012 ocorreu o primeiro encontro que envolveu o pesquisador, junto com a equipe pesquisadora, e também a grata Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), responsável pela coordenação da 1ª e 22ª Regiões de Saúde do Ceará.

Nesse encontro, a coordenação da CRES e sua equipe, apresentaram ao GRUPSFE a organização das Redes de Atenção à Saúde que estão até então desenhadas (Rede Cegonha e a Rede de Urgência e Emergência) e as que estavam em construção Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Rede de Cuidado à saúde da pessoa com deficiência). Foram destacadas as fases de constituição das RAS: análise situacional; construção dos mapas; definição dos pólos; contratualização da RAS; Implantação de Sistemas de Informação; comissão de monitoramento e avaliação da região; Plano Operativo Anual. Foram apresentados também os membros e o papel das câmaras técnicas de Atenção Básica, Mobilização Social e Saúde do Trabalhador, tudo isso de grande valia para o entendimento dos processos do planejamento sistêmico das redes, conforme legislação político institucional.

Na ocasião foram esclarecidas as dúvidas acerca do processo de regionalização do Estado do Ceará, bem como a nova divisão deste, definido em 2011 com 04 Macrorregiões de Saúde, sendo elas Fortaleza, Sertão Central, Cariri e Sobral, as quais se encontram subdivididas em 22 regiões de saúde. Sendo-nos relatado que embora existissem mapas para esta nova conformação, não pode-se ainda fazer apreensão para o início da análise dos materiais mostrados, pois o novo Plano Diretor de Regionalização e outros documentos ainda não estava em domínios públicos, fato esse resolvido posteriormente diante das assinaturas dos termos de fidei depositários, permitindo o acesso aos materiais mediante o consenso das instâncias responsáveis pela liberação (CRES- CIR) na 22ª Regiões de Saúde.

Já no início de 2013, aos dias quinze de janeiro, junto à equipe pesquisadora, participou da primeira reunião da CRES com os atuais gestores, gerentes e coordenadores dos municípios integrantes da 1ª e 22ª Regiões de Saúde; reunião esta que faz parte da agenda da Comissão Intergestora Regional (CIR). Na situação ocorreu a apresentação de integrantes da CRES, bem como dos municípios seguida de um breve resgate de como se encontra a situação de saúde das regiões acima citadas, além da discussão acerca da construção e implantação de Redes de Atenção à Saúde, dentre elas a de Atenção Psicossocial, ponto principal neste estudo. Na ocasião pode-se então apresentar o projeto de estudo e solicitou-se a anuência dos gestores para a realização do estudo nos municípios que compõem a Região de Saúde de Cascavel, o que após os esclarecimentos foi aprovado pelos presentes.

No mesmo mês e ano, aos dias vinte e um de janeiro de 2013, com mais um membro da equipe pesquisadora, fez-se presente na primeira reunião da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), que contou com a participação de representantes estaduais e

municipais de saúde de todo o Ceará, pois é nela também que ocorrem as pactuações das políticas públicas a serem implantadas.

Assim como foi discutido na CIR, na CIB foram postos alguns desafios para o ano corrente, entre eles a consolidação das Redes de Atenção à Saúde iniciadas no ano de 2012; a implantação da Rede de Atenção Psicossocial; bem como a implantação e revalidação do Contrato Organizativo da Ação Pública, instrumento instituído pelo Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, o qual aponta para as responsabilidades públicas dos municípios em relação às ações e serviços de saúde integrantes das Redes de Atenção à Saúde.

Ao longo do ano de 2013, presencialmente ou ora representado por outros membros de uma equipe pesquisadora, na ocasião dos momentos de impossibilidade de acompanhamentos sempre presenciais devido às responsabilidades como docente, participou-se como ouvinte das reuniões dos espaços que tem ocorrido mais o planejamento da Rede de Atenção Psicossocial, particularmente identificados como CIR e CIB, sobretudo no que se referem os momentos explicativos e normativos do processo, tomando sempre os registros no diário de campo das observações sistemáticas realizadas conjuntamente com os membros do GRUPSFE, somada a registros essenciais para a correlação com outros dados coletados no caminhar pelo campo de estudo propriamente dito, que por seguinte é caracterizado.

Após a aprovação da pesquisa no comitê de ética, a etapa da coleta de dados foi iniciada nos municípios da 22ª Região de Saúde. Destaca-se que antes da operacionalização da coleta de dados, a equipe de suporte a coleta (composta por estudantes de graduação, mestrado e doutorado) participou dos seguintes treinamentos, entre os meses de fevereiro e março de 2013: Oficina sobre Sistema Único de Saúde (4h); Oficina sobre Regionalização e Redes de Atenção à Saúde (4h) e Treinamento sobre técnicas de coleta de dados (4h) (entrevistas e observação sistemática).

Efetivamente a coleta por parte das visitas aos municípios foi iniciada nos meses de março a início de julho de 2013. Junto a equipes compostas por 02 a 03 estudantes, organizou-se a realização de viagens semanais ao campo empírico. Destaca-se que a pesquisa contou com a colaboração da Universidade Estadual do Ceará no sentido de garantir o transporte da equipe aos municípios. Dado que o item financiamento não foi contemplado em toda a sua parte do projeto maior, o que se registra um dos entraves à operacionalização do estudo, pois o grupo dependia da disponibilidade dos carros da Universidade, fazendo-se

assim necessário o envolvimento cada vez mais pessoal em idas e vindas solitárias a região, dado a responsabilidade, as intencionalidades e implicação pessoal para a concretização do estudo, mas esses momentos se fizeram gratificantes na medida que proporcionavam reencontros com atores sociais já conhecidos, fossem eles trabalhadores dos serviços ou antigos alunos dos cursos de técnicos em enfermagem, possibilitando a detecção de atos ora produtivos ora não produtivos, mediante as necessidades efetivas das ações planejadas para a RAPS.

A RAPS, conforme a estrutura estabelecida na Portaria n 3.088, de 23 de dezembro de 2011, pode ser pensada a partir de seis componentes, tendo variados pontos de atenção em cada um deles, conforme pode ser identificado na Figura VIII.

Figura VIII- Componentes da Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: SESA (2012)

Diante do exposto, e considerado à dinâmica dos fatos ocorridos que permitiram *aproximação específica com o campo de estudo*, considerou-se, a tentativa de territorialização do cenário que compõem o campo empírico, de tal fato que se fez um

diagnóstico dos estabelecimentos pertencentes à Rede de Atenção Psicossocial da Região de Cascavel, e constatou-se a existência de pontos de atenção em 3 eixos de seus componentes, que foram; Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica e Atenção de Urgência e Emergência.

Em uma abordagem qualitativa, a seleção do campo e dos participantes de estudos concentra-se na compreensão dos entendimentos, necessidades e demandas que emergem dos “insights” do processo investigativo e são neles que se focalizam a direcionalidade e continuidade de busca de respostas as questões propostas. De tal forma, que no processo investigativo e a partir do conceito de redes intui-se e demarcam-se os pontos existentes que possibilitam a disponibilidade de acesso a RAPS na região, entendendo que esses devem ter mecanismos e estratégias de interação para que o planejamento do pensar/saber/fazer/concretizar as ações fossem efetivados em sua finalidade. Surgem então o “insight” que guiou a direcionalidade e continuidade do estudo.

O ato intuitivo deu-se no momento de plena ansiedade e implicação para com o objeto e seus desdobramentos, surgindo a possibilidade da metáfora do título do estudo proposto, somando-se a isso todo o envolvimento histórico, político, social e cultural do estudante, do enfermeiro, do administrador, do professor universitário e, sobretudo do cidadão que vive e participa ora a mais ou ora a menos da concretização do sonho de consolidação do SUS em seus princípios. Assim, nos movimentos dialógicos de encontros e desencontros da elaboração do estudo compartilhou-se “insights” com quem academicamente responsável orientou o estudo, de tal modo que foi decido pelo consenso do diálogo o título do estudo presente.

Devendo ser considerado na apreciação desse a analogia dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial com a “rede de descanso”, de tal modo que os CAPS são assumidos como “armadores” e a atenção básica (ESF) como os “punhos”, dado que o primeiro tem a responsabilidade de organizar por meio das interações do seu “tecido social” (gestores, trabalhadores e usuários) a atenção em saúde mental no território ou região, e ao segundo dado a quantidade expressiva de equipamentos sociais e a suposta função ordenadora que assume na articulação da rede como um todo. Mas cedendo ao academicismo das citações referenciadas, muitas vezes só de autores já conhecidos, viu-se também a necessidade de respaldar a intencionalidade da argumentação do desejo, sendo em seguida apresentada e ao logo do estudo dialogada no contexto das realidades aprendidas.

Nesse sentido, utiliza-se dos apontamentos de Silva (2011) quando coloca a importância da necessidade de constituição de redes de saúde para o SUS, devendo atentar para alguns componentes básicos na possibilidade de se constituir redes, destacando que para construção e conformação devem-se levar em consideração os espaços territoriais e a ação das suas respectivas populações (atores sociais) na busca por respostas as diferenciadas demandas, assumindo a importância da ESF como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso as diferentes redes temáticas de linhas de cuidados que compõem a Rede de Atenção em Saúde em sua totalidade, considerando ainda a distribuição dos pontos com objetivos e funções de suprir as necessidades de oferta especializada (Rede de Atenção Psicossocial), para atender critérios de economias de escala e escopo que compreendam a logística que controla o acesso e o fluxo dos usuários (SILVA, 2011).

Tendo em visto a escolha da abordagem qualitativa do estudo, e assumindo a racionalidade estratégica vivida pelo agir comunicativo, emergiu-se a necessidade de eger critérios para o recorte espacial do estudo, e considerando os três (3) tipos de componentes existentes, elegeu-se pontos de atenção de cada um desses componentes, sejam eles; 07 Unidades Básica de Saúde (Estratégia de Saúde da Família), priorizando nas zonas urbanas as ESF culturalmente conhecidas como “posto sede”, dado a facilidade de se ter o melhor acesso, 04 CAPS da região e abriu-se mão das portas hospitalares dado a pouca representatividade simbólica que esses pontos tem para o planejamento da RAPS, resolveu-se reconsiderar o critério inicial e para isso tomou-se como justificativa o processo histórico da finalidade do assumido planejamento em saúde, argumentando então que de acordo com os ideários da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) os pontos em questão de fato não são “portas de entradas” prioritárias para que a ação planejada se efetive, pois se assim fossem concebidas contradizeriam os ideários da desinstitucionalização. Não se nega a importância dessas, pois a final todas podem ser porta de entrada, mas optou-se pelas que de fato possibilite a desinstitucionalização hospitalar.

No entanto, diante de uma concepção dialética, reconheça-se que tais pontos possuem sim sua importância dado que em considerado a finalidade exigida da demanda pelas situações de crises psiquiátricas essas portas poderiam ser prioritárias. Mas sabe-se também que nos ideários da RPB se preconiza a existência de enfermarias especializadas nesses pontos para atender essas situações, e do que se registra a região tem contribuído para o cumprimento dessa exigência com pelo menos 01 leito psiquiátrico na cidade de Cascavel, o que coincide com os ideários da RPB. Mas em vista de saber como se dão os fluxos de

usuários nessas portas de entradas, inclui-se tal assunto nas questões norteadoras das apreensões ocorrido no campo estabelecido, a fim de se ter uma maior compreensão da “totalidade”.

Diante do exposto, coloca-se que a efetiva aproximação com o campo do estudo, suplantou (“no sentido de por os pés”) a recorrente continuidade das idas e vindas ao território e nas oportunidades em que se deram prosseguiu-se com uma lógica estabelecida de quando em visitas aos municípios dever-se-ia inicialmente ir à Secretaria Municipal de Saúde para se apresentar, realizar entrevistas com o secretário municipal e equipe de gerentes, além de obter outras informações acerca da localização das unidades de saúde que seriam visitadas, as idas e vindas seguiram-se com a realização das entrevistas dos participantes do estudo.

4.3. Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram ao todo trinta e seis 36 pessoas, sendo onze (11) gestores ou gerentes locais e regionais, vinte um (21) trabalhadores de saúde da ESF e CAPS e quatro (4) usuários do Sistema Único de Saúde, considerando os entendimentos, as intencionalidades, as necessidades e demandas desses atores sociais frente os diferentes momentos do planejamento em saúde, seja no momento de explicação e normatividade ou nos momentos que pela operacionalidade do agir esses outros são potencialmente efetivados.

O processo de amostragem seguiu a intencionalidade requerida pelo objeto de estudo e o formato metodológico em que a explicação da realidade pauta-se na compreensão de suas vertentes, interfaces e entrecruzamentos das apreensões captadas dos participantes do estudo. Tal agir é processual pelo próprio sentido da investigação, pois na medida em que se coleta já se tem produção de conhecimento; é nessa continuidade que se direciona o sentido interpretativo para a dimensão mais próxima da “totalidade do objeto”, sem nenhuma preocupação com a questão numérica, já que uma amostragem ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões, de tal modo que o método qualitativo conduz a guarida necessária para que se possa adentrar neste universo complexo, ativo e dinâmico (MINAYO, 2000; MINAYO, 2008; FLICK, 2009).

Sendo os participantes, conforme a identificação feita, divididos em três grupos – **Grupo I** – Gestores e Gerentes; **Grupo II**- Trabalhadores de Saúde da ESF e CAPS; e **Grupo III**- Usuários.

Detalhando a escolha dos participantes, coloca-se que, como referido, o processo de investigação partiu das secretarias municipais de saúde das cidades que compõem a Região de Cascavel, havendo um primeiro contato com os participantes do Grupo I dado ao fato do envolvimento desses com os processos de planejamento dos diferentes níveis da assistência em saúde, e quando as experiências apreendidas dos sujeitos não se referenciavam as experiências e entendimentos dos processos do planejamento da RAPS, era perguntado sobre como tinha sido articulado o planejamento desta frente à elaboração recente do COAP 2012-2013. E em posse das informações identificava-se sujeitos e seguiam-se a investigações na busca dos informantes chaves. Priorizaram-se também os Coordenadores da Atenção Básica (ESF) e dos Coordenadores do CAPS dos municípios em busca de resposta encontradas ou desconhecidas com a analogia assumida em decorrência do “insight” do processo de investigação.

Relata-se que houve no momento inicial da coleta algumas dificuldades de apreensões dos entendimentos e intencionalidades, principalmente do Grupo I, não por negação de participação dos seus representantes, mas pelo contexto de transição política da época, sendo colocada por alguns que suas representações simbólicas não estavam ainda instituídas dadas a transição da gestão, sendo a equipe uma vez até surpreendida em um dado município pela informação de que a gestão anterior não tinha dado condições de continuidade de capacidade de governo, dado até mesmo o sumiço de dados técnicos e administrativos, inclusive pela ocorrência de ter se dado conta da falta de um dos computadores da dada secretária. Quanto às apreensões dos entendimentos e intencionalidades do Grupo II e III destaca-se apenas a dificuldade ligada ao fato de que em algumas idas não se podia esperar que os atendimentos finalizassem-se no fim das manhãs, para que só então no horário de almoço dos trabalhadores realizam-se essas apreensões, mas dado a grata participação dos mesmos em muitas situações assim ocorriam, configurando-se para o entendimento do estudo um ato produtivo de execução das ações planejadas, tendo em vista que a pesquisa fora autorizada por representantes gestores nas instâncias em que mais se pensa o planejamento no momento explicativo e normativo (CRES- CIR).

Nos encontros e atos de comunicação com os três grupos de representantes as dificuldades eram superadas, bem como também eram assumidos compromissos de retorno do que estava sendo tomando e apreendido, muitas vezes mediados pelas indagações e pergunta do que, pra que é pra onde vai isso que você está me perguntando? Tendo-se que em algumas das situações apreender entendimentos informais, logicamente não utilizados aqui, dado a não autorização da participação devida à necessidade de registro das apreensões por meios eletrônicos, mas as situações eram sim resolvidas sempre com base do diálogo, resultando em indicações de possíveis informantes chaves, que permitiu-nos a continuidade da investigação. Nessa dinâmica de movimentos eram constituídos os entrelaçamentos com o tecido social vivo da Rede de Atenção Psicossocial da Região de Cascavel- Ceará.

Apresenta-se, então a distribuição no quadro IV dos participantes de cada grupo (I, II e III) no campo de estudo do cenário em que ocorreu a pesquisa, potencializada pela aceitação dos identificados atores sociais com a implicação necessária para compreensão do processo de planejamento da Rede de Atenção Psicossocial da Região de Cascavel Ceará, ao todo, incluindo 36 sujeitos.

Quadro IV- Caracterização e número de entrevistas dos participantes do estudo

Grupo	Contexto de Representação	Categoria profissional	Identificação
		Enfermeiro (Enf.)	1
		Terapeuta Ocupacional	2
	Gestores ou assessores técnicos	Enfermeiro (Enf.)	3
		Enfermeiro (Enf.)	4
Grupo I	Coordenadores da Atenção Básica	Assistente Social	5
Gestores ou Gerente	Coordenação dos Centros de Atenção Psicossocial	Gestão em Saúde	6
	Coordenadoria Regional de Saúde	Enfermeiro(Enf.)	7
		Gestão em Saúde	8
		Enfermeiro(Enf.)	9
		Farmacêutico	10
		Enfermeiro (Enf.)	11
Entr.do Grupo I			11
		Enfermeiro	12
		Enfermeiro	13
		Enfermeiro	14
		Enfermeiro	15
		Enfermeiro	16
		Enfermeiro	17
		Médico	18
		Médico	19
Grupo II		Agente Comunitário de Saúde	20
Trabalhadores de Saúde		Agente Comunitário de Saúde	21
		Agente Comunitário de Saúde	22
	Trabalhadores da ESF da Região de Cascavel	Agente Comunitário de Saúde	23
	Trabalhadores dos CAPS da Região de Cascavel	Técnico de Enfermagem	24
		Técnico de Enfermagem	25
		Técnico de Enfermagem	26
		Recepcionista	27
		Psicólogo	28
		Psicólogo	29
		Terapeuta Ocupacional	30
		Terapeuta Ocupacional	31
		Assistente Social	32
Entr.do Grupo II			21
		Desempregado	33
Grupo III	Usuários dos CAPS da Região de Cascavel	Doméstica	34
Usuários		Comerciante	35
		Artesã	36
Entr.do Grupo III			4
Total de Entr.			36

Registra-se que, como dito anteriormente, o termo trabalhador de saúde foi considerado por ampliar o núcleo profissional, não restringindo qualquer categoria, mas na representação do Grupo I – Gestores e Gerentes evidenciou-se a participação do profissional enfermeiro frente ao processo de regionalização e planejamento da RAPS, diante o apontado resolveu-se então discutir a participação, transversalizada aos resultados apontados nesse estudo.

4.4 Instrumentos e Técnicas de coletas de dados

Dialogando com o proposto por Minayo (2008), entende-se que a escolha dos instrumentos e técnica de coleta de dados influencia e possibilita o estabelecimento de comunicação desejada entre pesquisador e pesquisados. Nesse sentido, considerando a abordagem do estudo utilizou-se de documentos, da entrevista semi-estruturada, da observação sistemática. As entrevistas tiveram como instrumento o roteiro, conforma cada grupo de participantes do estudo; Grupo I (Apêndice A), Grupo II (Apêndice B), Grupo III (Apêndice C) e para observação sistemática utilizou-se do roteiro conforme (Apêndice D).

No intuito de complementar os dados obtidos a partir das fontes primárias, mas também se utilizou das fontes documentais, uma busca de documentos, que segundo Cellard (2008) possibilita realizar alguns tipos de reconstrução, pois os documentos, seja escrito ou não, constitui uma fonte extremamente preciosa, permanecendo como um testemunho de atividades particulares ocorridas num passado distante e, inclusive, recente.

As três fontes de dado aqui evidenciadas, entrevista semi- estruturada, observação sistemática e documentos são caracterizada a seguir a partir do estabelecimento da intencionalidade da comunicação desejada entre pesquisador e pesquisados.

- **Entrevista semi-estruturada**

As entrevistas constituem uma porta de acesso às realidades, apostando na capacidade de entrar em relação com as outras (POUPART, 2008). Destaca-se a possibilidade de envolvimento e implicação com a pesquisa a partir do processo de aplicação dessa técnica,

pelo fato de os sujeitos (pesquisador e entrevistado) estarem, no momento do estudo, inseridos em um mesmo contexto e, portanto, vivenciarem também o espaço onde está focalizada a investigação (MINAYO, 2008).

Com intuito de caracterizar as entrevistas realizadas como semi-estruturadas, as mesmas se basearam em questionamentos, perguntas norteadoras (Apêndices A, B e C), e reflexões em teorias formuladas antes e durante o processo de investigação. Minayo (2008, p. 191) afirma, pois, que é importante a elaboração de um roteiro na entrevista semi-estruturada, o qual deve possibilitar o desdobramento de outros questionamentos considerados essenciais, possibilitando a abrangência das informações esperadas.

É válido ressaltar que a gravação das entrevistas foi armazenada na íntegra em arquivos digitais de áudio, com autorização prévia dos entrevistados. E, após a gravação, todos estão à disposição do entrevistado, a fim de que o mesmo possa ouvi-la, para que confirme a veracidade dos fatos, podendo ficar à vontade para modificar ou acrescentar questões relativas ao seu depoimento.

- **Observação sistemática**

A observação dos fenômenos, qualquer que seja a sua natureza, constitui o núcleo de todo procedimento científico, de maneira a compreender a realidade de forma complementar, pois figura sistematicamente ao lado das outras técnicas de coleta do material qualitativo, tais como a entrevista, os relatos de vida ou ainda a pesquisa documental (JACCOUD; MAYER, 2008).

É necessário, assim, que, na observação sistemática, o pesquisador observe a linguagem corporal, bem como as variações da fala, como: voz embargada, balanceio no momento de pronunciá-la ou ato falho, enfim observar atentamente todas as expressões verbais e não verbais (TURATO, 2003). Com essa técnica complementar será possível uma análise mais completa das informações.

A observação sistemática foi orientada por um roteiro de observação (Apêndice D), para possibilitar o confronto entre os dados apreendidos, a representação (depoimentos) e a prática concreta do processo de regionalização em relação aos serviços de saúde mental da região em que se deu o estudo.

- **Documentos**

A pesquisa documental possibilita realizar alguns tipos de reconstrução, pois o documento, seja escrito ou não, constitui uma fonte extremamente preciosa, permanecendo como um testemunho de atividades particulares ocorridas num passado distante e, inclusive, recente (CELLARD, 2008).

Assim, a escolha dos documentos para o estudo foi intencional e correspondeu ao período de 2000-2013. Esse período foi definido por coincidir com a discussão e publicação de normas, e ferramentas de gestão que buscaram a viabilização de uma rede regionalizada e integrada na Região de Saúde estudada (NOAS, PDR, Pacto pela Saúde, decretos e portarias). Foram analisados, desse modo, documentos institucionais que abordaram o processo de regionalização, o planejamento e a coordenação de propostas das políticas federais, estaduais e regionais quanto à constituição da Rede de Atenção Psicossocial.

Os documentos complementaram os dados na perspectiva de compreensão do contexto, estabelecendo conexões por meio do entrecruzamento de informações, por meio da triangulação dos dados. E de modo específico contribui para que fosse feito um resgate da evolução histórica da oferta de pontos estratégicos que hoje compõem rede no estado e particularmente a rede regional de atenção psicossocial da região em que se deu o estudo.

Dessa forma, os documentos analisados retrataram o contexto político-institucional que se articulava com os objetivos da pesquisa. Nessa perspectiva, foram selecionados: Leis, decretos, portarias, diretrizes, relatórios, plano de saúde, atas, entre outros, como explicitado no Quadro V- Documentos técnicos utilizados no processo de planejamento em saúde no âmbito federal, estadual e regional.

