

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E
DAS MISSÕES – URI – CAMPUS DE SANTO ÂNGELO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – DCSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO ESTRATÉGICA DE
ORGANIZAÇÕES – PPGGEO – MESTRADO PROFISSIONAL**

ROSANGELA DE ARRUDA SARAGOZO

**GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA: PERFIL DO GESTOR DA 12ª COORDENADORIA
DE SAÚDE DO RS E SUA CONTRIBUIÇÃO NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL
DA ÁREA DA SAÚDE MENTAL**

SANTO ÂNGELO – RS

2016

ROSANGELA DE ARRUDA SARAGOZO

GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA: PERFIL DO GESTOR DA 12ª COORDENADORIA
DE SAÚDE DO RS E SUA CONTRIBUIÇÃO NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL
DA ÁREA DA SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Estratégica de Organizações – PPGGEO – Mestrado Profissional da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Santo Ângelo, na Linha de Pesquisa “Estratégias Organizacionais”, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão Estratégica de Organizações.

Orientadora: Profa. Dra. Sibila Luft

SANTO ÂNGELO – RS

2016

S243g Saragozo, Rosangela de Arruda
Gestão em saúde pública : perfil do gestor da 12ª Coordenadoria de Saúde do RS e sua contribuição na formação do profissional da área da saúde mental / Rosangela de Arruda Saragozo. – Santo Ângelo : URI, 2016.
74 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado) – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Santo Ângelo. – Programa de Pós-Graduação em Gestão Estratégica de Organizações, 2016.

1. Gestão pública 2. Gestão em saúde 3. Saúde mental 4. Formação profissional I. Título.

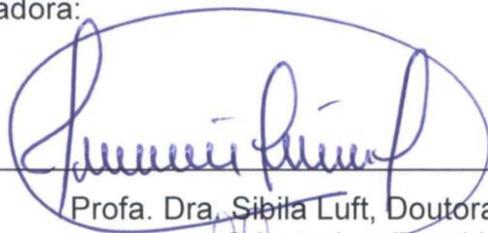
CDU: 614.2

ROSANGELA DE ARRUDA SARAGOZO

GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA: PERFIL DO GESTOR DA 12ª COORDENADORIA DE SAÚDE DO RS E SUA CONTRIBUIÇÃO NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE MENTAL

Dissertação submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Gestão Estratégica de Organizações – PPGGEO – Mestrado Profissional da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – *Campus* de Santo Ângelo – RS, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Mestre em Gestão Estratégica de Organizações, Área de Concentração: Gestão de Organizações e Desenvolvimento, Linha de Pesquisa: I – Estratégias Organizacionais.

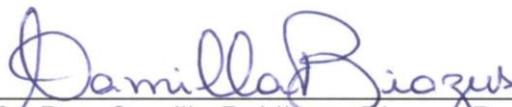
Banca Examinadora:



Prof. Dra. Sibila Luft, Doutora em Educação
Orientadora/Presidente



Prof. Dra. Dorian Mônica Arpini, Doutora em Psicologia Social
Examinadora Externa



Prof. Dra. Camilla Baldicera Biazus, Doutora em Letras
Examinadora Interna



Prof. Dr. Noli Bernardo Hahn, Doutor em Ciências da Religião
Examinador Interno

Santo Ângelo (RS), 02 de setembro de 2016.

Dedico a minha mãe, (*in memoriam*) minha eterna fonte de inspiração. Pelo amor que me mostrou a direção correta e me ensinou a ter fé na vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que todos os dias de minha vida me deu forças para superar todos os obstáculos e nunca desistir de minhas escolhas.

A minha orientadora, Profa. Dra. Sibila Luft por acreditar em mim, por seu apoio e amizade, dedicação, competência e especial atenção nas revisões e sugestões, por contribuir para meu crescimento profissional, fatores fundamentais para a conclusão deste trabalho.

À minha família pelo amor, apoio, confiança e motivação incondicional. Que sempre me impulsiona em direção às vitórias dos meus desafios.

Aos gestores municipais de saúde envolvidos, que disponibilizaram sua atenção e seu tempo.

Administração é como comandar um navio. O capitão planeja um roteiro, mas não sabe se vai encontrar tempestades, ventos fortes e outros perigos. E, por vezes, parece que até a própria tripulação mais atrapalha do que ajuda. Se ele não for corajoso, não utilizar instrumentos de navegação e não segurar firme o leme, seu navio poderá afundar antes de chegar ao ponto planejado. Existe, portanto, uma forma de navegar com segurança, como existe uma forma de administrar uma organização para o sucesso.

MEZOMO, 2001

RESUMO

O cenário da gestão pública desafia gestores e profissionais diariamente colocando-os frente a frente com os obstáculos na assistência em saúde, qualificação e acompanhamento terapêutico aos usuários da área da Saúde Mental. A presente dissertação de Mestrado objetiva investigar o perfil do gestor em saúde e sua contribuição para a formação dos profissionais da Saúde Mental. O texto discute o cotidiano, a necessidade de qualificação do gestor, planejamento, políticas públicas, recursos humanos e investimento financeiro que viabilizam um atendimento e acompanhamento de qualidade. Contextualiza a trajetória da Saúde Mental historicamente, enfatizando a necessidade da formação profissional e construção de novos conhecimentos partindo dos princípios do SUS e da Linha de Cuidado em Saúde Mental. A pesquisa desenvolveu-se de forma qualitativa e quantitativa considerando dados da realidade e suas vivências na área da gestão pública dos 24 gestores em saúde da 12ª Coordenadoria de Saúde do RS. Neste contexto, reconhecemos a importância de se realizar mudanças institucionais, o enfrentamento dos conflitos e dificuldades existentes. Ser gestor em saúde exige um despreendimento de crenças, pré-conceitos, abertura ao novo e desconhecido e enfrentamento das reais necessidades dos profissionais e usuários inseridos no sistema. Instiga a reflexão e auto avaliação do fazer diários de gestores desacomodando valores, significados e conceitos pré-estabelecidos.

Palavras-chave: Gestão pública. Formação profissional. Saúde mental.

ABSTRACT

The setting of public management challenges managers and professionals every day putting them face to face with the obstacles in health care, training and therapeutic monitoring to users of the field of mental health. This dissertation aims to investigate the Master manager profile in health and its contribution to the training of professionals of mental health. The text discusses the everyday, the need for training manager, planning, public policy, human resources and financial investment that enable a call and quality monitoring. Contextualizes the trajectory of Mental Health historically, emphasizing the need for vocational training and construction of new knowledge based on principles of the NHS and Care Line Mental Health. The research was developed in a qualitative and quantitative way considering data of reality and their experiences in the field of public administration of the 24 managers in health in the 12th Coordination of RS Health. In this context, we recognize the importance of carrying out institutional changes confronting the conflicts and difficulties. Being health manager requires a detachment of beliefs, preconceptions, openness to new and unknown and face the real needs of professionals and users entered into the system. Instigates reflection and self evaluation to daily managers desacomodando values, meanings and pre-established concepts.

Keywords: Public management. Vocational training. Mental health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Coordenadoria de Saúde em Regiões no RS	44
Figura 02: Municípios da Região Macro Missioneira	45
Figura 03: Municípios da 12ª Coordenadoria de Saúde	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Formação Escolar dos Gestores55
Tabela 2: Formação Técnica dos Gestores55
Tabela 3: Formação Acadêmica dos Gestores55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Gênero dos Gestores	52
Gráfico 2: Idade dos Gestores	53
Gráfico 3: Trajetória Profissional dos Gestores	54
Gráfico 4: Formação Profissional dos Gestores	56
Gráfico 5: Ouvidoria em Saúde no Município	58
Gráfico 6: Satisfação do usuário da Saúde Mental	59
Gráfico 7: Investimento Financeiro em Saúde Mental	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Orçamento anual utilizado por cada município	60
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 TEMA	13
1.2 DELIMITAÇÃO DO TEMA.....	14
1.3 PROBLEMA DE PESQUISA	14
1.4 OBJETIVOS	15
1.4.1 Objetivo Geral	15
1.4.2 Objetivos Específicos	16
1.5 JUSTIFICATIVA	16
1.6 LIMITAÇÃO DA PESQUISA.....	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	26
2.2 GESTÃO ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS.....	28
2.3 SAÚDE MENTAL E FORMAÇÃO PROFISSIONAL	29
2.4 EQUIPES DE TRABALHO – RAS (REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE).....	31
2.5 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS - E LEGISLAÇÃO VIGENTE ...	32
2.6 PERFIL DO GESTOR EM SAÚDE.....	34
2.6.1 Gestão de pessoas.....	38
3 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO	44
4 METODOLOGIA	47
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	47
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	47
4.3 COLETA, TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	48
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	50
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS GESTORES PESQUISADOS.....	50
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICE.....	71