Quadro V- Documentos técnicos utilizados no processo de planejamento em saúde no âmbito federal, estadual e regional			
<i>Documento</i>	<i>Conceito</i>	<i>Quant.</i>	<i>Ident.</i>
Consolidado do Sistema de Planejamento do SUS	Documento que orienta o planejamento no SUS mediante a regulamentação da Portaria 3.085 1 de dezembro de 2006.	01	Doc. 1
Decreto 7.508	Documento que conduz os atos administrativos do poder executivo.	01	Doc. 2
Lei Mario Mamede- Lei 10.216	Documentos que conduz atos normativos que emanam do poder legislativo, e são sancionadas pelo poder executivo.	02	Doc. 3
Resolução nº 05/98	Documentos emitidos por autoridades administrativas, que publicam instruções sobre a aplicação de leis, sobre a organização e o cadastramento de serviço, etc.	04	Doc. 4
Portarias 4279-336-3088			
Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2006 Ceará	Vide referencial teórico	01	Doc. 5
Plano Estadual de Saúde (2007-2010/2012-2015)	Vide referencial teórico	02	Doc. 6
Relatório de Gestão Ceará -2006-2010	Vide referencial teórico	05	Doc. 7
Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)- Região Cascavel	Vide referencial teórico	01	Doc. 8
Relatório de Avaliação e monitoramento do COAP- Região Cascavel	Vide referencial teórico	01	Doc. 9
Resgate Histórico do COAP- Cascavel	Documento elaborado pela CRES, fazendo resgate histórico.	01	Doc. 10
Nota técnica implantação da RAPS-CE	Documento produzido por um órgão acreditado que estabelece regras, diretrizes, ou características sobre um processo ou serviço.	01	Doc. 11
Atas CIB 2000- 2013	Documento que registra resumidamente as ocorrências, deliberações, resoluções e decisões de reuniões.	221	Doc. 12
Atas CIR	Documento que registra resumidamente as ocorrências, deliberações, resoluções e decisões de reuniões.	99	Doc. 13
Histórico da Saúde Mental no Ceará *Relatório do Observatório de Recursos Humanos na Saúde	Documentos que registra o processo de planejamento e constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Ceará.	01	Doc. 14
*Depoimento-Caso Damião Ximenes	Resposta do caso emblemático envolvendo a assistencial em saúde mental na cidade de Sobral a Corte Interamericana de Direitos Humanos da OEA].	01	Doc. 15
*Carta Ytacaranha	Documentos que registra o processo de planejamento e constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Ceará.	01	Doc. 16
Total de documentos analisados	Documentos que deram suporte a elaboração do estudo	339	Doc. 1 – 16

Os documentos foram coletados por meio de acesso digital (internet) e por aquisição após aprovação, na 22ª Coordenadoria Regional de Saúde. Em seguida, foi o momento da preparação desses documentos. Cellard (2008) direciona que durante a preparação dos documentos, há a necessidade de uma avaliação preliminar, que constitui a primeira etapa da análise documental e se aplica em cinco dimensões, que foram utilizadas como aporte teórico durante o processo de análise dos documentos.

Destaca-se que os documentos são impossíveis de serem transformados, é necessário aceitá-los como eles se apresentam, mesmo que estejam incompletos, parciais ou imprecisos. Contudo, continua sendo de suma importância, avaliar adequadamente, com um olhar crítico, a documentação que se pretende analisar (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Quadro VI: Dimensões de Análise de uso dos documentos

DIMENSÃO	CARACTERÍSTICAS
Contexto	Avaliação do contexto histórico no qual o documento foi elaborado, a dimensão sociopolítica do autor e daqueles a quem foi destinado. Associado a uma análise da conjuntura socioeconômica e política que favoreceu a produção de um determinado documento
Autor(es)	Ter um bom conhecimento prévio da identidade da pessoa que se expressa, de seus interesses e dos motivos que a levaram a escrever.
Autenticidade e a confiabilidade do texto	Assegurar-se da qualidade da informação transmitida e verificar a procedência do documento. É importante estar atento para a relação existente entre o autor e o que ele escreveu.
Natureza do texto	Considerar a origem do texto, abertura do autor, os subentendidos, a estrutura de um texto pode variar enormemente, conforme o contexto no qual ele é redigido.
Conceitos-chave e lógica interna do texto	Delimitar corretamente o sentido das palavras e dos conceitos-chave presentes em um texto e avaliar sua importância e seu sentido, segundo o contexto preciso em que eles são aplicados. É útil examinar a lógica interna, o esquema ou o plano do texto.

Fonte: CELLARD, 2008; SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009.

Na primeira etapa da análise, os documentos foram organizados e codificados por meio da utilização do software Nvivo versão 9.0. Nessa etapa foi utilizado o software *Qualitative Solutions Research Nvivo* (QSR) versão 9.0. O software se baseia no princípio da codificação e armazenamento de textos em categorias específicas. No processamento do Nvivo, as categorias do estudo, nomeadas “nós”, foram codificadas e, em seguida, conceituadas e agrupadas, para enfim terem seus dados analisados (CAPRARA, 2012).

Na etapa seguinte fez-se necessário realizar a codificação dos dados que consiste na criação de Unidades de Sentido e a releitura dos textos com os recortes já incluídos nestas Unidades. Com apoio da equipe pesquisadora nomearam as Unidades e o programa permitiu

que os dados fossem organizados nas Unidades, e estas representaram uma ideia onde pode ser armazenada também sua definição (GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2003).

Para que o processo de codificação tenha início, é necessário que se tenha conhecimento prévio do documento que se quer analisar. Nesse caso, existem maneiras de codificar o documento: a forma manual e a forma por busca. A forma manual consiste na codificação de unidades de texto conforme os Nós. Cada unidade de texto é codificada conforme a temática central que se referir. Já a codificação por busca na procura por unidades de texto que contenham uma determinada palavra (GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2003). Destaca-se que no estudo foi realizada a codificação manual com ajuda da mesma equipe pesquisadora.

As Unidades de Sentido foram criadas, após analisar informações e contextos das premissas e diretrizes estabelecidas por Brasil (2008) e Ceará (2012) inter cruzando com as dimensões proposta por Assis e Abreu de Jesus (2010): econômica, técnica, política e simbólica dado que se reconhece que a finalidade do planejamento, objeto em questão no estudo é o acesso.

De tal modo, foi elaborado um instrumento de organização e análise dos dados que contemplou questões centrais acerca do processo de regionalização em saúde e o planejamento da Rede de Atenção Psicossocial na Região de Cascavel, tais como; necessidades e demandas; construção de objetivos; coordenação, flexibilidade e desempenho; avaliação e monitoramento das ações planejadas; compartilhamento decisório, responsabilização e institucional idade. Após a codificação, a análise dos dados foi realizada a partir dos documentos gerados pelo próprio programa. Assim, iniciaram-se as buscas por Nós. Cada busca resultou em um documento no qual ficam registrados todos os recortes de textos codificados segundo aquele Nó específico, o que permite sua identificação e mais facilmente do que se todas as etapas fossem feitas manuais (GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2003).

Esta ferramenta possibilitou a congruência de termos significantes que evidenciaram aproximação, relevância, prevalência e/ou redundância nos dados. A partir do mapeamento do material, houve a organização temática, crítica e reflexiva das informações. O segundo momento da análise dos documentos foi com aproximação dos pressupostos da hermenêutica crítica da pesquisa deu-se a partir dos fundamentos de Minayo (2008),

reinterpretados por Assis; Jorge (2010), sendo coincidente aos passos descritos no tratamento do material dos Grupos I, II e III. Essa análise possibilitou a conformação da primeira categoria do nosso estudo: **Regionalização como diretriz articuladora do planejamento da Rede de Atenção Psicossocial: entendimentos dos movimentos históricos no Ceará e na Região de Cascavel.**

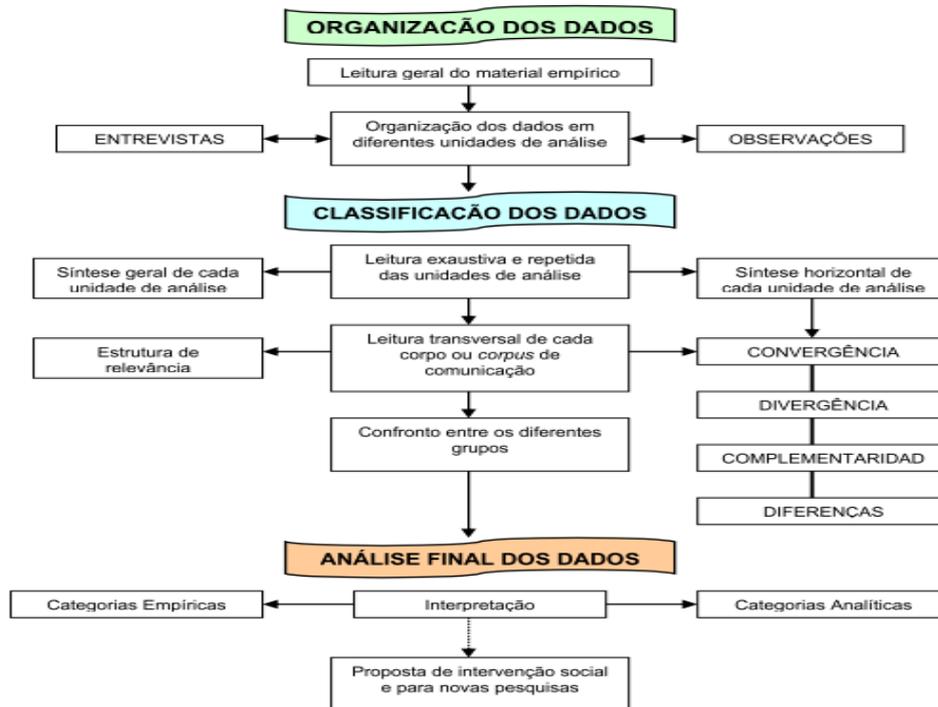
4.5. Análise e interpretação dos resultados dos discursos

A análise dos dados das fontes primárias e secundárias fundamenta-se hermenêutica crítica, utilizou-se do processo compreensivo e interpretativo fundamentado pela hermenêutica crítica de análise de Minayo (2008). Explicita-se que a conformação das etapas da investigação tomou como sentido a intensa aproximação com os espaços (ambiente e estrutura), cotidiana (relações e sujeitos) e contextos (interação social); o reconhecimento dos valores, crenças e culturas; bem como, as significações e vivências singulares individuais e coletivas.

Considera-se a interpretação multifacetada assumida na descrição crítica dos resultados que se desvelam pelas intencionalidades e entendimentos dos atos comunicativos das relações do processo de planejamento e na investigação e elaboração do próprio estudo. A determinação fundamental da realidade está estabelecida pelo contexto-histórico e na cultura dos grupos sociais. Já ao nível do encontro entre os sujeitos e os fatos empíricos emergem desvelamentos que geram possibilidades de interpretação e ação (MINAYO, 2008; 2012).

A operacionalidade da análise do material empírico advindo dos documentos, entrevistas e observações no cotidiano da investigação fundamentou-se em Minayo (2008). A concepção epistêmica da hermenêutica pressupõe que o objeto de análise é a práxis social. Por tal sentido é que se busca a perspectiva crítica e reflexiva nos confrontos das significações, contextualidades e interlocuções conceituais. O processo analítico se constitui das seguintes etapas: ordenação, classificação e análise final dos discursos; ilustradas na figura IX.

Figura IX- Aproximações e desenvolvimento da Análise Hermenêutica



Fonte: Silva (2006); Assis; Jorge (2010)

Complementam-se a cada etapa, a descrição dos passos seguidos para a formulação e confronto dos núcleos de sentido e significações empíricas adaptado de Assis; Jorge (2010): **ordenação, classificação e análise final dos dados.**

I – Ordenação dos discursos

Concomitantemente ao processo de coleta dos dados, a alocação do material empírico foi registrada e organizada quanto aos cenários, participantes, técnicas e temáticas abordadas com relevância analítica, nesta última, com a utilização indicativa de palavras-chaves. Em momento posterior, cada material gravado foi transcrito com manutenção fiel das entrevistas individuais ou observação sistemática em seguida foram agrupadas pelo conjunto de registro de cada grupo representante da pesquisa: trabalhadores de saúde, usuários e gestores locais. As observações das práticas também foram classificadas e agrupadas tais como os discursos transcritos.

II - Classificação dos dados

A classificação do material se subdivide em duas etapas: a primeira voltada para a leitura e formulação dos núcleos de sentido; e a segunda direcionada para a leitura transversal e confronto entre os significados e corpos de comunicações e formulação das unidades categoriais temáticas.

Etapa I – leitura flutuante e exaustiva do material coletado nas entrevistas e grupos focais. Objetivou-se a busca em estabelecer relações de sentido e a elaboração de sínteses verticais, a partir das ideias centrais expressas sobre cada temática. A identificação das unidades de sentido no material coletado contribui para a estruturação das categorias empíricas, a posteriori. Os discursos foram classificados a partir de categorias analíticas definida pelas questões norteadoras e dos objetivos propostos, bem como, pela recorrência do tema durante a coleta ou leitura. São elas; Experiências/Entendimentos; Operacionalização do planejamento; participação/comunicação entre os atores; critérios para elegibilidade dos objetivos; avanços/desafios; dificuldades/facilidades; participação do enfermeiro, utilizado dado ao objetivo de discutir a expressiva representação da categoria enfermeiro como gestor ou gerente. Em cada discurso registrado foram transpostas as falas correspondentes aos núcleos de sentido para a formulação das sínteses. A elaboração do quadro para grupo representativo mantém o confronto dos discursos e seus respectivos núcleos de sentido, como se visualiza no Quadro VII a seguir.

Quadro VII - Confronto dos depoimentos do Grupo I

Núcleo de Sentido	1	2	3	N=	Síntese Horizontal
Experiências/Entendimentos		G A V E T A -			
Operacionalização do planejamento					
Participação/comunicação entre os atores					
Critérios para elegibilidade das prioridades/objetivos					
Dificuldades/facilidades					
Avanços/desafios					
Participação do enfermeiro					
Síntese Vertical					

Fonte: ASSIS; JORGE, 2010

Foi elaborado conforme o modelo acima um quadro para cada grupo de entrevistas e observação sistemáticas (Grupo I, II, III),

Quadro VIII - Confronto das unidades analíticas entre os Grupos I, II, III

Núcleo de Sentido	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Síntese Horizontal
Experiências/Entendimentos				
Operacionalização do planejamento		G A V E T A S		
Participação/comunicação entre os atores				
Critérios para elegibilidade das prioridades/objetivos				
Dificuldades/facilidades				
Avanços/desafios				
Percepção do enfermeiro quanto a sua participação*				
Síntese Vertical				

Fonte: ASSIS; JORGE, 2010

No processo analítico resultante do confronto entre as sínteses horizontais dos diferentes grupos representativos e pela contínua revisão do conteúdo das entrevistas emergiram as categorias temáticas empíricas do estudo.

Etapa II – leitura transversal dos corpos de comunicação estruturados a partir dos núcleos de sentido. Em continuidade do processo analítico, priorizou-se a seleção de material relevante na articulação temática do objeto de estudo, de modo a possibilitar a construção das categorias empíricas. Deste estudo entre os grupos representativos, conforme, quadro IX.

Quadro IX - Confronto das unidades analíticas entre os Grupos I, II e III

CATEGORIAS EMPIRICAS	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Síntese Horizontal
OPERACIONALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO E A PARTICIPAÇÃO DO TECIDO SOCIAL: CONTEXTOS, ESPAÇOS E ENTENDIMENTO		G A V E T A S		
DESAFIOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS E AS PERSPECTIVAS TECNOASSISTENCIAIS PARA CONSOLIDAÇÃO DO PLANEJAMENTO: DOS ENTENDIMENTOS ÀS POSSIBILIDADES DOS ATOS PRODUTIVOS				
Síntese Vertical				

O registro das observações não foi analisado a partir de quadro classificatório. As categorias empíricas consistiram no eixo norteador da interface de análise entre os discursos confrontados e as situações vivenciadas e observadas pelo pesquisador. Emergem desse

procedimento analítico as subcategorias empíricas que dimensionam a unidade categorial em temas específicos da realidade.

III - Análise final dos dados

Enfatiza-se, nessa forma de análise, segundo Assis e Jorge (2010), o encontro da especificidade do objeto, pela prova do vivido, com as relações essenciais que são estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social.

Para análise do contexto, exige-se um movimento contínuo entre os dados empíricos e o referencial teórico eleito pelo pesquisador. A análise dos dados empíricos, que teve como referência as categorias empíricas resultantes do cruzamento entre as diferentes informações e a articulação com o referencial teórico, através da técnica de triangulação do material empírico possibilitou as várias dimensões de confronto do processo investigativo (TRIVIÑOS, 1992).

Para Minayo (2005), essa intersecção de diferentes olhares possibilita a verificação e validação da pesquisa por meio do uso simultâneo de diversas técnicas de análise, diferentes sujeitos e pontos de vistas distintos. Nessa etapa, houve a possibilidade da fusão entre o real vivenciado pelos sujeitos sociais da pesquisa, em seu cotidiano e em seus contextos práticos e o mundo conceitual e teórico e também vivo do pesquisador, ambos com suas condições sócio-históricas e culturais.

4.6. Questões éticas

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e a pesquisa de campo só foi iniciada após sua aprovação, sob parecer de número 229.745. Os sujeitos do estudo tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices E, F, G) foi assinado em duas vias por todos os participantes do estudo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 REGIONALIZAÇÃO COMO DIRETRIZ ARTICULADORA DO PLANEJAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: *entendimentos dos movimentos históricos no Ceará e na Região de Cascavel*

A discussão acerca das estratégias do planejamento para construção e conformação da atualmente denominada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Ceará, e particularmente na Região de Cascavel, oferece um ângulo privilegiado de análise que não pode ser vislumbrado sem a devida consideração dos movimentos históricos que suscitam os ideários do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica e a partir desses uma nova forma de simbolizar o processo saúde-doença, tendo em vista que foi por meio dos avanços, tensões e conflitos desse movimento que pode ser pensado e idealizado uma Rede de Atenção em Saúde Mental (RASM), como comumente vinha sido chamado.

Considerando a contraposição da lógica da assistência asilar, a história do processo de planejamento de reorientação da assistência em saúde mental vem sendo pautada na estratégia de ampliação de serviços substitutivos nos municípios e regiões do País, fortalecendo assim a descentralização e regionalização das ações e serviços, merecendo destaque os CAPS, que foram a exemplo da experiência nacional, também implantados no Estado do Ceará (BRASIL, 2005; SAMPAIO, CARNEIRO, 2007).

Conforme esclarecido no percurso metodológico, a apresentação dessa primeira parte do estudo pode ser realizada eminentemente por meio da análise dos documentos, dado que na busca em aproximar-se de uma parte era preciso aproximar-se de um “todo”. Assim, pela existência e a análise dos documentos (Doc. 12,13,14,15 e 16), identificaram-se quatro diferentes momentos de reorientação da assistência em saúde mental no Ceará. Esses são aqui apresentados e caracterizados; o primeiro do movimento reformista até ano de 1991, o segundo de 1991 a 2000, o terceiro de 2001 a 2010 e o quarto momento de 2011 até os dias atuais.

Daí, então se tem a pretensão de nesse sentido descrever a evolução da oferta historicamente constituída no Estado do Ceará e posteriormente apresentar as particularidades histórias da região estudada, dado que é fazendo a volta ao passado que se identificam os objetivos alcançados, e se olha o horizonte futuro, uma premissa básica do planejamento. Articulado nesse resgate a regionalização em saúde como uma diretriz articuladora do planejamento de reorientação da assistência em saúde.

5.1.1 Conformação histórica da Rede de Atenção Psicossocial no Ceará: *regionalização como caminho...*

Além de situar o leitor desse estudo acerca do processo de regionalização como diretriz articuladora de redes regionalizadas, busca-se também contribuir para que as reverberações dessa história, replicadas pela ação comunicativa possam também suscitar atos produtivos, reflexivos e de consciência histórico sócio-sanitária.

Inicialmente, a “**Reforma Pelon**” na Era Vargas poderia ser apontando como a primeira experiência de regionalização no Ceará se não fosse à falta de cooperação solidária, dado que um conjunto de municípios formavam o distrito e concentravam todas as atividades sanitárias de forma hierarquizada, obedecendo a um comando único e não articulado ao demais, sendo época foram estabelecido 5 distritos Aracati, Quixadá (região Central), Juazeiro do Norte (região Sul ou Cariri) e Sobral (região Norte). O distrito sede possuía um Centro de Saúde, nos outros municípios do distrito existia um Posto de Higiene Fixo e um Posto Itinerante. Tal estrutura só fora alterada em meados de 1971 quando são estabelecidos os Centros Executivos Regionais com oito escritórios regionais de saúde, passando em 1974 a se denominar de Delegacias Regionais, instituídas em quatorze regionais de saúde (BARBOSA, 1994).

Nessa trajetória histórica, inaugura-se à década de 1970-1980, período marcado de inúmeras transformações e lutas conquistadas no setor saúde, tendo forte participação dos atores sociais que se organizavam no Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), impulsionando a Reforma Psiquiátrica Brasileira e Reforma Sanitária numa conjuntura, que em meio as constantes denúncias da situação de saúde da população e da inoperância do Estado suscitaram a criação do SUS em seus princípios estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e regulamentado em pela Lei 8.080/90 e Leis 8.142/90 (AMARANTE, 1996, 1998).

O período mencionado encontra compreendido em um recorte temporal aqui caracterizado em quatro diferentes momentos da reorientação da assistencial em saúde mental no Ceará. No Doc.14, constata-se que a prática hospitalocêntrica e manicomial era possibilitada pela progressiva abertura de serviços, como o Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM) de 1963 e ainda na década de 1970 a inauguração de nove hospitais psiquiátricos privados, inclusive dois no interior do estado, em Crato e Sobral.

Constata-se divergência a essa lógica referida, o Doc.15 aponta iniciativas de ações que a época favorecia a reorientação da assistência em saúde mental, vista a adesão do Ceará ao Plano Integrado de Saúde Mental-PISAM em 1977-1979, que viabilizou o início de novos atos produtivos de saúde com a prestação de atendimentos ambulatoriais descentralizados responsáveis pelo atendimento de uma definida região, fomentando a formação em saúde mental para médicos generalistas em locus territorial, somado ainda o dinamismo da Sociedade Cearense de Psiquiatria (SOCEP), marcado pela criação das Jornadas Cearenses de Psiquiatria.

De fato os acontecimentos finais desse primeiro momento refletem o período germinativo para a possibilidade de efetivação Reforma Psiquiátrica em defesa de uma desinstitucionalização que progressivamente ofereça e fortaleça a existência de espaços e serviços substitutivos, possibilitando a reinserção social dos que por muito tempo foram esquecidos e colocados à margem da sociedade (TAVARES, 2005; JORGE et al 2006; LOUGON, 2006).

Com funções estratégicas de substituir o atendimento manicomial dos asilos psiquiátricos e de ser ordenador da promoção da saúde mental nos territórios, os CAPS surgem ainda em 1987 na cidade de São Paulo (CAPS Luiz da Rocha Cerqueira), e se espalham além Brasil como unidades de atendimento para portadores de transtornos mentais. Tais centros permitem uma participação maior dos familiares no tratamento dos acometidos pelos transtornos, bem como não priva os usuários do convívio com a comunidade (BRASIL, 2005; DELGADO *et.al.* 2007).

Assim, no segundo momento, de 1991 a 2000, embalado pela institucionalidade legal do processo de implantação do SUS, demarcadamente pelo contexto das NOB 91,93,96,a concretização da descentralização das ações e serviços de saúde no Ceará avança inclusive com destaque nacional na área de Saúde Mental, dado que conforme o Doc. 3 o Estado já teria então, pelo menos na institucionalidade, dado “o grande salto” frente à aprovação da Lei “Mário Mamede”, nº 12.151, de 29 de julho de 1993, ajudando a alavancar no cenário nacional a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamentando rigorosamente a internação psiquiátrica compulsória, a frente do nível nacional dado que a aprovação da Lei Brasileira 10.216, que redireciona a assistência em saúde mental no País, só foi aprovada em 6 de abril 2001.

A análise dos documentos das atas de CIB e do Depoimento do Caso João Ximenes (Doc.12 e14), possibilitou a elaboração e a apresentação do quadro X, que claramente trás os marcos de implantação dos CAPS no Ceará frente ao processo de interiorização.

Quadro X- Implantação Histórica dos CAPS no Estado do Ceará- 1991-2000

Implantações históricas do CAPS no município	Ano
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS –Iguatu	1991
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS – Canindé	1993
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS – Quixadá	1993
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS – Iço	1995
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS – Cascavel	1995
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS – Juazeiro do Norte	1995
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS – Aracati	1997
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS – Fortaleza SER III	1998
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS – Sobral, Barbalha, Morada Nova e Itapipoca	1999
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS – Capistrano	2000
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS – Horizonte	2000-2001

Fonte: Elaborado a partir do Doc.12,14 e15

Destaca-se a cidade de Iguatu pioneira junto a outras cidades do interior, sendo Cascavel a quinta cidade cearense a contar com o CAPS, não sendo Fortaleza a dita metrópole tão desenvolvida e evoluída para essa questão, não sendo denotado então uma participação satisfatória da capital Fortaleza durante um longo períodos de anos, considerando que a época, segundo os dados do Censo-IBGE(2000), detinha quase 30% da população do Estado.Sobre a inexpressiva participação da capital nesse dado momento, Sampaio e Santos (1996, p.130) caracteriza-a como sendo o “bastão da resistência” da Reforma Psiquiátrica, que impedia o surgimento do novo, pois se concentravam os hospitais psiquiátricos no entorno de 800 leitos, sendo boa parte pública.

Pontes e Fraga (1997) colocam que a interiorização observada não ocorre por acaso, pois isso explicaria, em grande parte, a resistência dos proprietários de hospitais psiquiátricos privados da cidade de Fortaleza, inibindo o surgimento dos novos serviços na capital, tendo operacionalização da reforma enfrentado outras dificuldades como; a não aceitação da desospitalização dos pacientes psiquiátricos pelos familiares destes e pelos trabalhadores humildes do setor,devido ao medo respectivamente, de perder o hospital psiquiátrico como opção de tratamento e de perder o emprego, colocando-se ainda que os profissionais da área de saúde mental estariam indo para os novos serviços com uma formação e uma prática consolidada no interior de hospitais convencionais que a época ainda prestavam assistência eminentemente asilar.

Acerca dos resultados positivos produzidos nas cidades interioranas com a implantação dos CAPS, o estudo avaliativo acerca das experiências dos CAPS e o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira realizado nos cinco (5) primeiros CAPS, do Estado, realizado por Sampaio e Santos (1996), destaca o CAPS de Quixadá, e a partir da análise dos dados apresentados tomou-se algumas considerações e por que não dialeticamente quantificá-las, para visualizadas na base da racionalidade estratégica. Notou-se então a época uma redução de 90% dos encaminhamentos para internações psiquiátricas em Fortaleza, tendo em vista que antes ocorriam duas internações por mês e depois passou a ser uma internação a cada oito meses, e ainda a secretaria municipal reduziu em 66% a dispensa de tranquilizantes, ansiolíticos e indutores de sono, o que fora representado pela diminuição de 4500 para 1500 comprimido/mês, somado aumento de consultas, visitas domiciliares e as ações desenvolvidas nos serviços de atenção básica.

Nesse ínterim, depreende-se que os resultados em geral dessa implantação até 1996 seriam positivos, salvo as dificuldades que mesmo delineadas a mais de 17 anos ainda hoje se observam. Essas são elencadas no quadro das necessidades e demandas atuais do planejamento (Quadro XI), mas a época as registradas no estudo fora; as resistências culturais em conviver e acolher as pessoas com transtornos ou sofrimentos mentais em seu seio social; dificuldades iniciais enfrentadas pelos trabalhadores de saúde mental com práticas multidisplinar, e o que dirá intersdisciplinar; falta de habilidade em lidar com os problemas crônicos; falta de recursos financeiros para funcionamento pleno do serviço e ainda rotatividade de profissionais atraídos pelas “ilusões da metrópole”, impossibilitando assim a formação de vínculos afetivos tão necessários entre os trabalhadores, familiares e usuários dos serviços (SAMPAIO; SANTOS, 1996).

Retomando a proposta da articulação concernente ao pensamento desenvolvido da regionalização como diretriz articuladora da reorientação da assistência em saúde mental, quase no final do segundo momento, outras experiências somam-se as que particularizam a saúde mental, permitindo o aumento de relações interfederativas intermunicipais coordenadas pelo poder estadual. De tal modo que diante a não captura efetiva do registro nos documentos analisados e considerando a finalidade do planejamento aqui assumida, toma-se dados de Silva et al (2012) ao estudar a regulação do acesso no Ceará em que aponta o registro das primeiras experiências do sistema de referência e contrarreferência no ano de 1997, tendo-se a época quatorze trechos no Estado, por onde convergiram os municípios aos polos terciários (Fortaleza, Sobral e Cariri).

Articulado ao dado histórico de Silva et al (2012) registra-se que a démarche da instrumentalidade estratégica consubstanciava as relações interfederativas, dado que à época sabe-se que tinha sido instituída a PPI como um importante instrumento de gestão, traduzindo para todos os níveis de gestão a pactuação de responsabilidades, objetivos, metas, referências de atendimento entre os municípios, e ainda, hoje eminentemente por esse instrumento os recursos e tetos orçamentários e financeiros (DOURADO; ELIAS, 2010).

Já o Doc.4 (Resolução nº 05/98) coloca e reconhece oficialmente a reorientação política de saúde do Estado com a publicação das “Diretrizes de reorganização da atenção e dos serviços do SUS no Ceará”, estabelecendo que a microrregiões de saúde nesse momento caracterizava-se como um espaço territorial composto por um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência em que os 14 sistemas microrregionais de serviços de saúde foram substituídos por vinte microrregionais . E segundo Norões (2001) em face da sua oficialização no início do ano 2000, com mais uma microrregional, passou-se a ter 21 microrregiões assistencial definidas para responderem pela organização dos serviços com diferentes interações com os macrorregiões de Fortaleza, Cariri, Sobral (KEINERT, ROSA, MENEGUZZO, 2006; NORÕES, 2001).

E na busca histórica da construção vivida que pode favorecer as possibilidades de efetivação dos objetivos do planejamento proposto, registra-se no Doc. 16, a “I Oficina de Saúde Mental, realizada nos dias 26,27 de maio de 2000 em Sobral” com diferenciados atores sociais, “totalizando 120 participantes”, ocasião em que se elaborou o documento referido (Carta de Ytacaranha) com encaminhamentos que consta a “estratégia de construção da estrutura tecnoassistencial” (Quadro XII).

Soma-se ao fato decorrente dos encaminhamentos do evento, foi posteriormente passado em CIB, conforme o registro do Doc.12 (atas da CIB) a aprovação da estratégia inicial de consolidação Reforma Psiquiátrica Brasileira no Ceará, destacando-se então “ a implantação de CAPS prioritariamente nas 21 microrregiões de saúde, considerado potencialmente para implantação regionalizada 31 municípios de médio porte, servindo esses de referência para equipes mínimas de Saúde Mental nos Centros de Saúde e nos PSF dos municípios de pequeno porte. Instituído ainda que os municípios de maior porte teriam que contar com Hospital – Dia, Residência Terapêutica e outras ações além do CAPS que articulariam as políticas, programas e serviços, incluindo também a atenção domiciliar e comunitária em parceria com PSF e demais programas”.

Quantas ideias, quantos movimentos, quantas ações planejadas nesse rico momento explicativo e normativo. De tal forma que diante a meta apresentada destaca-se a identificação da regionalização como diretriz histórica articulada aos processos de planejamento das Redes, particularmente a RAPS. E diante de tantos fatos, partindo do reconhecimento da importância da avaliação e controle das ações, elaborou-se, a partir da Carta Ytaceranha (Doc.16) e atas CIB do ano de 2000 (Doc. 12), o Quadro XI para se ter um norte do que se avançou.

QUADRO XI- Plataforma Reorientação da Assistência em Saúde Mental no Ceará em 2000
<i>Fundamentos e Princípios</i>
Superação do modelo de assistência psiquiátrica asilar, fomentando a substituição do modelo excludente e mortificador para o de atenção psicossocial, com construção planejada a fim de garanti o financiamento contínuo e efetividade plena, sob responsabilidade hegemônica do setor público.
Elaboração de política pública de saúde, baseada nos princípios do SUS. Tendo como tríade básica da política, a Saúde Mental, a Saúde do Trabalhador e a Saúde da Família por composição setorial e integrada estrategicamente para uma atenção primária e de sistemas locais de saúde, sob controle social efetivo.
Articulação entre cidadania, qualidade de vida, expressão da subjetividade e saúde mental pela lógica de cuidados na promoção e educação em saúde, prevenção e tratamento de transtornos, atentando para as especificidades demográficas, econômicas, sócio-culturais e psicossanitárias de cada município.
ESTRATÉGIAS
1- Estratégia radial microrregional- Visando garantir alternativa imediata ao sistema hospitalar instalado e retirar da capital do estado a convergência da atenção saúde mental, colocando sob a responsabilidade do poder público a implementação de um CAPS na sede de cada microrregião de saúde do estado e um CAPS em cada Secretaria Executiva Regional (SER) de Fortaleza.
2- Estratégia de construção da estrutura technoassistencial, por porte de município. Municípios de pequeno porte - (população menor que 40.000 habitantes), Municípios de médio porte -(população de 40 a 100.000 habitantes- Município de porte metropolitano - (população de mais de 100.000 habitantes).
3-Estratégias de Formação de Pessoal. – Educação continuada, através de oficinas de vivência, seminários de atualização, mini-cursos temáticos, eventos e formação de biblioteca específica, sob responsabilidade municipal. Formação sistemática, estruturada, através de Cursos de Especialização e de Residência Interdisciplinares em Saúde Mental, sob responsabilidade estadual, que pode usar a publicação de editais, respeitando pólos de formação instalados e a parceria com universidades. Inclusão de conteúdos de saúde mental no Curso Introdutório de PSF.

Fonte: Elaborado a partir do Doc.12 e 16.

Somada a proposta estratégia de construção da estrutura tecnoassistencial da plataforma (Quadro XI) para implantação de CAPS em municípios de médio porte de forma regionalizada a atender as 21 microrregionais, considera que no decorrer do curso mais propostas favoreceram o processo, destacando no nível nacional em 2006 a publicação do que vinha sendo discutido desde a Carta de Sergipe em 2003-2004, trata-se do Portaria GM n o 399, de 22 de fevereiro de 2006 em seus três componentes, especificamente o Pacto de Gestão, propondo e constituindo espaços de cogestão e resgate do apoio entre os entes federados, num processo compartilhado de solidariedade (BRASIL,2006).

. No Doc. 12 consta que no Ceará em 2005 por orientação nacional ocorreram as discussões para revisão do Plano Diretor de Regionalização - PDR, mas o que se colocou aqui até então foi como se deu o favorecimento da regionalização no Estado, articulado a contribuição instrumental da institucionalidade política para que a regionalização seja diretriz articuladora de redes regionalizadas, de modo mais específico a RASM. Mas alguns trechos do Doc. 12 (ata CIB ano de 2005) quando se deu o processo de revisão chamam atenção, quanto à recorrentes dificuldades iniciais para que a proposta que começou a ser pensada, fosse a atos consolidado. A observação é que mesmo diante do “material morto”, este “assume vida”, incitando e pontuando aqui uma necessária discussão relacionada (des)entendimentos dos que participam desse processo de planejamento de elaboração do “deve ser” e mesmo da concretude do agir.

...foi discutido e definido no PDR que os Serviços de Alto Custo não podem ser implantados por decisão isolada de gestores municipais já que o recurso da AC pertence à gestão coletiva de gestores incluindo o Estado e portanto a discussão desse assunto deve se dar na Bipartite Estadual já que não existe no Ceará,fórum de negociação Macrorregional (Extrato do Doc.12).

Efetivamente reconhece-se diante do exposto o movimento de atores sociais para de fato efetivar a política-institucional, pois não se reconhece na instrumentalidade o fato suficientemente, posto ao que se pode ter concebido em outras instâncias e outros contextos ou mesmo aquilo que fora negado inicialmente, mas em período posterior tornam-se possibilidade. Temos então os dois vértices do Triângulo de Governo pensado pelo PES estabelecido por Matus (1997), mas como diria Testa (1995) o projeto e capacidade de governo precisa ser pensado não só na racionalidade estratégica, mas nas relações de poder que se estabelecem, sendo o poder político a expressa defesa dos interesses dos diversos grupos envolvidos. De tal modo que se reconhece que não seja a instrumentalidade, nem a

defesa de interesse de um só grupo que possibilitará o êxito de ações planejadas, mas sim, como se assume nesse estudo, a possibilidade das renegociações e novas pactuações estabelecidas mediante o reconhecimento das linhas de investigação sugeridas pelo planejamento comunicativo.

A consideração é apenas pontual frente à instrumentalidade observada do momento já ocorrido, mas essa é melhor apresentada e discutida por conta dos discursos apreendidos na atualidade. Voltar-se-á a continuidade da caracterização do terceiro momento histórico e pontuar-se-á um acontecimento histórico que muito contribui para a conformação da atual RAPS da região em que se deu o estudo. Trata-se do posto pelo Doc.12 (atas CIB 2005), que por conta da revisão do desenho PDR-2006 foi proposto estrategicamente a desmembramento da 1ª Região de Saúde antes composta por 14 municípios de tal modo que para a situação específica ocorresse houve o reconhecimento de entendimentos convergentes e complementares dos sujeitos envolvidos, como exemplificado nos trechos das atas a seguir;

...manifestou sua satisfação pela criação da nova Micro e enfatizou os avanços do setor da saúde, durante sua gestão naquele município, assim como as potencialidades sócio-econômicas da região, acrescentando que esse feito traria muitos progressos para o SUS no Ceará(Extrato do Doc.12).

...defende a descentralização da gestão dos serviços de saúde, mas admite que ao se criar uma nova Microrregião estão se conformando modelos assistenciais cujo funcionamento exige capacidade de decisão do gestor para dar as respostas que a população necessita(Extrato do Doc.12).

De tal forma que as convergências levam ao consenso de “sem mais comentários, a Plenária da Bipartite aprovou a alteração do Regimento Interno da CIB/CE para inclusão da 22ª CIB Microrregional de Saúde, com sede em Cascavel”, sido aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde (Resolução Nº 10/2005 – CESAU) o PDR-2006, com a manutenção da divisão geográfica do Estado em três Macrorregiões, no entanto, acrescentou uma Microrregião de Saúde, passando a ser vinte e duas, pois a primeira microrregião foi dividida em duas. Pontua-se aqui o “nascituro” da Região de Cascavel, conforme o registro abaixo;

Aos quatro dias do mês de novembro do ano dois mil e cinco, às quatorze horas e trinta minutos, no auditório do CESAU da Secretaria de Saúde do Ceará, situada à Av. Almirante Barroso, 600, nesta capital, realizou-se a 16ª Reunião Ordinária de 2005 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará...Apresentação do novo desenho do PDR do Estado do Ceará com a agregação da Microrregião de Saúde de Cascavel, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde (Resolução Nº 10/2005 – CESAU). “xxxxx” esclarece que este item se refere às alterações do Plano Diretor de

Regionalização do Ceará dentre as quais fora apresentada a proposta de desmembramento das Microrregiões de Fortaleza e Aracati para criação da 22ª MR com sede em Cascavel... A nova Microrregião de Saúde ficou composta dos seguintes municípios: Beberibe, que saiu da MR de Aracati e Pindoretama, Horizonte, Pacajus, Chorozinho, Ocara e Cascavel (Sede e Pólo) que pertenciam à MR de Fortaleza. Em face disso, colocou para a Plenária a decisão da CIB de autorizar a alteração do Regimento Interno desse Colegiado para a inclusão da 22ª CIB/Microrregional. Informou que a SESA não terá uma representação fixa na Microrregional recém criada, mas será representada na estrutura de 22ª CIB/MR através da 1ª CERES.

Doravante, os desafios iniciais para efetivação da proposta de reorientação precisavam ser enfrentados para que de fato ocorresse a Reforma Psiquiátrica no Ceará e em todo Brasil, de tal forma que do ponto de vista jurídico legal mais uma luta dos ideários reformista se concretizava, pois o trâmite que começou com projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, ainda em 1989, fora finalmente aprovado sob a égide da Lei 10.216, do dia 06 de abril de 2001 (Doc.3), dispondo assim sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. (LOUGON, 2006).

A análise dos documentos (Doc 12 e 15) também aponta um caso emblemático e histórico que teve repercussão internacional, inclusive na Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA), tratando-se então da morte de Damião Ximenes Lopes no Hospital Psiquiátrico Casa de Saúde de Guararapes na cidade de Sobral em 2001, detecta-se ações de direção convergente com as orientações do programa, pois o poder municipal da cidade Sobral, frente à situação vivenciada, acelera o processo de Reforma Psiquiátrica, tornando-se uma referência estadual e nacional por meio de ações que incluíram; o fechamento definitivo da “Casa de Repouso Guararapes”, em 2001, iniciando o processo de implantação de uma rede de atenção integral em saúde mental com a criação do primeiro Serviço Residencial Terapêutico (SRT) do Estado em 2002 e com a implantação do primeiro CAPS AD também no mesmo ano, seguido da existência de leitos psiquiátricos em hospital geral e uma interlocução e apoio matricial com a atenção básica.

Ressalta-se que no Doc. 4, os SRT e CAPS AD, fazem parte da continuidade estratégica de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira no Brasil, sendo o SRT entendidos como moradias ou casas inseridas na comunidade, destinados a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares, viabilizando a sua reinserção social. Já o CAPS AD é serviços destinados a clientela usuária de álcool e outras drogas (BRASIL,2011).

Destarte, é no movimento de pensar/saber/fazer que o Movimento de Reforma Psiquiátrica do Ceará acontece por meio de uma verdadeira mobilização social, apresentando sucessos e insucessos, seguindo ainda nesse período com a forte participação das cidades das regiões interioranas, mas sendo notável e merecendo destaque, a partir da análise dos documentos (Doc.12 e 14 e 15) o importante avanço que teve a reorientação da assistência na capital Fortaleza quando comparado a sua participação até então. Registra-se que a partir de 2005, na primeira gestão da prefeita Luizianne Lins (PT), a cidade passou a ter uma rede melhor estruturada, vindo a somar com o protagonismo de diferentes municípios do interior e região metropolitana que contribuíram, avançaram e consolidaram a sua participação nesse momento, sobretudo com a contínua implantação de assistência equivalente aos propósitos preconizados pela Reforma Sanitária.

Discutindo e conhecendo melhor a estratégia de reorientação da assistência em saúde mental no Ceará e no Brasil, destaca-se que o projeto original do CAPS o define como sendo uma “estrutura intermediária” entre o hospital e a comunidade, que oferece às pessoas “um espaço institucional que buscase entendê-las e instrumentalizá-las para o exercício da vida civil”. Conhecendo a Legislação Específica para o seu funcionamento pelo (Doc.04) apresentam-se as modalidades de CAPS atualmente existente a partir da evolução histórica da implantação de CAPS e outros serviços no Estado do Ceará, conforme a os Doc. 12, 14 e 15 no quadro XII.

Registra-se, anteriormente, segundo o Doc. 14, que Estado do Ceará até o início do ano de 2008, contavam com 67 CAPS: 52 CAPS gerais, 11 CAPS AD e 4 CAPSi e encontrando em processo de cadastramento mais 17 CAPS. Além desses serviços, o Estado a época tinha 3 Serviços Residenciais Terapêuticos instalados, somando-se ao processo a redução de 800 leitos psiquiátricos no período de 1992 ao início de 2008.

Quadro XII- Implantação Histórica da RASM no Ceará 2011-2010

Implantação Histórica da RASM no Ceará 2001-2010	Ano
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS – Fortaleza SER VI, Fortaleza Regional SER IV, Quixeramobim, Crateús, Marro e Horizonte.	2001
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS – Crato, Tauá, Aquiraz, Paraipaba, e Sobral (AD),	2002
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS –Jardim, Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Iguatu (AD)	2003
Centro de Atenção Psicossocial –CAPS – Caucaia (AD), de Juazeiro do Norte (AD) e Camocim,	2004
Centro de Atenção Psicossocial –CAPS – Euzébio, Tamboril, Limoeiro do Norte, Farias Brito, Itarema, Amontada, Fortaleza SER V, Trairi, Ibiapina e Iguatu (Infantil)	2005
Serviço Residencial Terapêutico – SRT- Iço	2005
Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza- 14 CAPS, 6 CAPS geral tipo II, 6 CAPS AD e 2 CAPS I. 01 Residência Terapêutica; 01 Unidade de Saúde Mental em Hospital Geral, com 30 leitos; 02 Emergências Psiquiátricas Especializadas, 09 Emergências Clínicas em Hospitais Municipais, que estão iniciando atendimento às situações de crise psicótica e alterações pelo uso ou abuso de álcool ou outras drogas e 01 ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU especializada para saúde mental; 18 Equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental, apoiando ações de saúde mental na Atenção Primária. 02 Ocas de Saúde Comunitária, que realizam atividades de promoção de saúde, com os grupos de resgate de auto-estima, terapia comunitária e massoterapia	2005-2008
Serviço Residencial Terapêutico – SRT- Iguatú	2006
Centro de Atenção Psicossocial –CAPS – Redenção, Maranguape (AD e Infantil), Russas, Acopiara, Itaitinga, Senador Pompeu, Monsenhor Tabosa, Cruz, Santana do Acaraú, Icó (AD), Cedro, Orós, Icapuí, Brejo Santo e Parambú.	2006-2007
Centro de Atenção Psicossocial –CAPS –Ocara,Várzea Alegre, Guaraciaba do Norte, Novo Oriente, Coreaú, Forquilha, Uruburetama, Barbalha(ad), Ipuú, Viçosa do Ceará, Camicim(AD), Pentecoste, Cruz.	2008
Centro de Atenção Psicossocial de Larvas da Mangabeira, Araripe, Paracuru, Ipuéiras, São Benedito, Barbalha (CAPS tipo III), Maracanaú (AD), Quixeramobim(AD) e Iço (Infantil)	2009
Centro de Atenção Psicossocial- CAPS- Irauçuba, Pedra Branca, Caririaguçu, Jaguaruana e Bela Cruz.	2010

CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS i
<ul style="list-style-type: none"> •Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes 	<ul style="list-style-type: none"> •Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes 	<ul style="list-style-type: none"> •Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes 	<ul style="list-style-type: none"> •Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes. 	<ul style="list-style-type: none"> •Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes 	<ul style="list-style-type: none"> •Atende crianças e adolescentes com prioridade para sofrimento e transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

Fonte: Elaborado a partir do Doc.12, 14,15

O Doc. 12 documentos (atas 2009 e 2010) demonstram que no intuito de dar continuidade e consolidação aos avanços da reorientação da assistência em saúde mental, os esforços dos gestores municipais confluem para o desafio do alcance da meta nacional de um CAPS para cada 100.000 habitantes. Tendo os gestores municipais em CIB do final do ano de 2009, decidido e pactuado meta de alcance de 0,90 e 0,94 CAPS para cada 100.000 habitantes no ano 2010 e 2011 respectivamente, chegando a implantar 94 CAPS, sendo 13 novos, e posteriormente mais cinco, totalizando um total de 99 CAPS no ano de 2011.

Os resultados alcançados dessas metas podem ser analisados a partir do Relatório de Gestão de 2007-2010, intitulado “Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica” Conforme a análise do relatório, nota-se que o Estado do Ceará conseguiu lograr êxito no alcance da meta estabelecida de 99 CAPS ainda em 2010, atingindo a taxa de 0,93 CAPS para cada 100.000 habitantes, superando o indicador da Região Nordeste de 0,81 CAPS para cada 100.000 habitantes e o indicador nacional de 0.66 CAPS para cada 100.000

habitantes, sendo o terceiro estado no ranking da Região Nordeste, sendo superado apenas pelos estados de Paraíba e Sergipe (BRASIL, 2011).

Ressalta-se que nesse processo de implantação histórica dos CAPS, SRT e demais serviços da RASM no Ceará – 2001-2010 os Doc.12 e 13(atas CIR e CIB) consta que alguns municípios não lograram êxito no que se refere à consolidação e implantação efetiva de alguns CAPS, tendo em vista algumas situações relacionadas a dificuldades tais como; elaboração adequada de projetos conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS); falta de espaços físicos adequados para implantação dos CAPS e principalmente a falta de recursos financeiros suficientes para manter a funcionalidade dos serviços dada consubstancialmente aos entraves dos processos de repasse pelo Ministério da Saúde e pela capacidade financeira comprometida de alguns municípios.

O exposto nos documentos analisados é convergente com a preocupação da direção nacional, tendo essa sido reconhecida no Relatório da Coordenadoria Nacional de Saúde Mental (BRASIL2011), o desafio do financiamento, visto como um problema crucial agravado pelo contexto acentuado de (des)financiamento da saúde, devendo a sustentabilidade financeira das ações e serviços de saúde mental ser motivo de preocupação de todos os gestores e também do controle social, sendo fundamental que seja priorizado a continuidade das ações do campo frente às pactuações estabelecidas entre os três entes federados, a fim de assegurar o financiamento e continuidade da expansão dos CAPS e de outros serviços que possibilitam a reorientação da assistência em saúde mental no País e particularmente no Ceará (BRASIL,2011).

Argumenta-se então que em relação a questão do financiamento, esse não pode ser reconhecido como o fator mais preponderante para a continuidade da reorientação da assistencial em saúde mental no Ceará e no Brasil, pois muito já se fez sem as condições adequadas, fazendo-se necessário que o movimento, as ideias da Reforma Psiquiátrica sejam fortalecidas e permaneçam vivas junto à qualidade e efetividade da clínica ampliada e complexa que se exige das ações e serviços que compõem a RASM nos diferentes contextos do País. Forçando então, cada vez mais que o processo seja de fato compreendido pela continuidade de uma mobilização social, assim como foi outrora, entendendo que esse depende e está intimamente ligado as ações de cada um dos atores sociais (gestores, trabalhadores de saúde, familiares e usuários dos serviços) envolvidos no processo de planejar, efetivar e consolidar a uma Rede de Atenção Psicossocial que de fato coadune e concretize os ideários da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

No cenário nacional mais uma vez a institucionalidade vem oferecer possibilidades estratégicas de se enfrentar os desafios, orientando a conformação das Redes de Atenção em Saúde como apreendido Doc.4 (Portaria 4279, 31 de dezembro de 2010) e complementado com o Doc. 2 (Decreto 7508/2011) quanto os entendimentos necessários para definições mais claras de conceito, caminhos e instâncias para que por meio do COAP se processasse a regionalização e a efetiva conformação da RAS em suas diferentes linhas de cuidado (BRASIL,2010, BRASIL,2012).