1 INTRODUÇÃO

Na presente Dissertação de Mestrado, dividido em seis seções, serão abordados capítulos referentes ao assunto da pesquisa. Apresenta-se como parte integrante da estrutura inicial da presente dissertação: o tema, a delimitação do tema, o problema de pesquisa, o objetivo geral e objetivos específicos, a justificativa e a limitação da pesquisa.

A dissertação terá como sequência a apresentação do referencial teórico que abordará temas referentes à Gestão Pública e Estratégica de Recursos Humanos, Saúde Mental, Formação de Profissionais do SUS – Sistema Único de Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Rede de Atenção Psicossocial e Legislação vigente.

Propõe-se investigar o perfil dos gestores em saúde dos municípios que fazem parte da 12ª Coordenadoria de Saúde e suas contribuições para a formação dos profissionais que trabalham na área da saúde mental tendo como produto final a proposta de material didático audiovisual a fim de capacitar os profissionais da rede básica de saúde e atenção psicossocial.

Posteriormente será exposto na estrutura da dissertação o referencial teórico, caracterização do campo, metodologia, caracterização dos gestores envolvidos, considerações finais e por fim, as referências bibliográficas utilizadas.

1.1 TEMA

A dissertação teve como tema investigar no âmbito da saúde pública o perfil do gestor da 12ª Coordenadoria de Saúde do RS e sua contribuição na formação do profissional da área da saúde mental, no qual apresenta como produto final a proposta de material didático audiovisual para a formação dos gestores e profissionais da rede básica de saúde na área da saúde mental - transtornos mentais e álcool e outras drogas - que fazem parte dos 24 municípios da 12ª Coordenadoria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

A escolha do referido tema deve-se em função da crescente demanda de usuários na busca de um atendimento humanizado e acolhedor para o acompanhamento e tratamento de seu sofrimento. Diante disso sente-se a necessidade de profissionais capacitados, comprometidos e dispostos a realizar

atividades dentro de uma proposta da Linha de Cuidado em Saúde Mental que prevê a continuidade do cuidado em diferentes níveis de assistência de forma integral, conforme a necessidade do sujeito.

1.2 DELIMITAÇÃO DO TEMA

A investigação da dissertação foi realizada durante as reuniões da CIR – Comissão dos Intergestores Regionais que acontecem na última quinta feira de cada mês nas dependências do auditório da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde com a presença do Coordenador Regional de Saúde e sua equipe, como também os secretários municipais de saúde dos 24 municípios que fazem parte.

A apresentação do projeto aos secretários foi realizada no segundo semestre de 2015 em uma das reuniões da CIR e a apresentação com os resultados da pesquisa se dará com a presença dos mesmos após a conclusão da referida pesquisa.

O produto proposto nesta dissertação de mestrado, ou seja, o material audiovisual poderá ampliar e qualificar os profissionais envolvidos, oportunizando o funcionamento da rede de forma articulada, garantindo as pessoas com transtornos mentais e usuários de substâncias psicoativas um acesso aos serviços da rede básica de cada município com qualidade e continuidade, numa proposta de integralidade da atenção nos seus diversos momentos e necessidades.

A dissertação abordará campos conceituais relacionados a trajetória da saúde mental no Brasil, as estratégias e políticas públicas adotadas até o momento, a importância da formação e preparo profissional para acompanhar as pessoas em sofrimento psíquico e o perfil dos gestores em saúde que compõem os municípios da 12ª Coordenadoria de Saúde/RS.

1.3 PROBLEMA DE PESQUISA

A 12ª Coordenadoria Regional de Saúde - RS é composta por 24 municípios sendo eles Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Dezesseis de Novembro, Entre-Ijuís, Eugênio de Castro, Garruchos, Guaraní das Missões, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzales, Salvador das Missões, Santo Antônio das Missões, Santo Ângelo, São Borja, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama e Vitória das Missões.

Os municípios pesquisados abrangem uma população de 289.155 habitantes aproximadamente conforme o Censo 2010.

Todos os municípios citados acima apresentam algum tipo de demanda na área da saúde mental onde mobiliza os diversos setores de assistência à saúde e, conseqüentemente seus profissionais. Atualmente a crescente demanda por atendimento e acompanhamento especializado denota a preocupação na qualidade dos serviços oferecidos pela rede básica de saúde. A área da saúde mental implica em um envolvimento, comprometimento e disposição dos profissionais demandando maior tempo no atendimento e acompanhamento para que se obtenha uma resolutividade das ações. É necessário que o trabalho realizado seja articulado entre os profissionais e os serviços oferecidos, resultando assim, na integralidade dos atendimentos a estas pessoas respeitando seus momentos e suas necessidades.

Esta proposta envolve a adoção de práticas pautadas em paradigmas importantes como o respeito aos direitos e a cidadania priorizando uma rede substitutiva de serviços ambulatoriais, multidisciplinariedade e abordagem psicossocial.

É possível em nível regional contribuir para o desenvolvimento e crescimento do Campo da Saúde Mental, construindo políticas públicas que favoreçam a pessoa com sofrimento psíquico e valorize o fortalecimento de vínculos. Sendo assim, podemos refletir sobre os diversos instrumentos e ações que os gestores podem utilizar-se para o crescimento e planejamento de sua gestão. A presente Dissertação de Mestrado tem como problema a seguinte questão: Qual o perfil dos gestores de saúde dos municípios da 12ª Coordenadoria de Saúde e como eles estão contribuindo com os trabalhos realizados pelos profissionais da rede Básica de Saúde na área de Saúde Mental?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Investigar o perfil dos gestores municipais de saúde da 12ª Coordenadoria e suas contribuições para a formação dos profissionais da área da saúde mental.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Investigar o perfil dos gestores municipais de saúde e sua formação profissional.
- Fundamentar conceitualmente as variáveis de pesquisa: gestão pública, formação profissional, Sistema Único de Saúde e Saúde Mental.
- Identificar as demandas da rede básica de saúde quanto à necessidade de formação profissional para a realização de trabalho
- Propor aos gestores municipais o desenvolvimento de educação continuada aos profissionais da rede de atendimento ao usuário em sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas.

1.5 JUSTIFICATIVA

O interesse em pesquisar o tema, Gestão Pública em Saúde é devido ao fato de atuar profissionalmente desde o ano de 2004 em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS em Santo Ângelo, atuando inicialmente como Psicóloga e no mesmo ano assumindo o cargo de Coordenação da referida instituição. Em 2006 fui responsável pelo projeto de Ampliação de CAPS I para CAPS II aumentando, assim, o número de procedimentos oferecidos à população. Ainda em 2006 fui responsável pelo Projeto de Implantação do CAPS I de Porto Xavier. No ano de 2007, como novo desafio, encaminhou-se através da administração municipal de Santo Ângelo o Projeto de Implantação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS ad – Álcool e outras Drogas e este foi aprovado em agosto de 2008 pelo Ministério da Saúde iniciando suas atividades em janeiro de 2009 tendo como gestora esta autora até o final de 2014.

Sendo este em processo de Ampliação para CAPS AD III à modalidade atendimento 24h. Em junho de 2009 foi possível fazer parte da Equipe de Saúde Mental dos Leitos Psiquiátricos do Hospital Santo Ângelo, fortalecendo a rede de atendimento e proporcionando articulação de possibilidades e perspectivas dos atendimentos e encaminhamentos realizados após alta hospitalar, com o propósito de continuidade do tratamento.

Paralelo a estas atividades foi possível circular pelos municípios que fazem parte da 12ª Coordenadoria de Saúde a fim de proporcionar trocas entre os profissionais envolvidos e a busca por crescimento nas ações que envolviam o

público da saúde mental. Observou-se que a falta de conhecimento e a sede por novas alternativas do cuidado ao usuário eram constantes, pois, assim como os profissionais eram chamados a “cuidar”, também estes precisavam ser “cuidados”, “escutados” por seus gestores.

A partir de 2015 continuei a fazer parte da rede, porém somente como psicóloga na secretaria municipal de saúde de Santo Ângelo acolhendo a demanda dos Postos de Saúde e ESFs (Equipes de Estratégia de Saúde e da Família) e realizando os devidos encaminhamentos até o momento.