Ao analisar até aqui todos modelos e diretrizes operacionais para construção de uma situação desejada, coloca-se que de fato pensar RAS é assumir o desafio de promover uma configuração capaz de considerar a economia de escala e escopo, as implementação de linhas de cuidado, redes temáticas e implementação de apoio matricial ampliando a capacidade de intervenção da Atenção Primária em Saúde como ordenadora da rede (SILVA 2011).

No âmbito do Estado do Ceará, consta do Doc. 12 e 13 as novas intencionalidades que levam a gestão a refletir mais uma vez avaliação do PDR em 2011, que coloca as permanências da divisão de 22 áreas territoriais, mas divididas em quatro (4) macrorregiões, e a mantida a representação das 21 CRES como representação do poder estadual, que por conjuntamente as representações das secretarias municipais formam espaços intergestores, a exemplo da CIR (antiga CIB/Microrregional), operacionalizando a discussão do planejamento das redes regionalizadas.

Demarca-se então a instrumentalidade do recorte temporal do que se denominou quarto momento de reorientação da assistência em saúde mental no Ceará é fortalecida mais ainda pelo Doc.4 dado a publicação da Portaria 3088, 23 de dezembro de 2011, que institui a denominada 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 SUS.

Registra-se que até o final de 2012, a RAPS do Ceará tem somado em sua (des) contínua trajetória histórica de movimentos de tensões, conflitos e consensos a implantação de 108 CAPS, sendo 52 CAPS I, 29 CAPS II, 03 CAPS III, 06 CAPS i, 18 CAPS ad e nenhum CAPS ad II, com uma cobertura de 0,988 CAPS por 100.000 habitantes. (BRASIL, 2013).

Vê-se então o grande desafio a ser enfrentado pelo estado dado aos números de CAPS i, ad e, sobretudo ad III, considerado a situação do uso e abuso do crack no cenário nacional. O dado quanto a CAPS ad poderia ser questionado uma vez que ainda no primeiro

semestre de 2012 em Fortaleza ter sido por decisão da gestão local ampliado para 24h o atendimento de um CAPS ad já em funcionamento, reconhecendo-se sua importância, mas destaca-se que o registro desse não consta no CNES, o que não garante o financiamento do ente federado e se falando em rede e articulação interfederativa tal instrumentalidade do ato faz-se necessário a fim de que sejam garantido o maior número de recursos e possibilite a melhor organização e funcionamento do serviço, mesmo se tratando da capital que em si já detém um maior número de recursos financeiros.

Entende-se que respeitado a instrumentalidade que guia o processo no nível nacional e estadual, faz-se necessário reconhecer que na realidade embora o SUS tenha um caráter de ser único com os mesmos princípios e diretrizes, ele não se efetiva do mesmo modo em todas as regiões do País, dadas às diferenças de capacidades técnica, financeira e política. Nesse sentido, a regionalização deve ser entendida pelos atores sociais como estratégia política para lidar com a diversidade do próprio SUS no território (VIANA; LIMA, 2011).

Tal entendimento torna o processo de regionalização mais complexo do que o relacionado à simples descentralização político-administrativa. Nesse entendimento, a regionalização configura-se como uma estratégia do planejamento regional numa perspectiva mais abrangente e integrada a transformação socioeconômica, a redução das desigualdades e, conseqüentemente de ampliação da cidadania e da efetivação do direito à saúde.

Assim, é necessário ir além das simples fronteiras político-administrativas municipais e regionais para que haja a construção, conformação e da integração das ações e serviços que configuram uma rede de atenção à saúde efetiva, considerando nela a RAPS. É diante do entendimento das particularidades dos processos de regionalização e conformação das redes de atenção em saúde que passa a ser apresentado como esse processo histórico tem contribuído para a construção e conformação da Rede de Atenção Psicossocial de Cascavel-Ceará, cenário em que se deu o presente estudo.

5.1.2 Rede de Atenção Psicossocial da Região de Saúde de Cascavel: *particularidades históricas da sua conformação*

Nessa secção, tão logo tenha sido feita o resgate histórico na proposição da regionalização como diretriz articuladora do planejamento da Rede de Atenção Psicossocial no Ceará, são seguidos os relatos dos fatos das particularidades que sucederam a conformação da RAPS na Região de Cascavel, dado que a discussão dos momentos já tenha sido caracterizada e decorram os mesmos processos de instrumentalidades, desafios e enfrentamentos, senão vejamos os fatos.

A inauguração do CAPS de Cascavel ocorreu precisamente no dia 05 de maio de 1995, sendo então o quinto CAPS implantado no Ceará. O dia foi marcado com a festa da inauguração que uniu a sociedade local, o estabelecimento político, o Movimento de Luta Antimanicomial, a SOCEP que juntos promoveram a III Jornada Interiorana de Saúde Mental, conferindo a importância do município na reorientação da assistência em saúde mental do Estado (SAMPAIO; SANTOS, 1996).

Na mesma démarche estratégia do segundo momento do cenário estadual (1991-2000), o município de Horizonte é aqui destacado pelo seu pioneirismo e cooperação solidária, pois consta nos autos documentais do Doc. 12 que o ente federado solicitou junto a CIB, no dia 28 de julho de 2000, a solicitação de cadastramento de um CAPS, sendo considerado pela comissão um ato louvável que estava de acordo com a política de Reforma Psiquiátrica. No entanto, foi apresentado um desafio ao município em relação a questão do financiamento, uma vez que Cascavel, sendo município da mesma região teria adquirido prioridade de financiamento em acordo anterior que priorizava os CAPS pioneiros, mesmo que esse não fossem sede da região, pois a época a sede era Aracati. Sendo proposto pela comissão que a solicitação do município só poderia ser compatibilizada com o Teto Financeiro Atual do Município no valor de R\$ 19.000. Tal fato, segundo o relato abaixo, não foi empecilho para concretização da solicitação para que o serviço continuasse a funcionar por parte do poder municipal, uma vez que já vinha oferecendo o serviço de saúde mental.

A exitosa experiência dos CAPS já implantados no Ceará serviu de estímulo para que a Prefeitura tomasse essa decisão. Interessa-nos que este serviço exerça uma grande influência na política de saúde, tanto no município como na Microrregião I - Fortaleza, no sentido de que o sistema de saúde capacite-se a responder adequadamente a todas as demandas das pessoas que possuam algum transtorno mental manifesto, assim como possa apresentar a toda a sociedade, ou construir conjuntamente com estas

medidas de promoção de saúde mental. Desse modo, romperíamos uma grande barreira à promoção da saúde mental como um todo que é o fato das políticas públicas direcionadas a este segmento trabalhar com a doença mental, excluindo do contexto do planejamento, organização e avaliação do sistema público de saúde os sujeitos que adoecem mentalmente e o meio que os circunda, que seus ambiente familiares, a cultura, o emprego ou desemprego, e outros tantos espaços sociais que determinam o nível de qualidade de vida de todos nós. Finalmente, são estes os nossos pressupostos que gostaríamos de estar transformando em ações municipais de saúde mental o mais breve possível (extrato do Doc. 12).

Ainda acerca da solicitação de implantação do CAPS em Horizonte, coloca-se que diante do exposto pelo representante do poder municipal, conforme o documento supracitado, a CIB apreciou e tomou as seguintes decisões: apoiar o município nesta iniciativa, pela importância da mesma no fortalecimento da Reforma de Saúde Mental no Estado, garantindo o remanejamento de recursos de internação para custeio das atividades prestadas pelos CAPS, enviando parecer favorável para a Coordenação Estadual de Saúde Mental.

No entendimento das dificuldades da efetivação da Reforma Psiquiátrica no Ceará, ressalta-se, a exemplo do evidenciado que a continuidade do processo de reorientação da assistência em saúde mental por meio da implantação dos CAPS também se deu com desafios vivenciados pelos municípios de Beberibe e Ocara, pertencentes à Região de Cascavel.

O Doc. 12 enuncia as dificuldades vivenciadas por Beberibe e Ocara ocorreram em dois diferentes momentos. Em 2002, o município de Beberibe estava sendo cotado no processo de ampliação dos CAPS que previa a inclusão de mais cinco (05) CAPS no estado, além dos 22 que a época eram autorizados e tinham recursos financeiros garantidos pela União. No entanto, o município tomou conhecimento da necessidade de adequação da proposta elaborada após avaliação da comissão destinada, sendo informado que a unidade não estaria mais selecionada dentre as prioridades estabelecidas para expansão dos CAPS no Ceará, não tendo desta forma o município os recursos assegurados.

Depreende-se que tal dificuldade enfrentada pelo município de Beberibe contribuiu para que esse passe um longo período sem mesmo pleitear uma solicitação de cadastramento de CAPS, pois em análise de todas as atas de CIB de 2002 a 2010 (Doc.12), não se encontra nenhum registro do assunto em questão, fazendo-se esse presente somente nos registros das atas de 2011 e 2012 da CIR (Doc.13). Em tais documentos o município se compromete com a sua participação na conformação da RAPS, no intuito de implantar um CAPS tipo I.

Acerca da dificuldade enfrentada pelo município de Ocara, dada apreciação do Doc.12, constatou-se que a gestão municipal se comprometeu em sanar as pendências apontadas pela CEADI/SESA e conseguiu habilitação para funcionamento, conforme consta o Doc.12 especificando a Portaria SAS Nº. 577, de 6 de outubro de 2008 para a concretização do fato.

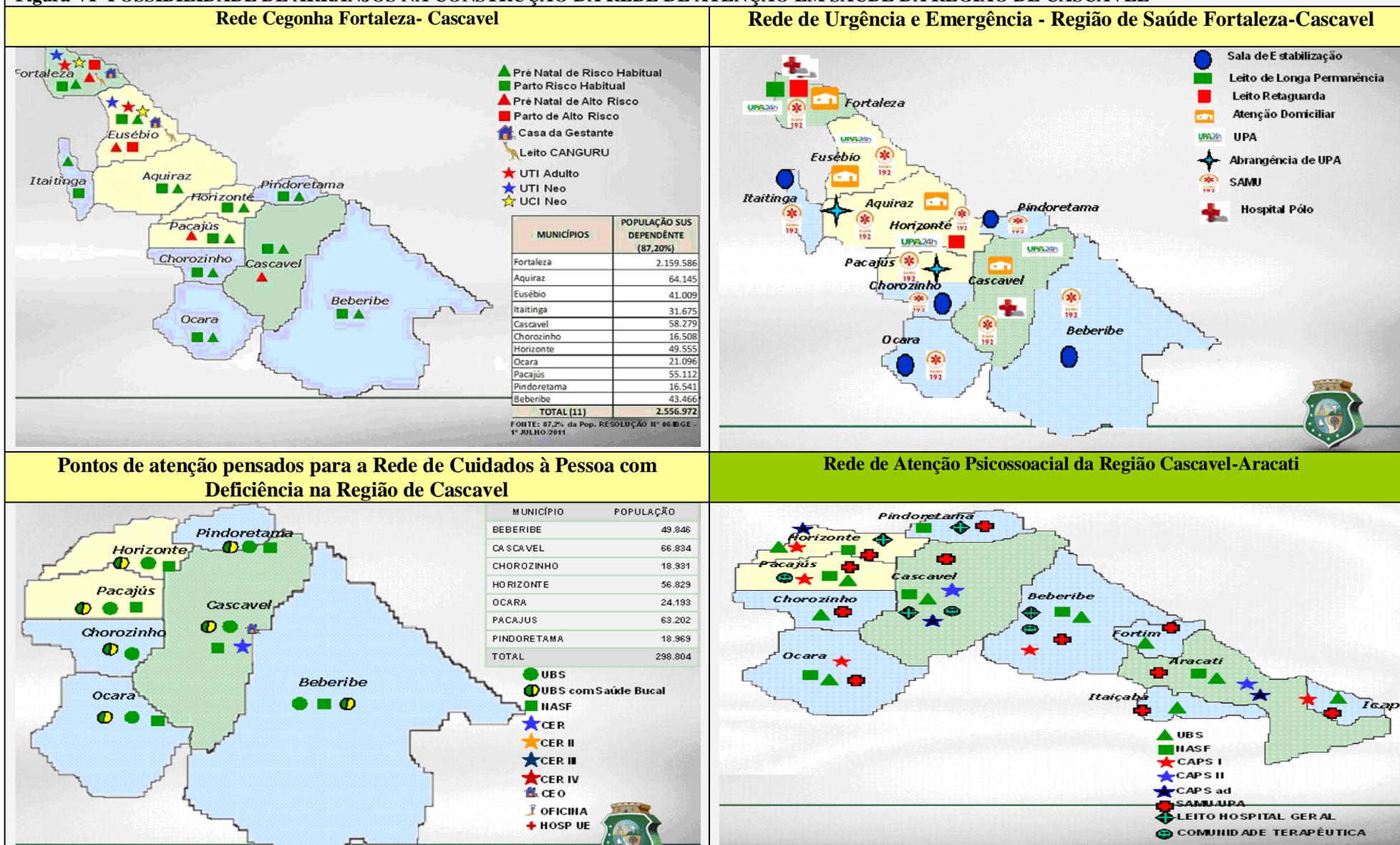
Considerando a instrumentalidade do processo de elaboração da construção da Rede de Atenção em Saúde, os atores sociais (gestores, coordenadores, assessores) da Região de Cascavel, em processo de continuidade necessário, ora mais ou ora menos impetuoso, vêm somando esforços para implantarem efetivamente as possibilidades dos diferentes arranjos pensados estrategicamente pelos momentos explicativos e normativos da elaboração das redes assistenciais. De modo mais específico, coloca-se a realidade da Região de Cascavel por meio do registro de Observação Sistemática mediante a participação de reunião em CIR;

...e seguindo orientações nacionais os atores do planejamento seguem ao que se assemelham as diferentes etapas do PES, possibilitado pelas interações dialógicas e compromisso solidário da articulação dos representantes do Estado via CRES e pelos secretários dos municípios com prioridades para construção, conformação das redes temáticas; tais como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência e Atenção Psicossocial e na ocasião está em pauta as possibilidades de pontos de atenção da Rede de Cuidados a pessoas com deficiência, pensando inclusive uma conformação para essa em específico com a 1ª Região de Saúde-Fortaleza(Observação Sistemática).

De tal forma que mediante as vivências dos processos e em posse dos documentos (Doc.8 e Doc.10) que constam os desenhos dessas redes, elaborou-se no intuito de apresentar o “todo”, como fora feito para o cenário estadual, a Figura VI- ***Possibilidade de arranjos na construção da Rede de Atenção em Saúde da Região de Cascavel.***

Observa-se que as intencionalidades foram construídas no espaço CIR pela articulação mediada pela CRES, tendo-se até então algumas sido pensadas e outras tantas efetivadas mediante as pactuações no processo de planejamento da rede regionalizada de atenção em saúde da região, particularmente da RAPS. Mas a ideia é mostrar o “todo” da RAPS da Região de Cascavel para em seguida discutir-se as “partes” que em si já se fazem outro “todo” que é possibilitado pela existência de cada um dos municípios que compõem a região e esse se efetiva por conseguintemente na consciência e representação sanitária de cada uma das “partes” que se somam os entendimentos, as intencionalidades, as demandas e as necessidades de cada um dos atores sócias que dão vida e possibilitam a tecelagem de sua construção e conformação.

Figura VI- POSSIBILIDADE DE ARRANJOS NA CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE DA REGIÃO DE CASCAVEL



FONTE:CEARÁ (2013)

Registra-se que no processo de planejamento da RAPS conforme se constata no Doc.13 que para sua melhor estruturação foi proposto um desenho que une a 22ª RS - Cascavel e a 7ª Região de Saúde – Aracati, compreendendo uma população total de 409.548 habitantes, levando ao entendimento que essa decisão é sensata e condizente com pensado pelo conceito e particularidades das articulações interfederativa em rede, dado ainda que essas podem sim ser conformada por mais de uma região de saúde e ainda coloca-se que os desenho propostos são imagem-objetivo para uma realidade a ser conquistada pela ‘partes” e em sim pensando as dificuldades do processo a articulação entre regiões abre um leque de possibilidades para a finalidade do planejamento no que tange o acesso universal no SUS, e de fato permitindo um verdadeira descentralização e regionalização, pois pelo proposta vislumbra-se também que os municípios da Região de Saúde de Aracati não terão que em dada situação atravessar boa parte do território do Estado para se chegar a metrópole outrora dita a única desenvolvida e capaz de atender todas as demandas de saúde.

Nota-se, com todo o exposto, que o Ceará tem buscado fortalecer as Políticas de Saúde em seu território, doravante o seu pioneirismo o que torna mais possível o acesso universal no SUS. Ademais, é possível inferir que neste Estado houve sim um processo de descentralização de ações e serviços dos níveis federais e estaduais em concomitância à elaboração e implantação de um sistema regionalizado de assistência à saúde da população, consolidando o acesso embora dificuldades tenham existido e melhorias ainda se façam sempre necessárias.

5.2 PROCESSO (DES)CONTÍNUO DE PLANEJAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA REGIÃO DE CASCAVEL: *entendimentos, necessidades e as (des)articulações entre os sujeitos que vivificam a rede*

5.2.1 Operacionalização do planejamento e a participação do tecido social: contextos, espaços e entendimentos

O planejamento em saúde constitui-se enquanto base norteadora das demais práticas de saúde quando são desenvolvidas de forma dialógica e comunicativa, na qual todos os sujeitos sociais deveriam atuar de forma reflexiva na identificação dos problemas, priorizando-os e propondo soluções, de modo a discutir o processo de planejamento em saúde enquanto uma problematização de construção coletiva com a finalidade de direcionar as práticas dos sujeitos sociais envolvidos para a (re) organização e consolidação do SUS em conformidade com suas diretrizes.

Considerado esse propósito do planejamento, observa-se que o momento explicativo e normativo do planejamento da RAPS na Região de Cascavel envolve atores sociais, mas identificando-se, percebe-se que esses pelo menos no momento explicativo e normativo são particularmente ou exclusivamente secretários de saúde dos municípios e seus assessores e coordenadores técnicos, contando com apoio dos técnicos da CRES da região. Os entendimentos desses acerca do processo convergem para caracterização de um momento extremamente técnico-instrumental, tendo em vista que apontam que os critérios levados em consideração na eleição de prioridades baseiam-se, quase que unicamente, nas determinações das portarias ministeriais do poder executivo nacional, o qual institui os mecanismos de operacionalização da possibilidade de garantia de recurso financeiro mediante a assinatura de contratos.

[...] o critério primeiro se dá pela normatização através das portarias, tem portarias específicas, e precisa ser cumprida, e isso limita muita coisa, porque ela é numérica e quantifica a população que pode possuir o CAPS I ou II, que determina os investimentos que vem do ministério e que a gente depende mesmo [...] em segundo plano é que a gente negocia com os municípios da região, se não pode vê se o polo tem condição, dentro da realidade de cada um, dá pro nosso município se enquadrar naquele perfil? a gente sempre tenta aderir, que vai muito pela questão da portaria, do que agente consegue ou então pactua com outro(Grupo I).

[...] os credenciamentos, as pactuações são feitas, mas a impressão que se tem é que elas não são bem estudadas devidamente, pensando o que o município possa atender de fato naquela população, se tem capacidade financeira pra arcar como que pactuou e tudo é contado e simplificado pela

preocupação com os benefícios que o município vem recebendo, então é vislumbrado o quantitativo de recursos x e às vezes a oferta não é suficiente e fica uma insatisfação geral, pois está tudo no contrato, mas nada ocorre na prática (Grupo I).

[...] aconteceu só aos pedacinhos, de forma estratificada de tarefas pra que a gente desenvolvesse e elaborasse da forma como um todo, então é aquela história desse a época do Charles Chaplin que só conhece um pedacinho do seu trabalho, mas nem tem noção do todo e de como é que de fato funciona (Grupo I).

Argumenta-se que o processo visto apenas sob essa ótica pode ser caracterizado como extremamente normativo, dada a polarização dicotômica entre o espaço político-social e o espaço técnico com ênfase exagerada na alocação de recursos econômicos, lembrando-nos assim o método CENDES/OPS se utiliza do taylorismo e do fordismo pelas suas intensas normatizações ou ainda, em melhor perspectiva de análise, o momento de diagnóstico e de elaboração do “deve ser” preconizado pelo PES matusiano, o qual em momentos diferentes leva em consideração as variáveis do projeto, da governabilidade e da capacidade de governo em detrimento do planejamento normativo reduzido que nega a existência de múltiplos atores sociais, além de não valorizar o planejamento cotidiano, ao utilizar-se de rigidez temporal e desconsiderar toda e qualquer relação e alteração poder (RIVERA, 1992; MERHY, 1995; ONOCKO CAMPOS, 2003).

Nessa perspectiva, coaduna-se com Santos e Andrade (2011), que ao discutirem os aspectos normativos que constituem as relações interfederativas para conformação das redes, argumentam que os contratos devem sim definir metas, indicadores e métodos de avaliação, mas também devem incluir responsabilidades de todos os envolvidos na rede de atenção, e aos poucos ir suprimindo os programas estanques definidos por portarias do Ministério da Saúde, uma vez que assim os contratos serão espelhos dos planos de saúde municipais, podendo de fato se realizar um planejamento ascendente, dado que isso é uma determinação legal nunca cumprida.

Na mesma intenção Silva (2011) coloca que é preciso avançar não dá mais para admitir que municípios e estados organizem o SUS por meio de uma “adesão voluntária” que se pauta nas regras de projetos e financiamentos, sendo necessário romper com a influência da “técnica da cenoura e da vara” para que de fato pense-se a cumpra-se a integralidade e universalidade por meio da efetiva consideração das relações interfederativas, que devem essas próprias os instrumentos definidores das políticas de saúde e de suas prioridades confederado suas respectivas divisões e “minúcias”.

Complementar ao exposto vislumbra nos discurso abaixo a possibilidade do avanço para intenção assumida e colocada, pois nota-se que os entendimentos dos sujeitos envolvidos no processo de planejamento apontam para um reconhecimento da continuidade e do dinamismo que envolve as ações do pensar/saber/fazer/conviver nesse processo, adequando-se as suas realidades.

[...] a continuidade do planejamento é totalmente fundamental, não tem como você traçar algumas ações se você não estiver planejando constantemente, considerando o que aconteceu, qual foi o recurso que chegou, se o município que pactuou cumpriu, realocou o recurso, então é o cotidiano da política pública, de você está pensando no que é possível fazer dentro da nossa realidade da região,, se não você fica só apagando incêndio, que também ocorre né (Grupo I).

[...] mas no dia a dia é que vai se construído de verdade o que foi pactuado, pois quando não tem o recurso, dá-se um jeito avança e pensa e encaminha e reconhece ao estado, pensa uma nova realocação, é na prática que acontece, porque nem tudo é integralizado (Grupo I).

Destarte, entende-se que quando se pensa o processo de planejamento como uma atividade contínua do trabalho em saúde, essa não pode está pautado apenas na racionalidade instrumental, no método, devendo também pautar-se na racionalidade comunicativa, em que uma não se sobrepõe a outra, mas se entrelaçam para composição de espaços produtivos da forma de planejar e gerir as ações e serviços de saúde (GALLO, 1992, RIVERA, ARTMAN, 1999; LIMA,RIVERA, 2009).

Assim, pensando os espaços de planejamento da RAPS no cenário pesquisado, identificou-se que o espaço que permite uma maior tentativa de se trabalhar a perspectiva estratégica e comunicativa do planejamento das ações de saúde mental no nível regional é de fato as reuniões sistemáticas da CIR, que comumente ocorrem na CRES localizada em Fortaleza, reunindo diferentes atores sociais instituídos como representantes legais desses espaços (gestores, assessores e coordenadores técnicos).

[...] ninguém falta às reuniões na CRES, é onde se planeja mesmo as ações e se dá a discussão da melhor forma, onde se informa do que está acontecendo e vai todo mundo, sempre tem o representante do município, pois todo mundo quer o melhor para os municípios, então vai e faz as pactuações lá na CIR e se for o caso encaminha pra CIB (Grupo I).

A instância onde ocorre o planejamento regional é na CRES, nas reuniões da CIR, cada município envia seus membros, seus colaboradores e lá há a

discussão, é muita reunião, a regional ela tem um papel assim primordial de elo porque são os técnicos da regional que a gente tira as dúvidas, a qualquer momento, no fim de semana, quando o negócio acocha não tem hora pra eles nos darem assessoria e assim eu louvo o papel da regional porque se faz muito presente nas discussões (Grupo I).

Ressalta-se e lembra-se que a 22^a Região de Saúde de Cascavel, por mais que se configure como região, não tem uma CRES específica. Não fora mencionado pelos sujeitos nenhuma queixa específica quanto às reuniões da CIR se realizarem na cidade de Fortaleza. No entanto, conforme registro das observações sistemáticas, relata-se que alguns atrasos e ou não comparecimento de alguns membros nos processo de planejamento se deu devido à distância e ou a incompatibilidades de horários vistos terem de decidir por resolver assuntos específicos em seus municípios ou terem de estar em Fortaleza. De tal modo, que se sugere que quando definitivamente separados os processos, pela existência de um prédio físico, a CRES da 22^a Região de Saúde de Cascavel seja localizada na cidade de Pacajus, tendo em vista a facilidade de acesso para todas as demais cidades da região.