Partindo desse pressuposto acredita-se que o trabalho em rede exige das pessoas envolvidas escuta, estímulo, responsabilidade e comprometimento. (PILLON, 2009).

Uma rede de serviços que conversa e que compõem, que troca. TEIXEIRA *apud* PILLON (2009) afirma que “Trabalho em saúde é trabalho conversacional”. Esta rede comprova que as “diferentes lógicas dos sujeitos se cruzam, se entrelaçam e criam perspectivas”. São palavras que comprovam através do resultado destas conexões, ou seja, o produto elaborado: o fluxo do usuário do serviço regional de Saúde Mental. “De onde vem o usuário e para onde vai e em que condições”. Ainda pode-se questionar o “como ele vem e como ele retorna para seu lugar de origem”, pois se torna imprescindível internalizar conceitos que possam interagir a partir de uma proposta de integralidade de sujeito, num processo de transversalidade no cuidado em saúde mental.

Assim, o presente trabalho pretende instigar os gestores a desafiar os profissionais envolvidos no campo da saúde mental a assumirem uma postura crítica de seu fazer diário, proporcionando trocas, reflexões, alternativas e construção de conhecimento a partir de diferentes realidades, porém com problemas comuns. A interlocução através de um material didático em forma de capacitação, atual e criativo possibilita na ampliação das práticas do cotidiano, refletindo em um diferencial com visibilidade regional focando a demanda da região.

Diante do acima exposto o tema “Gestão em saúde pública: Perfil do gestor da 12ª coordenadoria de saúde do RS e sua contribuição na formação do profissional da área da saúde mental” justifica-se por buscar informações de como a Rede de Saúde Mental dos municípios que fazem parte do território acima citado está organizado, identificando perspectivas e possíveis limitações que influenciam

no fazer diário dos profissionais que estão inseridos no serviço público e que fazem parte da Linha de Cuidado em Saúde Mental.

1.6 LIMITAÇÃO DA PESQUISA

Desde a década de 70 reflete-se sobre a necessidade de um atendimento humanizado aos pacientes psiquiátricos em nosso país. A partir desta época inicia-se um movimento social que denuncia a violência nos manicômios e o desrespeito à loucura. A década de 80 é marcada por críticas ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência de pessoas com transtornos mentais. Estas são inspiradas pela experiência italiana de desinstitucionalização e colocando em questão a possibilidade de novos paradigmas e reorientação a novas formas de atendimento. O processo contra o manicômio (título com que foram compiladas as atas do histórico Congresso de Psiquiatria Social realizado em 1964, em Bolonha) chegou prontamente a uma conclusão, uma vez conquistada à cidadania por um movimento inserido nas lutas sociais. A sociedade italiana condenou o manicômio com a Lei 180, de 1978, que decretou sua extinção (DESVIAT, 1999).

No Brasil, em 1989, o Congresso Nacional recebe o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Este é considerado o primeiro passo da luta da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Os anos 90 foram marcados por ideias inspiradoras como a Declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental que possibilitaram entrar em vigor as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, e a fundação dos primeiros CAPS¹, NAPS², Hospitais-dia³ e as primeiras normas para a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Somente em 2001 a Lei Paulo Delgado é sancionada no Brasil. A Lei 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, oferecendo tratamentos e serviços de base comunitária, dispendo de proteção e os direitos das pessoas com transtornos

¹ Centro de Atenção Psicossocial;

² Núcleo de Atenção Psicossocial;

³ Assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas e estabelece que para a realização de procedimentos em regime de Hospital Dia as Unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

mentais, mas não sugere mecanismos claros para a progressiva extensão dos manicômios. Nesta mesma época o processo de desinstitucionalização é impulsionado com o programa “De volta para Casa” e é construída uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica e uma política para a questão do álcool e outras drogas visualizando a redução de danos.

A partir de 2004 até os dias atuais trabalha-se em dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar e por outro lado, a fiscalização e redução progressiva dos leitos psiquiátricos existentes. Esta rede de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE 2005). A rede de Saúde Mental deve ser substitutiva ao hospital psiquiátrico com capacidade de acolher a pessoa em sofrimento mental. Articula-se entre instituições, e em diferentes espaços de escuta, buscando a reabilitação e socialização da pessoa com sofrimento psíquico.