Ainda acerca da importância de espaços efetivos de ações estratégicas e dialógicas, ressalta-se a importância da CRES no processo de planejamento para efetivação da regionalização e construção e conformação da RAPS. No entanto, pensando efetivamente o papel das comissões intergestores, compartilha-se o pensamento de Santos e Andrade (2011) no que se refere à necessidade de normatização dessas para garantia de segurança jurídica à sua atuação, devendo tais comissões formar colegiados interfederativos, espaço de lócus dos consensos interfederativo, e não ficar submetidas aos órgãos federal e estadual que as criaram mediante portarias.

Ademais, supõe-se que os espaços mencionados, CRES e CIR, e, também, CIB, conforme as portarias e resoluções que as instituem, são na verdade espaços que permitem a pactuação e articulação por parte de secretários de saúde, coordenadores e assessores técnicos dos municípios em nível regional junto ao coordenador e assessores técnicos da CRES, ou seja, todos os atores vinculados com representação junto a SESA-CE para efeitos administrativos operacionais, o que não caracteriza um espaço que reúne outros atores sociais implicados e envolvidos no processo de consolidação e efetivação do planejamento no cotidiano das ações e serviços que formam ampliadamente o conceito de RAPS.

A fim de investigar o real envolvimento dos diversos atores sociais no diferentes momentos do planejamento, sobretudo o dos trabalhadores e usuários dos serviços da RAPS, por ocasião das entrevistas realizadas, foi perguntado a esses como se dá a participação no

processo de planejamento e tomada de decisão para construção, conformação e consolidação das ações e serviços da rede. Assim, pelo confronto dos dados dos grupos (I, II e III), nota-se uma convergência acerca da necessidade de um maior envolvimento e participação dos atores não gestores (Grupo II e III).

[...] olha sobre a participação dos trabalhadores ainda tem que ampliar bastante essa discussão da rede, porque, por exemplo, já em nível de estado em CIR à discussão de várias redes como a de atenção psicossocial foi feita, todo mundo sabe como é que funciona, pactua articula, mas assim em nível de município até agora em nenhum momento a gente passou isso para os profissionais, discutiu, então assim, apesar das redes já estarem acontecendo, das redes já estarem em nível de microrregional, a nível intermunicipal, a gente não mudou ainda essa visão nem a discussão do conceito e da prática passou ainda pros profissionais ainda (Grupo I).

*[...]eu sei que ocorre, que o planejamento da rede de saúde mental é lá na coordenadoria de saúde, a discussão é muito boa que eu já ouvia a secretária falar, mas assim ainda num foi repassado nada de como é que vai funcionar não, teve uma época que veio até uns papéis pra fazer o preenchimento, **mas eu num sei te dizer muita coisa não, sei que agente tem dificuldade de atender o paciente, principalmente o usuário de drogas**[...] (Grupo II).*

[...]eu sou atendido muito bem aqui no CAPS, mas eu num sei como que se dá o planejamento daqui não, eu venho recebo minha medicação e vou embora...seu eu já me envolvi ? ...não, não eu já sou acompanhado aqui muito tempo, mas nunca procurei esse envolvimento não, nunca tive problema não, eu venho pra cá pra consulta por que eu preciso (Grupo III).

Segundo Teixeira (2003) em uma perspectiva de rede o trabalho dos gestores e dos gerentes consiste não apenas em tomar decisões e resolver problemas sozinhos, mas, sobretudo no ato de liderar, animar e manter a rede de conversas onde são trocados os compromissos e a efetivação das ações pactuadas. De tal forma que para se pensar o processo contínuo do planejamento na conformação e construção da RAPS, deve-se reconhecer a práxis de forma ampliada pela possibilidade de um conjunto de relações sociais entre os gestores/trabalhadores de saúde/ usuário/família, em qual se abre um caminho para uma interpretação “menos presa a uma racionalidade pura de fins”, podendo assim avançar para o vislumbramento de um momento mais efetivo do agir humano (LIMA; RIVERA, 2009; RIVERA; ARTMANN, 1999, p.357).

Merhy (2002) discute acerca dos diferentes modos do agir humano no ato de produzir saúde e discute sobre processo de trabalho na micropolítica das instituições, considerando o trabalho morto e trabalho vivo. O trabalho morto são produtos de trabalhos humanos que os concretizaram, isto é, os meios de produção e os processos já institucionalizados do modo de trabalhar, conforme determinados saberes e interesses. Por trabalho vivo entende-se o momento do trabalho em si, o qual depende de todo o saber adquirido para realização do trabalho. Esse momento é marcado pelas diversas possibilidades que gestores, trabalhadores de saúde e usuários tem para agir neste ato produtivo, incluindo aí a concretização das ações e serviços mediante o uso de seus saberes, sua subjetividade e os materiais e técnicas que cada um se utiliza.

Considerando o planejamento como parte integrante do conjunto de ações e serviços que compõem o SUS, tem-se o entendimento de que os atores sociais (grupo I ou II) gestores, gerentes ou trabalhadores de saúde são elos de concretização das ações planejadas mediante a possibilidade de interação por meio do trabalho vivo produzido junto aos usuários. No entanto, considerado aos processos institucionalizados do trabalho morto que permite a prática do planejamento, vê-se o usuário (grupo III) como um mero ser que sofre a ação planejada por esses outros atores.

Entre os atores, conforme destacado anteriormente, evidencia a participação do profissional enfermeiro muito fortemente, devendo refletir que a prática de enfermagem, inserida no contexto das práticas em saúde, enfrenta o desafio cotidiano de imprimir uma nova lógica à organização do trabalho, configurando um agir pautado na integralidade e, neste sentido, a formação dos enfermeiros também se apresenta como um campo em que a integralidade pressupõe a reorganização das práticas, uma vez que determinada a aquisição de competências e habilidades para a prática profissional (SENA et al 2008).

Diferentemente, o cuidado concebe-se na relação dialógica entre os sujeitos. A construção de projetos coletivos para o enfrentamento cotidiano das tensões e demandas do cotidiano encontra no campo intersubjetivo, uma formatação potencial para práticas resolutivas e afetivas para com a população.

A produção do cuidado faz emergir um espaço de interrelação trabalhador de saúde/usuário, mediado por tecnologias, mas que supera a objetivação destas e permite a construção de intersubjetividades afluentes de uma sabedoria prática (AYRES, 2000).

Sendo assim, o campo da saúde e Enfermagem envolve saberes, práticas e sujeitos que produzem cotidianamente o cuidado em sua pretensa integralidade. Numa linha diretiva,

o cuidado também pode ser entendido como recuperação da doença e como resultado alcançar a saúde. No entanto, a possibilidade de entender a saúde como um processo contínuo entre o estar doente e o ser saudável, pressupõe práticas voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação.

Desse modo, a integração dos espaços da saúde coletiva precisa ocorrer também perante aos núcleos de saberes estruturados, ou seja, nas ações de cada categoria profissional e trabalhadores de saúde. Para tanto, a interlocução entre estes atores torna-se prevalente na conformação de um modelo de atenção à saúde que se disponha a ser integral e resolutivo.

Os trabalhadores de Enfermagem podem manter o cuidado sistemático dos pacientes e suas famílias na busca de mudanças viáveis, dando apoio e estímulo para o enfrentamento dos problemas e dificuldades cotidianas. As ações interdisciplinares e intersetoriais encontram nas redes de cuidados uma forma pela qual todos participam ativamente do cuidado empreendido (LACERDA; VALLA, 2006).

A mudança no contexto da assistência de enfermagem perpassa pela atitude profissional no sentido de implantar o processo em todas as etapas do cuidado. A responsabilidade está atribuída a uma terapêutica planejada, resolutiva e com baixo custo. Por conseguinte, a equipe pode avaliar as propostas interventoras num processo integrado de atuação (FREITAS; MENDES, 2006).

Por outro lado, a implantação da sistematização da assistência e seu desenvolvimento precisam recorrer e enfatizar sempre o aspecto humano das relações empreendidas. Embora o processo de detecção e planejamento de atividades possa ser configurado em protocolos pré-elaborados, a implementação deve adequar à conduta nas singularidades de cada cliente atendido e sua forma específica de adaptação (OLIVA; LOPES; VOLPATO; HAYASHI, 2005).

A resolubilidade almejada na atuação de cada trabalhador de saúde no processo de cuidado poderá ser resultado do acolhimento e, conseqüentemente, do vínculo estabelecido na relação usuário-trabalhador, inseridos numa lógica ou modelo assistencial que priorize também as relações de cuidado, desencadeando a humanização das ações de saúde (CAMPOS, 2003).

As necessidades de saúde estão contextualizadas no modo de vida de cada sujeito. A condição de vida, o direito à singularidade, o direito às tecnologias de melhoria da vida, o acolhimento e o vínculo na construção da autonomia são características, muitas vezes, mais

amplas do que os espaços de intervenção das redes de cuidado em saúde. Cabe assim, conceber, o ato de saúde como intersetorial, já que, na busca pela resolubilidade, o encontro de vida se dá, às vezes, no mundo vivido.

Mattos (2005) afirma que a integralidade das práticas dos profissionais de saúde envolve o esforço de compreensão do sofrimento (vivido ou antecipado) causado pela doença no modo de andar a vida de cada sujeito, assim como a compreensão do significado das propostas terapêuticas e ofertas de tecnologias neste mesmo contexto. A conduta não deve decorrer dos protocolos, nem da unilateralidade e, sim, dos diálogos entre o técnico (saber) e a compreensão da singularidade ou coletividade (usuário).

Merhy (2006) refere que os profissionais de saúde atuam de modo significativo em relação à determinação da forma de representação dos usuários sobre suas necessidades. O fato ocorre devido ao poder detido por tais profissionais no que concerne ao conjunto de saberes e ao próprio modo de fazer saúde, o que faz condicionar ou não a centralização do usuário no processo de cuidar.

O referencial transversal para a integralidade implica o reconhecimento da autonomia e da singularidade dos múltiplos pólos da relação. O espaço público proporciona o encontro do profissional/serviço com seu outro, usuário/comunidade e nesses encontros “concretos” resignificam e consolidam as práticas, ensinam a qualidade do outro ou favorecem a inovação das instituições (GUIZARDI, PINHEIRO, 2006).

O compromisso radical com o sujeito em tê-lo de modo singular; o ato de assumir a responsabilidade dos mesmos nos serviços de saúde por meio de ações intersetoriais, reconhecendo limites no conhecimento e nas tecnologias empregadas e principalmente, reiterando um compromisso ético profundo é a concepção de clínica ampliada a ser discutida neste espaço investigativo no contexto da saúde.

Portanto, para uma efetiva participação dos profissionais de enfermagem, a partir da sua inserção assistencial nas redes de atenção à saúde do SUS urge o compartilhamento integrado entre outras categorias e trabalhadores, bem como, a evidência de propostas voltadas para a integralidade da assistência e sua resolubilidade

Para Abreu de Jesus e Assis (2010, p.167-168) “os sujeitos coletivos dão lugar aos sujeitos históricos, que, por sua vez se conformam em sujeitos sociais, coletivamente determinados pelas suas representações”. Os autores então sugerem que as instâncias de controle, participação e organização social, dentre eles os conselhos de saúde, configuram-se

como um arcabouço institucional do SUS para o “enfrentamento da dominação hegemônica neoliberal e da alienação dos sujeitos individuais e dos coletivos nos espaços institucionais” do processo de planejamento em saúde, constituindo-se então um desafio possibilitado somente pela transformação histórica.

Parte desse arcabouço institucional é tratado na Resolução 453, de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, em qual trás se que o processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde (BRASIL, 2012)

Na tentativa de identificar como se dá a representação e participação dos usuários no processo de planejamento da RAPS na Região de Saúde de Cascavel, perguntou-se, para os participantes do estudo, quais eram os mecanismos existentes para promover a representação e a participação social. A análise dos dados apontou para uma convergência acerca da necessidade de fomentar a participação mais efetiva dos usuários nas instâncias apresentadas pela resolução referida, dado que boa parte dos conselhos de saúde dos municípios funcionava quase que exclusivamente para aprovar as deliberações consignadas a necessidade de o município negociar as ações planejadas em outras instâncias, tais como CIR ou CIB ou ainda relacionada as representações e queixas dos usuários acerca de assuntos meramente temáticos relacionados às questões problemáticas do cotidiano dos serviços.

[...] no processo de planejamento da rede no momento não tem nenhuma participação de usuário ainda não porque eu acho também que essa questão da rede ela, a rede ela tá vindo ao inverso, ela está vindo de nível federal e descendo já que pra chegar a participação dos usuários era pra ser o contrário, era pra ser discutido primeiramente em nível de usuário, de pólo de conferências, e aí a partir disso ir se formando a rede, mas o que são momentos que é muitas vezes explicado tudo e depois aprovado pra ser encaminhado, nós sabemos que a prática é essa e se num for assim ninguém consegue, tem prazo cada ação (Grupo I).

[...] eu vejo muito tímida essa participação social, a participação social ainda se manifesta através da conferência que se coloca lá nas conferências de saúde, são chamadas as pessoas da comunidade que estão lá pra discutir e também tem a participação da comunidade de forma tímida nos conselhos, não é uma coisa que dia a dia se converse, que se debata, que se discuta, então essa participação aí se você for ver todos os instrumentos aprovados pelo conselho municipal

estão lá dá a entender de que o conselho sabe o que é, mas a participação social se efetiva é no debate, mas na prática ela é mais é pontual ...existem alguns conselhos distritais então tem uma certa discussão lá, mas a gente sabe também que é bem localizadas né, é uma ambulância que eu não tenho, é um remédio que tá faltando, é uma equipe de PSF, as discussões ainda são muito locais, as pessoas não tem essa visão de porque que eu vou conseguir a consulta X é porque teve um entrave e teve haver com a regionalização, porque me encaminharam pra Pacajus se eu moro em Beberibe, porque eu não to sendo atendido por Cascavel, então essa discussão sobre isso não acontece (Grupo II).

Segundo Patemam (1992, p.95-98) existem três tipos de situações de participação: a pseudoparticipação: “quando é realizado apenas consulta à população”; a participação parcial, “quando muitos tomam parte no processo, mas só uma pequena parcela decide de fato” e a participação plena, “quando cada grupo de indivíduos tem igual influência na decisão final”. Fato que essa seria a mais adequada quando se leva em consideração os princípios do SUS, têm-se então nessa situação uma nova meta para se pensada em continuidade pelo planejamento em saúde.

Silva(2011) coloca como dificuldade desses espaços serem efetivados a questão de haver uma baixa condição social e cultural da população usuária da saúde, a ausência da classe média no SUS e a desqualificação pela média acerca do serviço que é prestado como fatores que não permite o reconhecimento desses espaços, somado ainda a denominações de segmentos que se perpetuam por interesses próprios nesses espaços e o que é mais agravante a falta de sentimento de pertença e isso no contexto cultural é verdade. De fato, aqui no Ceará e além Brasil, na educação de berço familiar, muito já se ouviu dizer “tirar os pés do sofá menino que num é do governo não” ou ainda “já usou ta bom que num é do SUS não”. Como se este não fosse à soma de todas as partes desse terreno Brasil de tantos “Zé da Silva”. O que exemplifica a não preocupação de todos como que é de fato seu, o serviço público.

Coloca-se então a necessidade de relacionar o planejamento com o processo social determinante que envolve as novas relações sociais, colocando-o como práxis revolucionária, como método de ação dos sujeitos sociais (gestores, trabalhadores, usuários e sociedade) que adquirem uma consciência coletiva capaz de fundar modos de operar sobre a realidade e de romper com o processo estrutural determinante centralizador e normativo, a fim de construir uma nova forma de representação em sociedade (MERHY, 1995; ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010).

É na perspectiva de um método flexível e de reestruturação do PES matusiano que o planejamento comunicativo, tendo como base a teoria do agir comunicativo de Habermas é assumindo como meio de construção de organizações dialógicas, visando à possibilidade de construção de um projeto solidário entendido como desafio gerencial permanente em que não há a pretensão de uma exclusividade metodológica, mas sim o confronto de vários métodos com a realidade do “mundo da vida”, possibilitando caminhos de comunicação ampliada e de negociação de compromisso entre os atores sociais envolvidos no ato de planejar (RIVERA; ARTMANN, 2012).

Ligia Bahia (2010, p.2281) comenta que a questão é “como a “guinada comunicativa” do planejamento contribui para a efetivação de reconhecimento de situações de compartilhamento de poder e situações de disputa de poder”? Diante das inúmeras críticas e reflexões, mas no entendimento de que o agir comunicativo é de fato o caminho, coaduna-se com as ideias contidas na resposta dadas pelo próprio Rivera e Artmann quando comentam sobre as potencialidade e possibilidades de mudanças mediadas pela ação comunicativa;

[...] é possível sustentar que ela é superior e mais abrangente, pois a própria racionalidade estratégica depende da comunicação e a razão comunicativa é a única que articula todas as outras formas de racionalidade da ação, como a instrumental (relacionada ao mundo objetivo), a normativa (mundo social) e a expressiva (mundo subjetivo), através da linguagem e do horizonte de pré-interpretações que permite o entendimento aos participantes (mundo da vida) (RIVERA; ARTMANN, 2010b, p.2284).

Rivera e Artmann (2010b, p.2284) ainda comentam que “ser habermasiano não significa ser ingênuo. Pois em Habermas reconhece-se o sistema e o poder do dinheiro, mas é impossível para o homem viver o tempo todo em contextos estratégicos, o que os levariam a loucura. Porém, nada nos é dado de graça, nem a história se faz sozinha, depende dos atores e do contexto histórico. A ação comunicativa inclui a militância pelo SUS e pela a cidadania”.

Lima e Rivera (2009, p.339) analisam a organização e funcionamento dos serviços de saúde a partir da lógica do agir comunicativo baseado numa rede dinâmica de conversações que se estabelece entre os distintos atores que interagem no processo. Na rede de conversação, “não transitam apenas informações, mas sim atos de fala, que comprometem aqueles que os efetuam frente a si mesmos e aos outros. Pedidos e compromissos, ofertas e promessas, assentimentos e recusas, consultas e resoluções se entrecruzam e se modificam de forma recorrente na rede. Em particular, as promessas devem ser mantidas”.

Sobre os fluxos de comunicação, de negociação e efetivação de compromissos entre os diferentes atores sociais envolvidos no processo de planejamento da RAPS, constatou-se que os acordos não cumpridos geram tensões e conflitos, gerando até mesmo descrédito ao reconhecimento do processo de regionalização enquanto desencadeador das possibilidades de construção, conformação e consolidação de redes.

[...] eu vejo o planejamento assim como vários outros processos do SUS como uma beleza e como uma lógica principalmente pensando para a universalidade, e também na equidade eu acho que são os principais que eles conseguem ser desvendados através do planejamento da rede, agora o que eu percebo é que nesse processo que começou é que teoria ela já tá perfeita, as discussões têm sido ótimas, mas quando se passa pra prática quando se passa, os equipamentos necessários para que a regionalização e rede existam e de fato aconteçam é muito lento e ai meu filho o que falta mesmo é essas redes balançarem (Grupo I).

[...] acontece que às vezes que o planejamento que foi feito num é colocado na prática, encaminha-se o paciente e não tem a vaga, num tem médico, fora que é muito tempo pra poder conseguir essas vagas, mas tem se uma enorme distância entre a teoria e a prática (Grupo II).

Entende-se e reconhece-se que dado as melhores intencionalidades para o pleno cumprimento das pactuações de metas estabelecidas, seja compreensível às frustrações e decepção com os processos desconstruídos entre a teoria e prática, sobretudo quando se leva em consideração o imediatismo hoje vivenciado por nossa sociedade. Mas de fato os entraves não podem ser negligenciados pela lógica do ingênuo, necessitando assim haver mecanismos de cobranças e acompanhamento das questões pactuadas em rede.

Muito embora haja também um reconhecimento que os momentos de pactuações, de construção dos desenhos são importantes e possibilitam o entendimento por parte dos gestores e trabalhadores de saúde lançando então um desafio para que todos se impliquem com o projeto a ser executado, tendo consciência das dificuldades a serem enfrentadas, conforme converge o apreendido dos discursos de dois grupos de participantes abaixo.

... quando você ver o desenho da rede você começa a enxergar algo que pode dar certo e dar um visão do que é que vai ter que se fazer, porque foi assim que a rede foi montada, mas tem muito equipamento para passar a existir de fato ainda, mas eu sou otimista e não como você sentir a rede se não for daqui uns dois, três, quatro anos (Grupo I).

O desenho da rede que eu sei foi construído em CIR e a ideia está muito boa, agora é ver o futuro, o que é que cada um vai fazer mesmo de fato, porque depende de muitos, de muitas coisas (Grupo II).

Concebe-se, portanto, regionalização como um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de interações entre diferentes atores sociais (gestores, trabalhadores e usuários) num determinado espaço geográfico. Inclui também a formulação e implantação de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território (VIANA; LIMA, 2011).

Coadunando com Silva (2011), entende-se também a necessidade de reconhecer que as redes integradas e regionalizadas dependem e são compostas pelo sistema de governança que compreendem o conjunto dos arranjos institucionais necessários para a cooperação das instituições, organizações e, sobretudo participação e envolvimento dos atores sociais e políticos que constroem, nos cotidianos vivenciados, a conformação dessas redes. Sendo necessário considerar uma relação contratual que seja suficientemente motivadora para envolver os diferentes agentes da rede (gestores, prestadores de serviço, profissionais e usuário) na busca da qualidade desejada das atividades desenvolvidas.

No entendimento desses mecanismos, Fleury e Ouverney (2007) apontam que a coordenação dos processos deve contar com as redes de políticas a fim de atender as características do contexto atual em que o poder se representa como plural e diversificado em que essas se constituem como instrumento para a gerência das políticas sociais em contextos democráticos, permitindo novas formas de coletivização, socialização, organização solidária e coordenação social, ensejando relações baseadas na confiança de processos gerenciais horizontalizados e pluralista.

Entende-se que diante das dificuldades que envolvem o processo de efetivação dos compromissos e a necessidade da constituição de redes políticas pelo tecido social que realiza o planejamento em saúde deve reconhecer o agir comunicativo como uma alternativa ao agir meramente estratégico. O agir comunicativo seria uma forma de produção linguística de consensos naturais ou argumentativos discursivos sobre as pretensões dos diferentes atores no ato de planejar e gerir os serviços de saúde (RIVERA; ARTMANN, 2010).

Argumenta-se então que no processo contínuo de planejamento, é necessário não só o reconhecimento das falhas pelos atores sociais, mas sim vontade para que se possa estabelecer um amplo e dinâmico leque de possibilidades de enfrentamentos aos desafios político-institucionais e tecnoassistenciais do planejamento em rede, em que não se nega a ação estratégica, mas entende-se que seu uso só se efetiva pela ação comunicativa, sendo necessária a construção de uma rede de conversa que é capaz de aglutinar as diferentes

intencionalidades do pensar/saber/fazer/acontecer às superações dos entraves que impedem a integração entre os atores sociais que plenificam e vivificam a rede a partir de seus saberes e práticas tão necessárias para a consolidação dos princípios, inclusive o da regionalização, nas diferentes realidades do SUS.

5.2.2 Desafios político-institucionais e perspectivas tecnoassistenciais para consolidação do planejamento: dos entendimentos aos atos produtivos

Entende-se a importância que o processo de planejamento tem em sua instrumentalidade e de fato esse pode ser considerado já um avanço quando essa é assumida em acordos que vislumbram possibilidades. No entanto, coloca-se que somente a instrumentalidade político-institucional do processo de planejamento de saúde não foi e não é suficiente para existência da Rede de Atenção Psicossocial mediante o princípio da regionalização em si.

Logo é necessário, pois que as intencionalidades dos atores sociais se entrelacem e permitam a tecelagem efetiva da rede consubstanciada por entendimentos comuns pactuados. Destaca-se a seguir as possibilidades de concretizações dado que as intencionalidades dos atores gestores ou gerentes e trabalhadores de saúde convergem quanto ao reconhecimento da necessidade de se consolidar, cada vez mais, o processo de regionalização na Região de Saúde de Cascavel, encontrando nesse o caminho de conformação de uma rede atuante e resolutiva quanto aos problemas de atenção em saúde do território.

Nós como um município pequeno não temos tudo a oferecer para nossa população, então precisamos da rede para poder oferecer pelo menos o básico; que o que nós temos é um hospital de pequeno porte e nós fazemos a atenção básica e nós precisamos dessa regionalização, dessa rede, para oferecer a população dentro dos outros municípios que estão pactuamos (Grupo I).

Regionalização em saúde eu vejo como uma das formas de a gente trabalhar em conjunto, não da pra gente trabalhar só, a gente precisa dessa estratégia de territorialização para atuar e compartilhar serviços que um município tem e outro não têm [...] facilidade de vários municípios trabalharem pra gente pactuar serviços que vão beneficiar a todos (Grupo I).

[...] eu não tenho no meu município uma comunidade terapêutica, não tenho um CAPS AD, um CAPS III, mas eu posso ter no um município pólo que me oferece isso, oferecendo uma estrutura que permite regionalização e formação de uma rede (Grupo II).

Quanto ao entendimento dos usuários acerca desse processo apreendeu-se pelos discursos que esses percebem como positiva a cooperação entre municípios que compõem a sua Região de Saúde, havendo uma convergência quanto ao reconhecimento de que os encaminhamentos para exames, consultas e realização de cirurgias de determinadas

especialidades em saúde, são extremamente positivos, o que permite o acesso mais próximo de seu domicílio, evitando que, como outrora, tudo seja apenas encaminhado para capital.

Olha eu já sou atendido aqui a muito tempo, mas antes era só lá no hospital e eu sempre tinha que ir pra Fortaleza, mas agora faço minhas consultas aqui mesmo e pego minha medicação, mas teve uma vez que o doutor pediu o exames e aí eu fui fazer lá em Fortaleza, mas agora é aqui mesmo já está com uns 5 anos e se for tudo aqui mesmo fica bem melhor. (Grupo III).

Eu já precisei ir pra policlínica porque o médico encaminhou ai mais fácil a gente ser atendido aqui do que ir pra capital, mais dinheiro, ninguém num tem onde ficar, eu acho que é sim muito importante que o município recebe o de outro, é tudo do SUS mesmo (Grupo III).

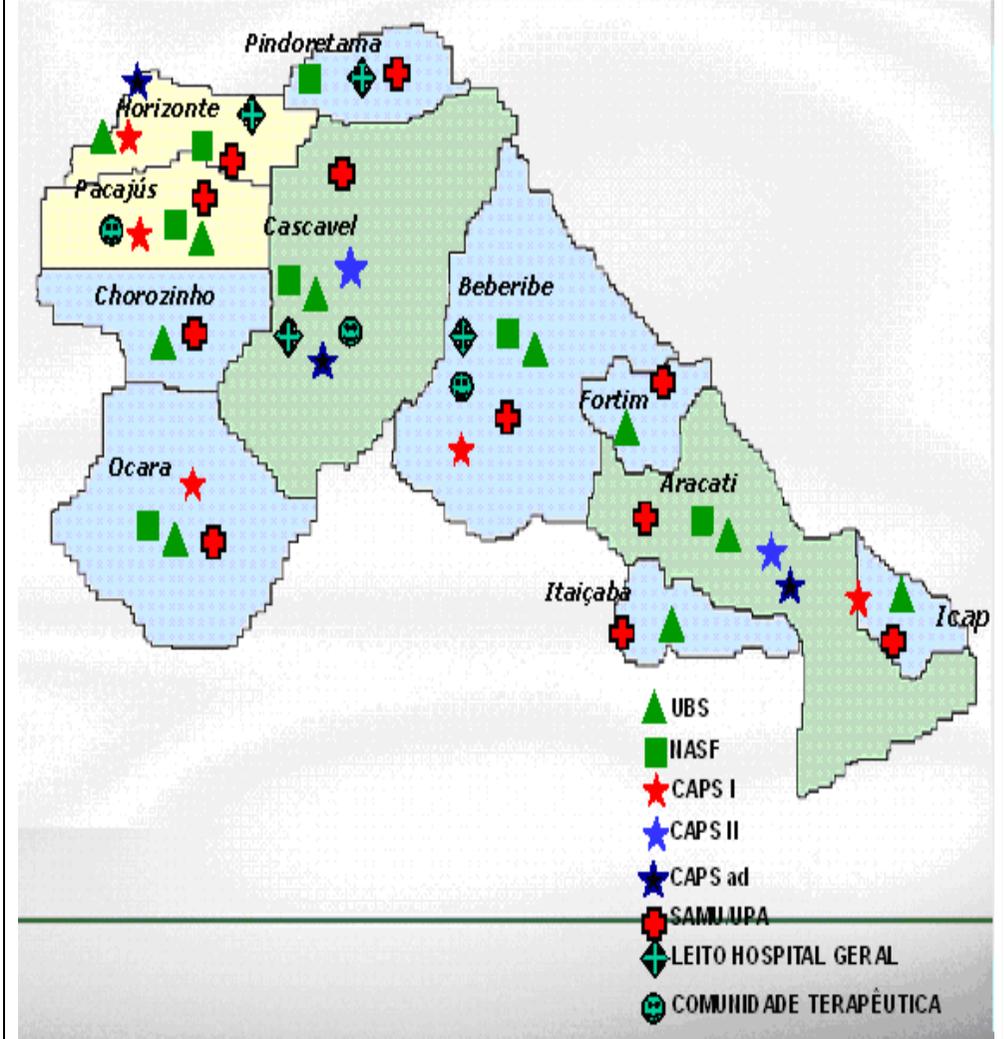
Daí então parte-se do pressuposto que o entendimento comum consubstancia a prática para uma realidade que precisa ter um norte, um conhecimento do que se tem e aonde se quer chegar. Assim, os entendimentos de parte dos atores sociais (Grupo I e II) do território direcionam caminhos por propostas que culminam num “deve ser”. Já se sabe como, onde e por quem esse “deve ser” foi construído, sendo a direcionabilidade instituída pelo Doc. 11. (Nota Técnica do Núcleo de Atenção em Saúde Mental/Coordenadoria de Políticas e Atenção em Saúde). Tendo-se feito o acompanhamento desse processo frente a participação em reuniões da CIR, realizou-se uma sistematização do que foi pactuado mediante os momentos do planejamento estratégico-situacional (PES) possibilitado pelas interações dialógicas dos atores sociais, conforme exposto no quadro a seguir Quadro XIII .

A rede de atenção á saúde pode ser definida como uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de um determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articuladas e adequadas para o atendimento do usuário e para a promoção da saúde (CARVALHO *et al*, 2008).

Entende-se que o desafio do planejamento com vistas à construção e conformação da RAPS não se dá somente nos momentos explicativos em que se seguem normas e/ou que não se leva em consideração a participação de diferentes atores e também se considera e elegem-se as verdadeiras necessidades do território como prioridade, mas essas em um momento ou outro também emergem no momento estratégico ou tático operacional da implantação efetiva dos serviços juntamente com as dificuldades a serem superadas nesses momentos, conforme também é sistematizado no quadro XIII, que igualmente ao quadro XIV tem pontos a ser discutido na continuidade da apresentação deste estudo.

Quadro XIII- MOMENTO EXPLICATIVO E NORMATIVO DE PLANEJAMENTO DA RAPS

- 1-Análise da situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados demográficos e epidemiológicos e dimensionamento da demanda assistencial
- 2-Identificação e dimensionamento da oferta dos serviços existentes (CAPS I Ocara; CAPS I Horizonte; CAPS II- Cascavel)
- 3-Discussão e decisão de um desenho conjunto com a 7ª Região de Saúde de Aracati
- 4-Dificuldade do atendimento da demanda de usuários com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, principalmente o uso do crack, frente a não existência de Comunidade Terapêutica e CAPS ad
- 5-Discussão da necessidade de ampliação do número de CAPS ad, frente à existência de apenas o CAPS de Aracati ser insuficiente para atender a região dada extensão territorial e as possíveis dificuldades de acesso.
- 6-Discussão e sugestão da necessidade de ser ter pelo menos mais dois CAPS ad, sendo sugerido as cidades com adequação ao critério de habilitação populacional, bem como a facilidade de acesso visto a localização da cidade de Horizonte no trecho BR-116 e a localização da cidade de Cascavel no trecho CE-O40.
- 7-Discussão acerca da necessidade de ampliação da RAPS com pactuação para solicitação, credenciamento e implantação dos CAPS I Beberibe; CAPS I Pacajus, CAPS ad Cascavel, CAPS ad Horizonte, com estabelecimento de cobertura regional de 90%.
- 8-Pactuação do Desenho da Rede de Atenção Psicossocial entre os entes federado
- 9-Elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, com a programação da atenção à saúde, incluindo responsabilidade dos entes federados.
- 10- Apresentação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, Distrito Federal e Municípios e aprovação nas instâncias de CIR E CIB.



Fonte: Elaborado a partir de todas as fontes de dados da pesquisa

Quadro XIII-NECESSIDADES E DEMANDAS DO MOMENTO ESTRATÉGICO E TÁTICO-OPERACIONAL
Contratualização pela União, pelo Estado ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede.
Adequação para implantação do CAPS-I de Pacajus, efetivada em dezembro de 2012.
Dificuldades do cumprimento das metas relacionadas a não implantação dos CAPS I- Beberibe, CAPS ad Cascavel e CAPS ad Horizonte, considerado a elaboração final desse estudo.
Dificuldades da continuidade das discussões de efetivação da RAPS na região frente outras inúmeras demandas de gestão.
Reconhecimento das dificuldades quanto à efetivação de articulação dos diversos pontos de atenção, sendo colocadas as dificuldades de comunicação até mesmo para a sensibilização dos trabalhadores de saúde, possibilitando que esses conheçam a rede em seu conceito teórico e prático.
Carência de profissionais da saúde por diminuição de carga horária ou saída de profissionais sem reposição. Destacada também a considerável rotatividade dos profissionais dificultando vínculos afetivos primordiais como pauta a lógica dos serviços substitutivos de base territorial.
Reconhecimento da necessidade de fortalecimento das ações de saúde mental na atenção básica, dando possibilidade para que de fato ela seja tenha possibilidade de ser coordenadora e articuladora de cuidados em toda a Rede de Atenção em Saúde.
Reconhecimento da dificuldade da atuação dos profissionais da atenção básica frente às demandas de saúde mental, facilitando o encaminhamento ou a “empurroterapia” para o CAPS, gerando um demanda não coincidente com a clientela desse serviço.
Consideração acerca da necessidade de formação permanente dos trabalhadores da atenção básica e também dos trabalhadores dos CAPS para possibilitar cuidados efetivos conforme os ideários da Reforma Psiquiátrica.
Consideração do protagonismo do município de um município da região (Ocara) frente a estratégia de implantação do Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica, considerada as dificuldades para efetivação desse (posteriormente apresentadas e discutidas).
Dificuldades quanto a garantia de transporte de usuários que necessitam se locomover na região ou extra-região para consultas e procedimentos especializados, bem como para que os trabalhadores efetivem ações de saúde mental extra-muros, como as de visita-domiciliar e até mesmo as visitas de matriciamento na atenção básica quando por ventura esse poder ser implantado.
Dificuldades de encaminhamento de usuários que necessitam de internação hospitalar, frente ao reduzido número de leito na região ou não atendimento da clientela nos hospitais de pequeno e médio porte da região, facilitando assim a “empurroterapia” para o Hospital de Saúde Mental de Fortaleza, tendo em vista na região não haver nenhum CAPS do tipo III, evitando assim algumas internações.
Dificuldades da manutenção dos serviços por conta de recursos financeiros insuficientes.
Falta de materiais para desenvolvimento de oficinas terapêuticas nos CAPS.
Reconhecimento da inexpressiva participação social dos usuários, bem como do envolvimento de trabalhadores no processo de planejamento da RAPS havendo a necessidade de fomentar a construção de fóruns e o fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde.

Fonte: Elaborado a partir de todas as fontes de dados da pesquisa do quadro de documentos

Diante o espelho e o real reflexo, é necessário que os diferentes atores sociais que efetivam o planejamento da construção e conformação da Rede de Atenção Psicossocial estejam conscientes e implicados para que possam ser efetivadas as intencionalidades dos processos pactuados, sendo imprescindíveis entendimentos para além da lógica conceitual, exigindo-se então uma práxis.

Nesse momento retoma-se a ideia de Giovenella e Fleury (1996) que foi re-significada por Abreu de Jesus e Assis (2010), na qual se coloca que o desafio do planejamento frente às relações de oferta e demanda é estabelecer acesso a saúde considerando a disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade por parte de gestores, trabalhadores e usuários envolvidos no processo, tendo-se um paradigma a ser superado, no tocante a desenvolver uma política de governo que, resguardada na teoria do modelo econômico, possibilite de fato a criação de dispositivos para equilibrar a relação entre oferta e demanda.

O estudo da oferta e demanda e das suas relações nos serviços de saúde são relevantes para que se possa a partir da análise da dimensão econômica do acesso, entender os desafios do planejamento enquanto a sua finalidade dada pelo acesso em múltiplas dimensões e entendimentos, conforme pontuam Abreu de Jesus e Assis (2010).

A relação oferta/demanda não pode ser compreendida somente como parte de uma relação restrita estabelecida entre os serviços de saúde e usuários, uma vez que envolvem as variadas ações que são vivenciadas no cotidiano desses serviços, sendo elas influenciadas por questões econômicas, políticas, sociais e culturais (PINHEIRO, 2001).

Assim, a oferta nos serviços de saúde está relacionada à disponibilidade, a capacidade, ao tipo e a quantidade de serviços e recursos destinados a atenção em saúde. Enquanto demanda é a atitude do sujeito de procurar serviços de saúde conforme suas necessidades e obter acesso e benefício com o atendimento recebido (PINHEIRO, 2001; ABREU DE JESUS, 2006).

Considera-se na RAPS da Região de Cascavel os desafios do planejamento contínuo para efetivar a disponibilidade dos serviços pensados e propostos a época da assinatura do COAP. Pois passado 1 ano e três meses tem-se ainda o desafio da implantação do CAPS ad em Cascavel, que pelo plano atenderia o eixo CE-040, bem como o desafio do pleno funcionamento dos recém inaugurados serviços; os dois CAPS I (Pacajus e Beberibe) e o CAPS ad que foi inaugurado em julho de 2013 em Horizonte, destacando-se ainda o fato que

este último juntamente com 01 dos CAPS I (Beberibe) não constam no CNES, e do que se sabe essa constatação pode atrapalhar os repasses de recursos financeiros necessários ao pleno funcionamento.

Os desafios então acerca da efetiva disponibilidade é uma realidade, sobretudo pela convergência apurada dada elevada demanda reprimida e não atendida efetivamente de usuários de álcool e outras drogas, como se ver no discurso dos trabalhadores e gestores e ainda pelo extrato do Doc.13, abaixo.

está implantando o CAPS ad também, que é um serviço pra atender a questão dos usuários de drogas e que de alguma forma ele vai contribuir muito porque agente fica sem saber o que fazer e não tem pra onde mandar e acaba a família muitas vezes querendo internar (Grupo I).

A principal demanda é da questão de álcool e drogas porque a gente não tem como referenciar isso é, e aqui no pólo ainda não temos o Caps ad, nem comunidade terapêutica, que também é importante no que mais entra na atenção psicossocial, não tem CAPS i, mas o município de Cascavel fechou pra ter um CAPS AD que é a nossa principal preocupação, há a decisão da promotora de justiça querendo que a gente retoma esses CAPS principalmente de menores, que não querem o internamento, são dependentes de drogas e a gente não tem pra onde mandar e ai acaba se contrapondo a idéia e encaminha pro hospital mental mesmo (Grupo II).

Registra-se a discussão dos gestores reunidos em CIR, um desses argumenta da necessidade de se ter no desenho da rede dois CAPS ad, sendo sugerido as cidades de Cascavel e Horizonte o que facilitaria o acesso rodoviário, dado que o primeiro município está localizado no eixo CE-040 e outro no eixo BR-116, sendo questionado pelo representante de Horizonte a possibilidade de implantação no ano de 2012, sendo o mesmo informado que depende dos repasses do recurso financeiro(Doc.13).

Tendo também que serem enfrentados os desafios de adequação funcional entendida mediante a relação entre o modo como a oferta está organizada para receber os usuários e as reais capacidades dos usuários e do próprio município se adaptar aos fatores que condicionam a organização da oferta (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010). Somado ao pensamento de Silva (2011) coloca-se que detectou com as convergências dos discursos abaixo as dificuldades de se estabelecer as relações interfederativas dado ainda à necessidade de se organizar para que de fato possa haver encaminhamentos regionalizados dentro de uma lógica que realmente permita economia de escala e escopo sugerida pelos processos de construção de rede.

As vagas já são poucas ai eu encaminho pra Cascavel e aí eu tenho que me adequar no horário dele que tem tido duas vagas na segunda, quatro vagas na sexta, três vagas na quinta, então assim, pra mim a questão de transporte pra ofertar vaga é difícil pro município, é dispendioso e o paciente também quer o transporte pra ir e pra vir e ai se me fosse um dia específico do

município, conseguia o transporte tal dia e se organizava, melhor porque levar todos os dias, com duas vagas, quatro vagas, não dá, é preciso se organizar (Grupo I)..

Acontece na regionalização porque às vezes coloca no sistema o sistema não tem vaga ou então demora não sei quanto tempo pra poder conseguir essas vagas, aí todo mundo diz o que não funciona que não dá certo, mas tá bem bonito na CIR no papel tá dizendo olha eu garanto pra vocês tantos, a teoria é perfeita, mas com relação a prática ainda tem muito o que avançar e eu penso assim(Grupo II).

Ademais pensado adequação funcional é preciso ter uma equipe técnica mínima ou suficiente para atender e absorver a demanda que chega aos serviços. Nos discursos reconhecem a vontade do fazer/concretizar dos gestores e trabalhadores, aqueles que executam as ações planejadas, essas convergem com o entendimento da usuária do CAPS. Entretanto no que diz respeito à capacidade de atender favoravelmente a demanda nos diferenciados pontos de atenção algumas dificuldades foram colocadas, como a rotatividade de profissionais, a diminuição de carga horária de algumas categorias profissionais, bem como por questões de remuneração salarial e do tipo de vínculo empregatício, pois a dificuldade de contratar médico é colocada como grande desafio.

Na verdade nós temos tido muita vontade de atender, mas nós não temos atendido como queremos e aí as falhas, mas assim tudo a gente faz na perspectiva de tentar fazer, mas agente percebe que é bem aquém do que realmente é necessário, e isso eu digo em termo de qualidade e quantidade também e infelizmente o pragmatismo ainda ronda a nossa vida (Grupo I).

[...] os profissionais que a gente tem são empenhado, sempre que possível ele faz e faz bem feito, mas às vezes a gente não consegue atender devido à grande demanda mesmo que a nossa oferta de profissionais num tem suportado ou por que sai ou por num tem reposição, tem as categorias que tem a carga horária reduzido também (Grupo II)

demanda relativamente alta pra equipe que a gente tem,então, assim, equipe restrita de assistentes social, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeira, a psiquiatra que vem duas vezes por semana (Grupo I).

Pra lhe ser muito sincero, muitos profissionais ficam nesse negócio de sair por achar coisa melhor [...] Tem a questão da busca salarial, da estabilidade (Grupo II).

Eu aqui sou muito bem atendido, e também lá no posto, pois eu vou e resolve minhas coisas, levo meus meninos e eu num tenho problema, uma vez ou outra falta o médico, a enfermeira, o remédio, mas aí vou e eles pedem e eu vou lá na secretaria e volto aqui, mas é resolvido (Grupo III)

Toda essa realidade contribui para diminuição da capacidade de resposta do serviço a demanda que de fato possa ser atendida, dificultando a integralidade da assistência numa perspectiva multiprofissional e de interdisciplinaridade, dado que os contratos são diversos e ter profissionais que vão no máximo duas vezes por semana ao serviço.

Considerando a dimensão organizacional do acesso Assis e Abreu de Jesus (2012) considera em sua dimensão de análise para o acesso, as questões das barreiras geográficas, sendo então essa questão um desafio, pois o usuário de regiões fronteiriças tem procurado a melhor acessibilidade, o que leva às vezes um atendimento de usuários de regiões de saúde vizinhas mesmo sem ser sido a demanda pactuada, tendo isso ocorrido na Região de Cascavel propriamente pela posições geográficas dos municípios de Beberibe e Ocara.

A gente pergunta pra ele qual sua agente de saúde? Normalmente quem não e daqui não vai saber. A gente tem listagem de todos, ai a gente começa a investigar, se não for, a gente explica, por exemplo, Aracoiaba eles lá referenciam pra Redenção, CAPS Redenção, então o recurso que seria pra cuidar da demanda de saúde mental do município de Aracoiaba o recurso vai pra Redenção. Então, nada mais justo que eles criem uma logística pra que Redenção assuma sua responsabilidade. Então a gente aqui recebe essa demanda, mas tem dia que a gente não fica com essa demanda, pela a justificativa que eu te coloquei. (Grupo I)

[...] assim como é que agente entende esse processo de território, que no SUS tem a regionalização como princípio organizativo, é pra organizar o sistema e não para engessar o sistema, mas a gente precisa de usar disso em algumas situações para poder atender a nossa responsabilidade e vai explicando, criando mecanismo Grupo II).

Aqui tem gente que numa era pra ser atendido aqui, mas é tudo acordado com o usuário, o que é muito difícil e você num imagina o sufoco desses processos de acordo, de negociação, porque depois do que se cria o vínculo e que mesmo que a gente veja assim que ele já está em condição de reduzir os atendimentos de ir pra outra região e tudo é muito difícil (Grupo II).

Compreende que somado a questão geográfica, o usuário procura também a economia quanto aos custos, como com a necessidade de transportes, bem como o tempo e a distância demanda até chegar ao serviço. Reconhece-se a importância dos atos produtivos mecanismos criados pelos trabalhadores para explicar os processos de regionalização possibilitados pelo encontro tensional e diálogo trabalhador- usuário, podendo esse permitir novos entendimentos favoráveis a uma consciência-sanitária quanto as lógicas de organização do acesso a Rede de Atenção Psicossocial no SUS. Mas também possibilita reflexões quanto às necessidades de melhores recortes geográficos ou mesmo necessidades de pactuações específicas entre municípios de regiões de saúde diferentes, a fim de garantir melhor

acessibilidade aos serviços. As reflexões podem ser possibilitadas pelo planejamento comunicativo que reconhece a necessidade de cooperação solidária, mas não pauta-se apenas na lógica do ingênuo sem possibilitar reflexões aos fatos que deveras deve ser reconhecido (RIVERA; ARTIMANN, 2012).

Assim, pensar a oferta apenas pela posição geográfica ou por pactuações inclusive financeiras já estabelecidas é assumir apenas a visão normativa, tecnicista e economicista do planejamento em saúde em que a norma, o “deve ser” tem como relação principal a ênfase exagerada na alocação de recursos. Mas de tal forma se pensado o planejamento em saúde da realidade brasileira isso não seria um devaneio, visto que historicamente o pano fundo deste tem assumido um caráter normativo da planificação considerando a viabilidade econômica em detrimento das necessidades sociais estabelecidas nos diferentes contextos de sua aplicação (GIOVANELLA, 1991; ABREU DE JESUS, 2006).

Santos (2013, p.277-278), na perspectiva de pensar o debate no contexto das regiões de saúde, denota que realmente muitas vezes esse é permeado por questões superficiais e ou urgentes, como os desafios até aqui elencados que ora pelos usuários ou ora pelos gestores e trabalhadores, envolvendo a não existência de um serviço, de equipe ou equipamento material para atender a demanda, enfim coloca que mais especificamente outros “pontos fulcrais como o planejamento da oferta regionaliza, a definição do modelo de atenção, a reorganização do trabalho para a produção do cuidado não aparecem ou permanecem marginais.

Diante da constatação, entendemos que os desafios da efetivação do planejamento numa perspectiva de visão comunicativa são existentes, principalmente pela estrutura do nosso modelo neoliberal, levantando a crença da real necessidade de se “pensar estrategicamente”, reconhecendo o Estado democrático, se assim o é, caracterizado pela existência de espaços de decisão, locais onde se organizam os recursos para a mediação dos conflitos e contradições institucionalizadas no contexto das expressões políticas das relações dos atores sociais (individuais e coletivos), (intermunicipal e estadual) que deve reconhecer a necessidade de interrelacionarem-se num processo dinâmico de transformação histórica (TESTA 1995).

Sabe-se dos desafios que implicam o processo e reconhecemos a efetivação de estratégias com vista a possibilitar organizar os fluxos e interconexões entre as redes assistenciais, sendo esses não só tecnoassistencial, mas também que envolve a própria dimensão econômica do acesso e, sobretudo o desafio de possibilitar a conscientização

política e social que perpassa pela própria implicação dos diferentes atores sociais (gestores/trabalhadores/usuários/sociedade) no tocante a compreensão da integralidade necessária que permeia uma tecelagem capaz de agregas múltiplos entendimentos acerca da concepção ampliada do processo saúde-doença-cuidado.

Dado a finalidade do planejamento assumida na efetivação do acesso observam-se alguns avanços e desafios no processo de implantação do componente estratégico CAPS na RAPS da Região de Cascavel. Quanto ao acesso, entendido aqui na maneira de acessá-lo propriamente dita, pode-se constatar que as portas de entradas são eminentemente contraditórias a concepção assumida pelo SUS em decorrência do Decreto 7508, o qual assume a possibilidade de o usuário entrar na RAPS pelo CAPS diretamente, no entanto com poucas exceções de situação de demanda do usuário, observa-se que a porta de entrada até mesmo para RAPS ainda assume a perspectiva burocratizante ou engessada do acesso pela “porta de entrada” da atenção primária (ESF). Como se ver pela convergência dos discursos.

O acesso ele acontece, a gente não atende como porta de entrada, tipo pra chegar até a gente tem que passar pelo posto de saúde, o posto de saúde é que encaminha e referencia pra gente. Vem do posto de saúde, vem de outros CAPS, do hospital de Messejana, pra chegar aqui pra gente fazer a triagem tem que passar pelo posto de saúde (Grupo II).

...aqui, através do encaminhamento do posto de saúde, e uma vez que é percebido que ele é paciente que precisa do CAPS, ele é atendido aqui, caso contrário, nós encaminhamos ou de volta ao posto de saúde, quando é, por exemplo, uma depressão mais leve, que não é preciso do CAPS pra ser tratado pelo próprio médico do posto de saúde, nós podemos encaminhar em caso de crise, por exemplo, o hospital mental (Grupo II).

Temos assim muito pouco o atendimento de demanda livre , só pra quem não é do município ou num é aqui da sede, mas investigamos se é necessário o atendimento aqui , mesmo ou se é demanda do CAPS, na verdade nos acolhemos esse usuário pra lhe garantir o acesso e sabe-se logo se ele é ou não pra ser atendido, evitando que simplesmente encaminhe pra ESF e lá num haja atendimento ou encaminhe diretamente pra cá. Grupo II).

Assim, reconhece e assume que é um desafio a ser enfrentado pela região a questão de subverter a lógica da hierarquização em alguns casos específicos, permitindo de fato um acolhimento da demanda dos usuários, entendendo que o ato de acolher as suas necessidades é que vai permitir a caracterização de um demanda específica ou não de usuários atendidos pelos CAPS ou por a ESF, pois acolher é identificar a necessidade deste junto a complexidade e competência do serviço, o acesso não pode ser visto numa concepção hierárquica do itinerário que usuário deve percorrer para ser atendido (ASSIS, 2003; CECILIO,1997).

A proposta então é realmente o modelo de círculo, citado pelo autor e já discutido em um de nossos eixos teóricos com base em Cecílio (1997), envolve o entendimento conceitual e prático de relativização da concepção de organização hierárquica e regionalizada da atenção em saúde com vista a garantir acesso à tecnologia adequada no momento em que o usuário é acolhimento e expressa sua necessidade, gerando uma demanda que necessita de uma ação resolutiva por parte da unidade de serviço da rede de atenção á saúde que o acolheu (CECÍLIO, 1997; ASSIS, 2003).

Nessa perspectiva, é necessário entender que no modelo de atenção psicossocial as práticas de saúde não cabem numa estrutura organizacional determinantemente estabelecida. A composição de modelos fixos e padronizados indica um engessamento das práticas, uma burocratização das ações do sistema de saúde, tornando o acesso além de burocrático excludente, inflexível e segregado (AMARANTE; GULJOR, 2005).

Daí estaria a grande dificuldade, pois se observa em geral que os fluxos não são contínuos como se sugere uma “rede de descanso”, onde num entrelaçamento firme “os punhos” confluem para se ancorarem de forma mais fixa nos “armadores” e esses por sua vez são capazes de oferecer conjuntamente com o tecido vivo as tecelagem necessárias para o movimento de interação entre as “partes” que compõem o “todo” da rede. No entanto, os mecanismos de comunicação são deficitários, como por exemplo pode-se perceber com o sistema de guias de referência e contrareferência, dado que essa última, como pode-se apreender pela convergência dos muitos discursos, a exemplos dos exemplificados, não existe.

... paciente é encaminhado com referência, agora contrareferência provavelmente deve ter ficado no hospital, no “SAMI”, porque a contra referência aqui na unidade nunca chega pra médica. Não volta. Volta o paciente, com a receita, com o que ele disse ou pelo o que ACS contou, mas mesmo pela contra referência bonitinha não volta. Eu nunca vi até agora, Eu nunca vi até agora e nem recebi das mãos de ninguém. Mas ele voltar com histórico de ações feitas no CAPS, se ele precisa ter acompanhamento todos os dias, se é só medicação. encaminhado com referência, agora contra referência provavelmente deve ter ficado no hospital, no “SAMI”, porque a contra referência aqui na unidade nunca chega pra médica. Não volta. Volta o paciente, com a receita, com o histórico, mas mesmo contra referência não volta. Eu nunca vi até agora, eu não sei se volta. Eu nunca vi até agora e nem recebi das mãos de ninguém. Ele volta com histórico de ações feitas no “CAPS”, se ele precisa ter acompanhamento todos os dias, se é só na medicação, se va ficar sendo atendido lá, ai não tem não meu filho você sabe que num tem (Grupo II).

...através da contrareferência propriamente dita não, respondida, encaminhada quando a gente sabe é porque o ACS foi e investigou

perguntou como foi, como é que vai ser, mas nem sempre tem o ACS ou mesmo não são todos que agem dessa maneira. e sim do comunicado do agente de saúde a gente fica sabendo, mas contra-referência não

Sobre a necessidade do uso do mecanismo de referência e contrareferência, como coloca Kushnir (2003, p.107) ao comentar que os mecanismos de referência e contrareferência só têm sentido e funcionam na medida em que expressam o compromisso da rede de serviços com o caminhar de seus pacientes, de modo a garantir o acesso ao conjunto de tecnologias necessárias para o cuidado de acordo com o problema apresentado. Expressam, portanto, uma definição e um acordo prévios acerca do que cabe a cada unidade de saúde tratar e cuidar, o que comumente é definido como perfil assistencial.

Fleury e Orverney (2007) colocam que as interações de composição estrutural da rede necessita sim de uma institucionalidade, instrumentalidade, mas é necessário também reconhecer a autonomia dos autores que compõe da rede, devendo os processos de institucionalização serem dinâmicos e não ser estabelecidos apenas por regras formais, sendo então a governança da rede o misto do fruto das estratégias institucionalizadas e dos comportamentos de ações individuais de seus atores.

Reconhece-se que de fato atenção básica seja também porta de entrada de todas as redes, mas não devendo ser a única dado todo a discussão que já tem ocorrido frente a necessidade de superação hierárquica, somada os esclarecimentos e reconhecimento na legislação mais nova e vigente de regulamentação do SUS. Mas diante da constatação que o acesso se dá via atenção básica para o CAPS, suscitou a necessidade de investigar e refletir a seguinte questão: quando o encaminhamento não resulta no acolhimento da demanda pelo CAPS, o usuário é atendido pela atenção básica? Portanto surgem algumas questões importantes para serem pensadas quanto aos mecanismos que os pontos de atenção que compõem a RAPS da Região de Saúde de Cascavel vem estabelecendo para promover interação uma efetiva interação.

No geral, o que se tem então é uma enxurrada de encaminhamentos dos postos de atenção saúde da atenção básica para os CAPS, pois na maioria das vezes os profissionais da atenção básica não se sentem seguros de acompanhar casos de saúde mental, ficando conhecido o seguinte jargão popular, comum no Ceará ou mesmo Brasil: “chorou manda pro CAPS”, como se observa na convergência evidenciada a seguir;

... mas agente tem profissionais resistentes, e mesmo num tem preparo pra lidar com a demanda e encaminha mesmo pro CAPS, muita coisa tem que rever a melhor implementação da rede mesmo de fato. da condição de atenção básica tem que atender, pois vai atender tudo? A atenção primária em saúde ela é porta de entrada de todas as redes, só que ela é sim já é muita coisa são, muitos programas (Grupo II)

Quando chega um caso de alguém com problema psicológico ou psiquiátrico a gente encaminha para o CAPS (Grupo II)

Então quando se chega o paciente ou quando se tem a necessidade, tá descompensado, então tem o atendimento médico, o médico encaminha ao CAPS e lá tem o atendimento com profissional especializado, mas a equipe mesmo ela não tem essa assistência controlada do paciente, a não ser a renovação de receitas

talvez pela própria falta de informações dos profissionais, por achar que essa questão de transtorno mental é do CAPS né, responsabilidade do CAPS, quando não é, pelo contrário a responsabilidade é da área de estratégia de saúde da família e o CAPS...apoio matricial, o CAPS é uma porta de entrada pros pacientes críticos, pros pacientes mais graves, paciente que tenha que realmente ter esse contato com uma equipe né multidisciplinar, mas que realmente a disponibilidade de profissional que ela venha acompanhar e com essa responsabilidade os casos que demanda atenção de saúde mental(GrupoII)

A situação se assemelha a verificada por Dimenstein, Galvão e Severo (2009), em pesquisa realizada com coordenadoras de equipes de unidade de saúde da família de Natal-RN mostrou que consideram muito difícil lidar com a demanda de saúde mental que chega a unidade de saúde, pois não se sentem seguras em abordar tais casos. Falta para estas equipes compreensão técnica, tais como: termos específicos da saúde mental, tipos de transtornos mentais, as medicações e os seus efeitos no organismo. Referiram ainda dificuldades na própria equipe em estabelecer prioridades e estratégias de atendimento dos casos na unidade.

Assim, o que se tem em geral é que a atenção básica não tem assumido o atendimento dos usuários de saúde mental, permitindo a “empurroterapia”. Os profissionais da atenção básica por não se sentirem aptos e seguros na abordagem e condução dos casos de saúde mental gera uma enorme dificuldade na acessibilidade da população que necessita dos cuidados. Primeiro por que não há intervenção inicial do caso, na tentativa de dar respostas à demanda daquele usuário pela equipe de saúde básica, e segundo por que geram encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados. (ALVES; GULJOR, 2004; CAMPOS, 2000).

Nessa perspectiva o matriciamento configura-se como um suporte técnico especializado e uma alternativa de reordenamento dos fluxos na rede (Dimenstein, 2009), ou

seja, visa desconstruir a lógica hierarquizada dos burocráticos procedimentos de referência e contrareferência que engessam o fluxo dos usuários na rede assistencial e acarretam sobremaneira em desassistência, descontinuidade e (des)responsabilização no processo de acompanhamento dos casos. No entanto, observa-se que as ações de apoio matricial em saúde mental no território da RAPS de Cascavel é um desafio a ser enfrentado por meio de uma efetiva implantação dessa estratégia, como pode ser visto pela convergência dos discursos abaixo;

matriciamento que é um ponto fundamental, matriciamento em saúde mental, particularmente aqui, e que é um ponto que aqui ainda está em aberto, não está estruturado o matriciamento e que isso gera uma série de problemas na rede de atenção (Grupo I).

Nos sabemos da existência do matriciamento, mas aqui no município não temos ainda essa articulação com o pessoal do CAPS, o que ocorre é mesmo o encaminhamento para lá, o profissional avalia e encaminha o paciente (Grupo II).

Para Nunes, Jucá e Valentim (2007), a inexistência de práticas de saúde mental na atenção básica está associada ao fato dos profissionais não terem conhecimento acerca do processo de reforma psiquiátrica, não serem capacitados para atuarem junto aos casos de transtornos mentais, às péssimas condições de atendimento dos casos nas unidades básicas de saúde, pela inexistência de medicações psiquiátricas para fornecer aos pacientes, a inexistência de uma Rede de Atenção Psicossocial de suporte, e mesmo na existência desta uma carência de entrosamento com os serviços especializados da área que funcionem com retaguarda e permitam a referência rápida em caso de necessidade.

A falta de articulação entre os serviços de saúde mental do nível especializado e os serviços de atenção básica pode gerar uma descontinuidade da assistência. Na composição hierárquica do sistema de saúde há uma predominância dos fluxos do menor nível hierárquico para o maior, não havendo caminhos alternativos para esse fluxo. O caminho vertical e burocratizado promove estrangulamentos nos pontos de articulação que impedem uma mobilidade da população aos níveis superiores da hierarquia. Como um dos pontos de estrangulamento, vale citar as dificuldades de acesso da população às unidades básicas de saúde, para solicitação das guias de referência para centros de referência secundária e terciária, nessa lógica o que ocorre é a busca direta pelos centros de maior hierarquia, ocasionando grandes filas e, muitas vezes, na falta de atendimento, e conseqüentemente baixa resolubilidade da assistência (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004).

Assim, reconhece que não será a institucionalização de mais um programa por linha de cuidado na atenção básica (ESF) ou mesmo o cumprimento de uma meta avaliativa que trará uma adequada ação da ESF em relação à demanda de saúde mental. Reconhece-se que é preciso que cada serviço tenha suas atividades específicas, mas em si tratando particularmente de saúde mental, essa exige ainda mais da transversalidade de todas as linhas de cuidado, não podendo ser pensada isoladamente como responsabilidades eminentemente específicas de cada um dos tipos de pontos de atenção. Assim, como coloca Fleury e Orverney (2007, p.91) a organização da rede deve ter o foco em suas próprias atividades, “mas deve também incorporar seletivamente à rede as atividades essenciais à realização de metas coletivas”.

Destarte, entende-se que quando há um maior comprometimento na implantação e aplicação do matriciamento surgem novas possibilidades de articulação entre os níveis de assistência. Como bem destaca Dimenstein, Galvão e Severo (2009), o matriciamento objetiva a superação da lógica dos encaminhamentos, possibilitando uma coresponsabilização entre as equipes de saúde envolvidas, tanto da atenção básica, quanto especificamente da saúde mental. Com isso tanto a equipe de saúde básica passa a ser mais resolutiva na assistência aos casos de transtorno mental, que emergem no território, quanto melhora qualitativamente o fluxo de acompanhamento do usuário na rede de cuidados, no que diz respeito aos serviços especializados em saúde mental.

Doravante o desafio enunciado, por outro lado, dada a investigação no território, percebeu-se uma possibilidade mais concreta da articulação entre ESF e CAPS na RAPS de Cascavel, embora seja uma experiência municipal, essa é aqui destacada não como uma avaliação comparativa, mas como um apontamento do caminho de possibilidade de implantação do matriciamento em saúde dado avanço percebido desse e de outras ações de saúde mental na atenção básica desenvolvidas no município de Ocara. Como se constata com o discurso abaixo de um trabalhador do CAPS (Grupo II- X) , sendo esse complementado pelo o discurso do trabalhador da ESF (Grupo II-Y) ;

Então a gente está implantado aqui o apoio matricial, que a gente deu início já tem desde abril que a gente começou primeiro com o encontro com os médicos e enfermeiros, onde foi discutido , sensibilizado ,e os trabalhadores ficaram muito animado, dizendo ser o que estava faltando... O matriciamento é uma forma da gente está saindo dessa centralização no CAPS, há outro ponto que também que tem sido forte, o CAPS nas comunidades, a nossa terapeuta ocupacional, por exemplo, hoje pela manhã ela tá fazendo encontro para público de esquizofrenia, bipolares, retardo mental nas comunidades, então, saem daqui, são seis grupos nas localidades e um que se desenvolve aqui em vários pavimentos da sede (Grupo II –13)

Nos começamos agora o matriciamento no município, já teve o primeiro encontro e foi bastante animador, agora nos estamos utilizando não só a ficha de encaminhamento, tem esse formulário aqui, pois a intenção com o matriciamento é que fique tudo aqui registrado. Fora que tem também ações aqui e em outras localidades que o pessoal do CAPS está fazendo, são grupos aqui na atenção básica, aqui nos conseguimos fazer e tem aumentado o número de usuário (Grupo III-15).

Para Campos e Domitti (2007) o apoio matricial torna-se relevante para racionalizar o acesso e o uso de recursos especializados, alterando-se ainda a ordenação predominantemente multidisciplinar do sistema para outra mais consentânea com a interdisciplinaridade. A aproximação entre as equipes ESF e CAPS, assim como a atuação interdisciplinar apontam para uma acessibilidade nos seus múltiplos aspectos, não se restringindo apenas pelo o uso do serviço em si, mas pela continuidade do cuidado, pela resposta dada à demanda dos usuários e pela resolubilidade da assistência prestada de forma integral.

O apoio matricial em saúde mental configura-se como uma ferramenta inovadora que visa assistência integral das pessoas com transtornos mentais. Integral é aqui pensado numa perspectiva, segundo Vasconcelos e Pasche (2009), de intervir no indivíduo como um todo, tanto nos seus aspectos orgânicos, quanto nas suas dimensões psíquicas e sociais, além de intervenções junto às famílias no seu próprio território e das ações nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, pressupondo a prestação continuada do conjunto de ações e serviços, garantindo acessibilidade e resolubilidade da assistência a uma população estigmatizada e historicamente desassistida.

Assim, é necessário que os CAPS interajam de maneira horizontalizada com os diferentes equipamentos sociais que compõem a RAPS, como os serviços residenciais terapêuticos, com as unidades de internação psiquiátricas, no caso específico do território, com as unidades de ESF, a fim de acompanhar o usuário em eventuais internações, bem como fazendo articulação com os demais setores sociais no intuito de desmistificar o imaginário negativo que ainda existe sobre as pessoas com transtornos mentais e possibilitar de fato a reinserção social no seu território.

Muito tem a se discutir, mas é preciso aqui fazer encerrar com algumas considerações, pois o continuar do pensar/saber/fazer/concretizar o planejamento na rede exige constantes e contínuos embalos. Assim, diante de todo o exposto na discussão, entende-se que não é possível conceber o planejamento apenas na dimensão de sua lógica normativa

instrumental e na organização da estrutura tecnoassistencial. É necessário realmente entender que o planejamento em saúde tem sim sua finalidade de garantia de acesso, mas esse não é efetivado somente pela tentativa do equilíbrio da relação oferta demanda, é necessário, pois reconhecer o planejamento como um dispositivo para a consolidação do acesso também perspectiva da necessidade de mudança da realidade, da transformação possibilitada pela consciência político-sanitária da representação social de seus atores, dependendo então de como todo esse planejamento é entendido em suas diferentes fases, percebendo então que o seu valor de uso é (re) construído a partir das interações comunicativas dialógicas dos atores sociais para a plena efetivação de atos produtivos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De fato são apenas considerações, pois concluir não é tarefa nossa! Afinal o plano (estudo) está fundamentado apenas no “deve ser”. O que de fato “poderia ser” está sujeito ao olhar das diferentes concepções que o analisam. Isso não diferentemente deve ter ocorrido no contexto de apreciação do nosso estudo.

Neste estudo buscou-se compreender o processo de planejamento e a conformação da RAPS da Região de Cascavel, tomando como ponto de partida a perspectiva histórica da reorientação da assistência em saúde mental no Ceará impulsionada pela regionalização, sendo apontadas as particularidades específicas da região dos quatro momentos caracterizados, observou-se uma reorientação vinda das cidades interioranas para a capital. Os avanços se deram mediante as dificuldades ainda hoje encontradas. Mas no decorrer estratégicos das formas de se efetivar o plano de reorientação da assistência em saúde e particularmente a saúde mental, emergiu-se a necessidade do reconhecimento de ir além das simples fronteiras político-administrativas municipais e regionais para que haja a construção, conformação e da integração das ações e serviços que configuram RAPS, tendo isso sido possibilitado por uma político-institucional dos âmbitos federais e estadual.

Destaca-se então que o processo de planejamento da Rede de Atenção Psicossocial da Região de Cascavel tem ocorrido num movimento contraditório, subjugado as tensões, os conflitos do pensar/saber/fazer/concretizar dos diferentes atores sociais implicados, uns mais e outros menos, de tal forma que se evidenciou que as questões iniciais dos momentos explicativo e normativo do planejamento são pensados nas intencionalidades de gestores ou gerentes em espaços instituídos (CIB, CRES ou CRES) sendo suas decisões fortemente pautadas na direcionalidade aprioristicamente pelas necessidades de seguir as normatizações em vistas de receber e alocar os recursos federais. Mas essa avança pela possibilidade dos entendimentos e as efetivações de atos produtivos de saúde, muito embora se reconheça o usuário como o ser que sofre ação planejada por outros atores, mas dos atos emergem nós, circunstâncias que incitam avaliação e readequação dos compromissos pactuados.

Percebe-se a instrumentalidade técnica como um bem necessário do agir no que tange a elaboração de plano regional, elemento esse que também compõem o planejamento numa perspectiva comunicativa. Mas que não se pode ser pensado conjuntamente apenas no sentido do momento do desenho do “deve ser”. Pois na operacionalização emerge o desafio de romper com a lógica da “técnica da cenoura e da vara”, fazendo-se com que se tenha que avaliar as reais necessidades dos municípios, da região, reconhecendo que até mesmo a

direcionalidade federal que traz o planejamento na lógica ascendente deveria ser uma realidade para poder pensar regionalmente.

Compreende que o planejamento da Rede de Atenção Psicossocial em seu “deve ser” permite o acompanhamento do que foi de fato realizado, de onde conseguiu-se chegar. Não devendo assim negar a instrumentalidade, mas também não deve negar a perspectiva comunicativa que deve considerar o PES, para então se ter um planejamento comunicativo que nas interações dos atores que tecem a rede possa fazer a apreciação da realidade observada, sendo esse de fato um desafio a ser superado, limitações do planejamento comunicativo? Não, ele também é uma “técnica”, mas que a exequibilidade esta também na ação dos atores que compartilham diferentes poderes, que a “técnica” reconhece e coloca-se como disposição para encontros, desencontros, pactuações e repactuações desses atores.

Nota-se então que os diálogos a partir das redes de conversações existem, mas as dificuldades se devem ao fato de que as redes de conversas ainda não conseguem aglutinar os diferentes discursos e entendimentos dos atores (gestores, trabalhadores de saúde e usuários), dificultando o estabelecimento e a manutenção de compromissos pactuados. É preciso sempre ajustes, novos consensos. Mas destacamos que todas essas limites possam ser superados ou ao menos amenizados pelo constante processo “aprender a pensar” e “aprender saber” e aprender fazer “ e “aprender a conviver” dentro de um território que confluem diferentes necessidades, mas que em si somadas as partes tem-se a construção de um “todo” de possibilidades para que se chegue mais perto dos princípios de consolidação do SUS.

Tantos limites, tantos desafios aqui apresentados, mas não podemos deixar de evidenciar que os avanços dão se mediante ao esforço dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do acesso, resistindo para que relação oferta/ demanda não seja de um todo regulada e adequada pela lógica do modelo econômico neoliberal que privilegia os custos-benefícios em detrimento das reais necessidades de saúde da população.

O processo de investigação toma o sentido da aproximação interpretativa da realidade e cotidiano do planejamento em saúde. De tal forma, ocorre uma linearidade pragmática do olho analítico, reconhecendo que de fatos os resultados são possíveis pelo diálogo das convergências, divergências e diferenças aqui apresentadas, o que como observador percebe-se os esforços dos sujeitos vivos e ativos perante o processo de saúde-doença-cuidado.

A consideração referida acima se justifica pela necessidade de conceber as subjetividades envolvidas no processo de investigação, ou seja, na medida em que se faz a pesquisa, também está ocorrendo a transformação das práticas em análise e, nesse sentido,

promove-se a produção do conhecimento em lócus pela intersubjetividade advinda de cada participante que permite suas práticas em diferenciados momentos. O resultado apresenta-se de modo propositivo, mas sem a dimensão estática e definitiva sobre a verdade absoluta, pelo contrário, os achados deste estudo demonstram um percorrer processual positivo.

Mas a organização do acesso a RAS na Região de Cascavel, sobretudo na RAPS deve continuar sendo pauta constante do planejamento e desafio de gestão, uma vez que os equipamentos sociais existentes, sobretudo os serviços substitutivos, dentro desses os CAPS, não permitem que os usuários sejam atendidos num eventual as suas necessidades. Referimo-nos, especificamente, a necessidade da existência de pelo menos um CAPS do tipo III, e a efetivas implantações dos CAPS existentes, principalmente o CAPS ad III, para que o atendimento dos usuários possa ocorrer em qualquer hora e dia da semana, evitando, assim, internações desnecessárias em hospitais psiquiátricos, direcionando como outrora a vinda para metrópole, bem como possibilitando a consolidação do acesso na perspectiva de serviços substitutivos do modelo de atenção psicossocial.

Dentre as dificuldades os atos produtivos de saúde foram destacados; a carência e a constante rotatividade dos profissionais por motivos de redução de carga horária de algumas categorias, por questões de salariais e de vínculo empregatícios; a ineficiência da capacidade financeira dos serviços, não permitindo uma manutenção adequada dos materiais necessários para realização das atividades e ou oficinas, bem como não permitindo a ampliação e adequação da estrutura física; a dificuldades dos trabalhadores desempenharem da ESF efetuarem práticas de cuidados de saúde mental.

Em vários pontos de análise foi evidenciada também a dificuldade de atendimento dos usuários na Unidade de Saúde da Família o que remete a conformação de uma demanda reprimida aos cuidados primários de saúde. Esta tensão cotidiana transforma o processo de atuação dos trabalhadores de saúde junto ao território incompleto, pois o número de tarefas e procedimentos do dia a dia subtrai o tempo para atuação em outros níveis. Sendo assim, questiona-se a precípua diretriz da ESF que deve inserir na sua prática cotidiana as duas outras dimensões da integralidade em saúde, que são a integração entre os níveis de complexidade e a aproximação das necessidades de saúde no modo de andar a vida de cada sujeito (AYRES, 2001; MATTOS, 2004).

O dispositivo matricial apresenta-se tímido, mas como uma possibilidade inovadora na reformulação dos fluxos de atendimentos das demandas para problemas psíquicos na rede básica. Porém, o processo ainda é incipiente e a transversalidade de tal prática está operada de modo, muitas vezes, precário pela falta de profissionais, estruturas e logísticas. No entanto, as

iniciativas realizadas demonstram que a partir desta interação clínico-terapêutica entre as equipes da ESF e do Apoio Matricial já é possível vislumbrar alguns resultados interessantes para a integralidade.

Assim, convergem tais fragilidades no fluxo de atendimento ao usuário do SUS e demonstra que os processos de integração entre os níveis de complexidade da própria rede precisam fortalecer em sentidos dialógicos, ou seja, o componente estratégico CAPS e a atenção primária inserem-se na mesma realidade e, portanto, as ações podem ser compartilhadas entre si, evitando a fragmentação do ato clínico-terapêutico. Na atenção psicossocial, a multi e a interdisciplinaridade torna-se essencial para reprodução social do cidadão-usuário, ou seja, o paradigma psiquiátrico de tentar olhar o sujeito e não a doença. Na troca de saberes é possível a construção coletiva e múltipla de diversos caminhos para resolutividade do cuidado.

Ter-se-ia muito o que discutir, mediante tantas intencionalidades, sentidos e significados que podem vivificar os fragmentos de discursos apresentados ou só descrito ou citados, mas a finalidade é sim a aproximação do compreender o processo de planejamento da RAPS numa abordagem comunicativa dos seus atores que em representação social dão vida aos pontos de atenção da rede.

Então, por fim, coloca-se que a Rede de Atenção Psicossocial em seus diferenciados pontos estrategicamente localizados não pode ficar parada, sobretudo os seus sujeitos que são os atores que permitem o seu movimento, ela deve permanentemente ser tecida pelos atos produtivos de saúde, sendo necessário que o tecido social não durmam frentes aos processos de planejamento, mas sim interajam e promovam os momentos normativos destinados a tal com maior participação de todos sujeitos, mas também o operacional dos fluxos realmente necessários de referência e contrareferência dos serviços, permitindo os permanentes embalos que exige a dinâmica da demanda dos movimentos necessários ao constante balanço que plenifica e vivifica a rede em sua real existência. Reconhecendo que o caminho se faz caminhando devagar, mas caminhando em frente, tendo a certeza de que a os ideários da Reforma Psiquiátrica devem permanecer vivos e hoje passados 25 anos de existência do SUS, se é bem mais forte, devendo se levar a certeza de que muito pouco ainda se sabe ou se aplica para que de fato possa se garantir uma reinserção social por meio de um planejamento social comunicativo que de tato permita o acesso pautado verdadeiramente pela universalidade, igualdade, equidade e integralidade.

6.REFERÊNCIAS

ASSIS, Emerson et al . Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. **Saude soc.**, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902009000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 de Julho de 2012.

ASSIS, M. M. A. et al. Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. **Sitientibus**: Revista da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, n. 18, p. 64, jan/ jul, 1998.

BADUY, R. S.; FEUERWERKER, L. C. M.; ZUCOLI, M.; BORIAN, J.T. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**. v.27, n.2, 2011. p. 295-304.

Barata LRB, Tanaka OY, Mendes JDV. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol Serv Saude**. 2004;13(1):15-24.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS)**. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. 2ª. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pactos pela Vida e de Gestão**: regulamento. Série Pactos pela Saúde, vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde. 2006a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: 2006b.

BRASIL. **Abordagens especiais na saúde pública**. Vol. 1. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Fundação Oswaldo Cruz, 2006c.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal. 1988.

BRASIL. **Decreto-lei n. 7.508/GM** de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Suplemento. 2011.

BRASIL. **Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96** sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso - Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde.

Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil**: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006. Brasília (DF): MS; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão**: garantindo saúde para todos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ministério da Saúde (Série Pactos pela Saúde) V.1 Brasília, Ministério da Saúde 2006 c.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006 d.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, V 4. Brasília, 2006 f. Série Pactos pela Saúde.

BRASIL. Regionalização Solidária e Cooperativa ,V.3 Brasília, 2006 e. Série Pactos pela Saúde

BRASIL Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS). Uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2009 e. 318 p. Série B. Textos Básicos de Saúde

CAÇAPAVA, J. R. *et al.* Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. vol. 43, n. especial 2, p. 1256-1260, 2009.

CÂMARA, G. et al. **Análise espacial de áreas**. São José dos Campos: INPE, 2002.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques. O financiamento público federal do SUS 1988-2001. 2002. **Tese (Doutorado em Saúde Pública)** Faculdade de Saúde Pública- USP, São Paulo, 2002.

CEAP. Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Pacto pela saúde**: possibilidade ou realidade? / CEAP. - 2ª edição. Passo Fundo: IFIBE, 2009. 48 p.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, Set. 1997. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en&nrm=iso>. acessos em 14 jul. 2012..

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004.

CELLARD, A. A análise documental. In: NASSER, A. C. (Org.). **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis (RJ): Vozes, 2008. p. 295-316.

CHEBLI, I. C. F.; PAIVA, M. G.; STEPHAN-SOUZA, A. I. A regionalização: desdobramento da descentralização? **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 13, suplemento 1, p. 84-94, 2010.

CIAMPIONE, M.H.T.; MELLEIRO, M.M. O planejamento e o processo decisório como instrumento do processo de trabalho gerencial. IN: KURCGANT, P. (Org). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CIUFFO, R.S.; RIBEIRO, V.M.B. Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface-Comunic, Saúde, Edu., Botucatu-SP**, v.12,n.14, p. 11-20, 2008.

CIRF. A regionalização da Saúde no Ceará. In: <http://www.cirf.fortaleza.ce.gov.br/index.php/pdr-2011/historico>. Acesso em: julho de 2013.

CLAPIS MJ, NOGUEIRA MS, MELLO DF, CORRÊA AK, SOUZA MCBM, MENDES MMR. O ensino de graduação na escola de enfermagem de ribeirão preto da universidade de São Paulo ao longo dos seus 50 anos (1953-2003). **Rev Latino-am Enfermagem** 2004 janeiro-fevereiro; 12(1):7-13

DAIN, S. **Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil**: uma tentativa de integração. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 1851-64, nov. 2007.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. M. Regionalização e dinâmica política de federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p.204-211, 2011.

ELSON, S. Regionalization of health care from a political and structural perspective. **Healthcare Management Forum**, v. 22, n. 1, p. 6-11, 2009. Disponível em: < <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-70349774761&partnerID=40&md5=574fa47406b6879ec908143a4550b51e> >. Acesso em 14 de Julho de 2012.

FEUERWERKER, L.M. **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

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

FORTUNA, R.F. P. A média complexidade no quadro da Política Nacional de Saúde Bucal: uma abordagem do seu processo de desenvolvimento em uma perspectiva regional (**Tese de Doutorado**). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. – 2011. 207f.

FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro e Mattos (Orgs.). **Gestão em Redes**. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.427-38, 2007.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (org) **Política de Saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-198.

GIOVANELLA, Lígia. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Jan./Mar. 1991, vol.7, no.1, p.26-44. ISSN 0102-311X.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando a dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 37-56.

HULLEY; S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3.ed. São Paulo: Artmed, 2008. 384p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações sobre as cidades: Ceará**. Brasília, 2012.

JACCOUD, M.; MAYER, R. A observação direta e pesquisa qualitativa. Em: POUPART, J. e colaboradores. **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008, p.254-294.

JESUS, W.L.A de. **Re-significação do planejamento no campo da saúde coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, 2006. Feira de Santana, Bahia, 2006.235p.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, Jan. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100022&lng=en&nrm=iso>. acessos em 14 jul. 2012.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

KUSCHNIR, Rosana Chigres; CHORNY, Adolfo Horácio; LIRA, Aniliska Medeiros Lima. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 91-102.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LAVRAS, C.C.LAVRAS.Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS.IN:IBANEZ,N.;ELIAS, P.E.M.;SEIXAS, P.H.D.A. **Política e Gestão Pública**. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011.

LEVI M. L.; SCATENA J. H. G. Evolução recente sobre o financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. (org). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Ed. Contra Capa, 2011.p. 81- 113.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (org.) **Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Contracapa. p. 39-66. 2011.

LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES, Eugênio Vilaça. A descentralização do sistema de saúde no Brasil: Novos Rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: **A Organização da Saúde no Nível Local**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, Emerson Elias. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, Edmundo; MERHY, Emerson Elias; e MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Razão e Planejamento: reflexões sobre Política, Estratégias e Liberdade**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

MERHY, E. E. Ato de Cuidar: alma dos serviços de saúde. In: MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 115-133.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 15-35.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

ONOCKO CAMPOS, R. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.3, p.723-731. 2000. ISSN 0102-311X.

ONOCKO CAMPOS, R. **O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

PIERANTONI, Célia Regina; VIANNA, Cid Manso M. (orgs.) **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003. 389p.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 21-36.

PIRES, M. R. M.; GÖTEMS, L. B. D. **Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico**. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 62, n. 2, p. 294-299, 2009.

POLIT, D.F; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidência para a prática da enfermagem**. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

POUPART, J. A Entrevista de Tipo Qualitativo: Considerações Epistemológicas, Teóricas e Metodológicas. Em: POUPART, J. e colaboradores. **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008, p.215-253.

RIBEIRO, P. T. Decentralization of governmental action in Brazil in the 90s: Challenges of the political-institutional environment. A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: Desafios do ambiente político-institucional, **Ciênc. saúde coletiva**. v. 14, n. 3, p. 819-828, 2009.

RIVERA, F. J.U. (Org). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. 2ed. São Paulo: Cortez – Abrasco, 1992.

RIVERA, F. J. U. **Agir comunicativo e planejamento social** – uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

RIVERA, F. J.U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.355-365. 1999. ISSN 1413-8123.

RIVERA, F. J.U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15,n.5,p.2279-2280, 2010.

ROCHA, J.S.Y. **A Gestão da Saúde no Brasil**. Relatório Técnico Nº 09 – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina Ribeirão Preto-USP, fev. 2005.

RODRIGUES, M. Introdução ao geoprocessamento. Simpósio Brasileiro de Geoprocessamento. **Atas.**, Escola Politécnica. USP. São Paulo, pp. 1-26. 1990.

SANTOS, A.M. & ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no PSF de Alagoinhas-BA. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.11, n.1, p.53-61. 2006.

SILVA, J.M. **Planejamento em saúde no programa saúde da família em Jequié – BA: a dialética entre a teoria e a prática**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Feira de Santana, 2006. p.225.

SILVA, J. M. ; NASCIMENTO, M. A. A. . Planejamento em Saúde: a dialética entre teoria e prática. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2011. 238p

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, jun. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000600014&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 14 jul. 2012.

STARFIELD, B. O que é atenção primária? In: STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press, 1992. 262p. Tradução: Ananyr Porto.

STEPHAN-SOUZA, A. et al. Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, suplemento 1, p. S35-S45, 2010.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e Saúde da Família**. Salvador: EDUFBA, 2006. 237p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa social em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

TURATO, E .R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis RJ.: Editora Vozes, 2003.

VIANA, A. L et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2317-2326, 2010.

VIANA, A. L. d’A.; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: VIANA, A. L. d’A.;

LIMA, L. D. (Orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 11-24.

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro de Entrevista – Grupo I – Gestores ou gerentes no nível regional e local

Questões condutoras:

Como são implementadas as políticas públicas de saúde (estaduais, regionais ou municipais) na região para garantir o direito à saúde dos usuários do SUS em seu planejamento?

Como se dá o processo de planejamento em saúde e a participação social no nível regional e municipal para a construção da rede de atenção psicossocial?

Quais são as principais demandas de processo de planejamento com vista à construção da rede de atenção psicossocial na região?

Que instrumentos e estratégias do planejamento em saúde compõem o processo de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) considerando as dimensões político-institucional e tecnoassistencial ?

Quais as principais facilidades/dificuldades no processo de planejamento para constituir a rede de atenção psicossocial nas dimensões macro e micropolítica e tecnoassistencial?

De que maneira ocorre a pactuação intermunicipal na região em relação aos mecanismos de contratualização, responsabilidades intergestores e programação integrada?

Quais as perspectiva dialógica – conflitos, negociação, consensos, relações - no processo de planejamento com vista à construção de redes regionais de atenção à saúde?

Para gestores ou gerentes: De modo específico, como se dá a inserção do enfermeiro no processo de planejamento em saúde para construção, conformação e consolidação da rede de atenção psicossocial?

Apêndice B - Roteiro de Entrevista – Grupo II – Trabalhadores de Saúde

Questões condutoras:

Como são implementadas as políticas públicas de saúde (estaduais, regionais ou municipais) na região para garantir o direito à saúde dos usuários do SUS em seu planejamento?

Como se dá o processo de planejamento em saúde e a participação social no nível regional e municipal para a construção da rede de atenção psicossocial?

Quais são as principais demandas de processo de planejamento com vista à construção da rede de atenção psicossocial na região?

Que instrumentos e estratégias do planejamento em saúde compõem o processo de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) considerando as dimensões político-institucional e tecnoassistencial ?

Quais as principais facilidades/dificuldades no processo de planejamento para constituir a rede de atenção psicossocial nas dimensões macro e micropolítica e tecnoassistencial?

De que maneira ocorre a pactuação intermunicipal na região em relação aos mecanismos de contratualização, responsabilidades intergestores e programação integrada?

Quais as perspectiva dialógica – conflitos, negociação, consensos, relações - no processo de planejamento com vista à construção de redes regionais, especificamente a rede de atenção psicossocial e como se dá as relações CAPS e ESF.

Apêndice C - Roteiro de Entrevista – Grupo III – Usuários do CAPS

Questões condutoras:

Quais os serviços de saúde estão disponíveis para acompanhar a sua saúde mental nesta cidade? Caso não tenha, onde você procura, outros municípios? Quais?

Quando você procura atendimento nos serviços de saúde?

Como você consegue atendimento nos serviços de saúde? Há lista de espera?

Quando você precisa de um especialista, o agendamento ocorre na mesma unidade em que foi atendido, ou precisa marcar em alguma central de marcação?

Como se dá o acolhimento nos serviços de saúde que você utiliza? Como você foi recebido?
(Me fale mais sobre isso...)

Como é planejado o seu tratamento? Você e sua família participam da construção dele?

Como é seu relacionamento com os trabalhadores de saúde? Fale um pouco sobre isso.

De que maneira os serviços de saúde têm contribuído/dificultado o seu estado de saúde física e mental?

Apêndice D - Roteiro de Observação Sistemática

Tópicos para observação sistemática

GESTÃO E PLANEJAMENTO

- 1-Estratégias para composição dos territórios sanitários;
- 2-Políticas institucionais para integração da rede;
- 3-Estratégias de programação e pactuação de serviços especializados;
- 4-Estratégias para fortalecimento da gestão regional (governanças)
- 5- Mecanismos de contratualização
- 6- Instrumentos de acompanhamento e avaliação
- 7-Programação pactuada e integrada da Assistência à saúde (PPI).

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA REDE

- 1-Ofertas de serviços na rede
- 2-Implantação dos serviços;
- 3-Mecanismos de coordenação dos fluxos e contrafluxos dos usuários na rede
- 4-Articulação e canais de comunicação entre os trabalhadores que compõem a rede de atenção psicossocial (CAPS, ESF).
- 5-Política de valorização e formação continuada dos trabalhadores

Apêndice F - Termo de Consentimento Livre e esclarecido Grupo I

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Pesquisa: PLANEJAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DESAFIOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS E PERSPECTIVAS TECNOASSISTENCIAIS EM SAÚDE.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos gestores nível estadual-regional

Este estudo intitulado, PLANEJAMENTO DAS REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DESAFIOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS E PERSPECTIVAS TECNOASSISTENCIAIS EM SAÚDE trata-se da Dissertação do Curso de Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem da UECE de Rândson Soares de Souza, sob a orientação da Profª. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, fazendo parte do projeto integrado: ORGANIZAÇÃO DA REDE REGIONAL DE SAÚDE E SUA INTERFACE COM A SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO CEARÁ: DIMENSÃO POLÍTICA, ECONÔMICA, SOCIAL, ORGANIZACIONAL, TECNOLÓGICA E SIMBÓLICA. Tem por objetivo: Analisar o processo de planejamento e participação social nas redes assistenciais regionalizadas estaduais considerando as dimensões político-institucional e technoassistenciais da atenção à saúde. Convidamos você a participar do estudo, assegurando-lhe o anonimato, o sigilo das informações fornecidas, o respeito à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento do participante. Sua participação não é obrigatória e sua recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. A coleta de dados consiste de uma entrevista semi-estruturada, que se você concordar será áudio-gravado, realizada pelo pesquisador. As informações obtidas na pesquisa serão tratadas de forma confidencial, sendo utilizadas somente para a produção de trabalhos acadêmicos e para a publicação em periódicos científicos na área da saúde. O que trará como benefícios a análise acerca de como vem dando o Planejamento em Saúde a fim de consolidar o acesso nos Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza-CE. Após a transcrição e digitação das fitas, estas serão destruídas. No momento em que desejar entender melhor a pesquisa ou quando desejar desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato os propositores da pesquisa: Rândson Soares de Souza (85 87126932) e Profª. Dra. Maria Salete Bessa Jorge no Departamento de Saúde Pública da UECE, localizado no campus do Itaperi, Fortaleza, telefone; (85) 3101-9826. Caso concorde em participar do estudo, assine este documento, que também será assinado pelo pesquisador, o qual você ficara com uma cópia.

Fortaleza/CE, ____/____/2012.

Participante

Pesquisador

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa PLANEJAMENTO DAS REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DESAFIOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS E PERSPECTIVAS TECNOASSISTENCIAIS EM SAÚDE, aceito, de forma livre e esclarecida, participar da mesma.

Fortaleza/CE, ____/____/2012.

Participante

Pesquisador

Apêndice G - Termo de Consentimento Livre e esclarecido -Grupo II

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Pesquisa: PLANEJAMENTO DA REDE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DESAFIOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS E PERSPECTIVAS TECNOASSISTENCIAIS EM SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Trabalhadores de Saúde

Este estudo intitulado, PLANEJAMENTO DAS REDES ASSISTENCIAIS REGIONAIS: DESAFIOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS E PERSPECTIVAS TECNOASSISTENCIAIS EM SAÚDE. Trata-se da Dissertação do Curso de Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem da UECEde, Rândson Soares de Souza, sob a orientação da Prof^ª. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, fazendo parte do projeto integado: ORGANIZAÇÃO DA REDE REGIONAL DE SAÚDE E SUA INTERFACE COM A SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO CEARÁ: DIMENSÃO POLÍTICA, ECONÔMICA, SOCIAL, ORGANIZACIONAL, TECNOLÓGICA E SIMBÓLICA. Tem por objetivo: Analisar o processo de planejamento e participação social nas redes assistenciais regionalizadas estaduais considerando as dimensões político-institucional e tecnoassistenciais da atenção à saúde. Convidamos você a participar do estudo, assegurando-lhe o anonimato, o sigilo das informações fornecidas, o respeito à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento do participante. Sua participação não é obrigatória e sua recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. A coleta de dados consiste de uma entrevista semi-estruturada, que se você concordar será áudio-gravado, realizada pelo pesquisador. As informações obtidas na pesquisa serão tratadas de forma confidencial, sendo utilizadas somente para a produção de trabalhos acadêmicos e para a publicação em periódicos científicos na área da saúde. O que trará como benefícios a análise acerca de como vem dando o Planejamento em Saúde a fim de consolidar o acesso nos Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza-CE. Após a transcrição e digitação das fitas, estas serão destruídas. No momento em que desejar entender melhor a pesquisa ou quando desejar desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato os propositores da pesquisa: Rândson Soares de Souza (85 87126932) e Prof^ª. Dra. Maria Salete Bessa Jorge no Departamento de Saúde Pública da UECE, localizado no campus do Itaperi, Fortaleza, telefone; (85) 3101-9826. Caso concorde em participar do estudo, assine este documento, que também será assinado pelo pesquisador, o qual você ficara com uma cópia.

Fortaleza/CE, ____/____/2012.

Participante

Pesquisador

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa PLANEJAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DESAFIOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS E PERSPECTIVAS TECNOASSISTENCIAIS EM SAÚDE, aceito, de forma livre e esclarecida, participar da mesma.

Fortaleza/CE, ____/____/2012.

Participante

Pesquisador

Apêndice H - Termo de Consentimento Livre e esclarecido – Grupo III

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Pesquisa: PLANEJAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DESAFIOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS E PERSPECTIVAS TECNOASSISTENCIAIS EM SAÚDE.

Termo de Consentimento Livre e esclarecido aos usuários

Este estudo intitulado, PLANEJAMENTO DA REDE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DESAFIOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS E PERSPECTIVAS TECNOASSISTENCIAIS EM SAÚDE trata-se da Dissertação do Curso de Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem da UECE, Rândson Soares de Souza, sob a orientação da Profª. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, fazendo parte do projeto integrado: ORGANIZAÇÃO DA REDE REGIONAL DE SAÚDE E SUA INTERFACE COM A SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO CEARÁ: DIMENSÃO POLÍTICA, ECONÔMICA, SOCIAL, ORGANIZACIONAL, TECNOLÓGICA E SIMBÓLICA. Tem por objetivo: Analisar o processo de planejamento e participação social nas redes assistenciais regionalizadas estaduais, considerando as dimensões político-institucional e tecnoassistenciais da atenção à saúde e enfermagem. Convidamos você a participar do estudo, assegurando-lhe o anonimato, o sigilo das informações fornecidas, o respeito à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento do participante. Sua participação não é obrigatória e sua recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. A coleta de dados consiste de uma entrevista semi-estruturada, que se você concordar será áudio-gravado, realizada pelo pesquisador. As informações obtidas na pesquisa serão tratadas de forma confidencial, sendo utilizadas somente para a produção de trabalhos acadêmicos e para a publicação em periódicos científicos na área da saúde. O que trará como benefícios a análise acerca de como vem dando o Planejamento em Saúde a fim de consolidar o acesso nos Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza-CE. Após a transcrição e digitação das fitas, estas serão destruídas. No momento em que desejar entender melhor a pesquisa ou quando desejar desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato os propositores da pesquisa: Rândson Soares de Souza (85 87126932) e Profª. Dra. Maria Salete Bessa Jorge no Departamento de Saúde Pública da UECE, localizado no campus do Itaperi, Fortaleza, telefone; (85) 3101-9826. Caso concorde em participar do estudo, assine este documento, que também será assinado pelo pesquisador, o qual você ficara com uma cópia.

Fortaleza/CE, ____/____/2012.

Participante

Pesquisador

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa PLANEJAMENTO DA REDE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DESAFIOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS E PERSPECTIVAS TECNOASSISTENCIAIS EM SAÚDE, aceito, de forma livre e esclarecida, participar da mesma.

Fortaleza/CE, ____/____/2012.

Participante

Pesquisador

ANEXO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ORGANIZAÇÃO DA REDE REGIONAL DE SAÚDE E SUA INTERFACE COM A SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO CEARÁ; DIMENSÃO POLÍTICA, ECONÔMICA, SOCIAL, ORGANIZACIONAL, TECNOLÓGICA E SIMBÓLICA.

Pesquisador: Maria Salete Bessa Jorge

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 05857212.6.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 229.745

Data da Relatoria: 26/03/2013

Apresentação do Projeto:

Na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) se faz necessário respaldar seus princípios e diretrizes em todos os níveis de execução, controle e avaliação. A universalidade, integralidade e equidade têm na descentralização, hierarquização e participação social a delimitação estratégica para desenvolver a implantação, articulação e operacionalização resolutive das redes assistenciais que se compõem pelos serviços e dispositivos. O objeto de estudo delimita-se pelo processo de consolidação das redes de atenção à saúde no SUS e sua interface com a saúde mental com ênfase na conformação sócio-histórica, atributos político-institucionais, conjuntura econômica e organizacional, arranjos técnico-assistenciais bem como as representações simbólicas. As redes de atenção à saúde são arranjos institucionais compostos por serviços e unidades assistenciais do SUS articuladas entre si por níveis de complexidade e, possivelmente, também pela intersectorialidade. As conexões existentes nestes pontos assistenciais devem favorecer a promoção e o restabelecimento do processo saúde-doença conforme o modelo de atenção previsto nas políticas de saúde do País. Em relação à atenção à saúde mental, a incorporação das ações dimensionadas no campo psicossocial deve se efetivar de modo integralizado nas redes assistenciais. O projeto terapêutico integral e singular das pessoas em sofrimento psíquico ou com transtorno mental assim como a própria promoção da saúde mental requisita atitudes e integração em rede de cuidados terapêuticos e sócio-afetivos. A análise multidimensional direciona seu olhar

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

UF: CE

Telefone: (85)3101-9603

Município: FORTALEZA

CEP: 00.000-000

E-mail: diana@uece.br