Conforme DESVIAT (1999), a estratégia da Organização Mundial da Saúde, contrapondo-se às tendências dominantes nos serviços públicos propôs um enorme desafio: ampliar a cobertura de atenção, para que nenhuma pessoa fique desprovida do acesso aos serviços de saúde. Trata-se de algo que houver intenção de ir além de uma utópica declaração de princípios, requer mudança do modelo dos serviços prestados.

A perspectiva de ampliação da rede de atenção psicossocial deve priorizar as intervenções visando um atendimento humanizado e de igualdade. Assim, foca-se na promoção em saúde onde a valorização é mais a prevenção do que o tratamento, aos serviços extra-hospitalares do que intra-hospitalares articulando-se com as diferentes instâncias dos recursos da comunidade e das equipes multidisciplinares do território (SOTELO, 1990).

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica iniciou-se um processo de reciclagem onde foi necessário superar barreiras para começar a dar os primeiros resultados.

No Brasil, mais especificamente o Estado do Rio Grande do Sul tem sua história dentro desta trajetória com a 12ª Coordenadoria Regional de Saúde que vem trilhando um trabalho de qualidade com instituições que buscam um atendimento humanizado e alternativo no acolhimento, prevenção e tratamento das pessoas com sofrimento psíquico.

A partir do acima exposto este estudo enfoca a rede de Saúde Mental da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde, investigando o perfil dos gestores e suas contribuições para a formação dos profissionais que atuam na área da saúde mental.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Ao longo da história cultural e social, VASCONCELLOS *apud* DALMOLIN (2006), nos mais diversos agrupamentos humanos, a “loucura” ou as “manifestações insensatas” foram registradas na memória e nos imaginários coletivos por meio da veiculação oral, em registros documentais nos mais diversos campos do conhecimento, nos âmbitos religiosos e das artes, secularmente. Nem por isso deixou de ser assustadora, triste, melancólica diante dos olhos e da alma, pois está relacionada a todos os aspectos da vida social.

FOUCAULT (1997), definiu a loucura como um estado de alteração, com distúrbio no pensamento ou demonstrado por palavras e atos, é um processo mental que pode traduzir comportamentos e ideias, ou seja, a loucura pode derivar de causas físicas, passionais ou internas.

As tentativas de mudança no campo da saúde mental nos últimos anos foram muitas, porém mesmo com orientação e legislação vigente a realidade psiquiátrica ainda é limitada (DALMOLIN, 2006). Os elementos por vezes contraditórios, de conceber e organizar a saúde mental em nível municipal demonstra a complexidade de mudança desse processo social. Se, por um lado, podemos reconhecer que as alterações dos serviços especializados não deram conta de aprofundar e explicitar mudanças mais radicais, por outro os indivíduos, suas famílias e a própria comunidade buscam, em seu cotidiano social, responder as necessidades dos cidadãos com uma saúde mental que necessita de permanentes “retoques”, de afetos diferenciados e de escuta sensível.

Assim, o processo de propor redes de atendimentos alternativas, a partir de políticas públicas fortemente sustentadas, faz com que se reflita a articulação das instituições envolvidas. O sujeito busca alívio para seu sofrimento psíquico, assim como seus familiares, DALMOLIN (2006) enfatiza sobre a necessidade de reflexão e questionamento para instigar possibilidades e propor rupturas em novos itinerários terapêuticos.

O hospital psiquiátrico segundo HARARI; VALENTINI (2001) agrega desvalor à experiência humana. Não ajuda ninguém a se qualificar. Quanto mais tempo alguém passa internado, tanto menos ele passa a valer na convivência com

seu grupo em seu bairro. É um lugar onde se desaprendem as regras básicas de convivência, onde se agrega estigma e preconceito.

A Reforma Psiquiátrica, conforme AMARANTE (1998), é uma estratégia de reformular o sistema de saúde mental, sendo necessário desacorrentar o louco do manicômio, ou seja, desinstitucionalizar e inovar as rotinas das instituições, para que estas possam lidar melhor com a loucura e o sofrimento psíquico, reconhecendo o indivíduo com doença mental como cidadão, com direitos e responsabilidades, inseridos de forma ativa no processo terapêutico.

Ana Pitta (2011) referencia Manuel Desviat em seu livro, intitulado “A Reforma Psiquiátrica”, que dedica um capítulo à reforma psiquiátrica brasileira, que considera um dos mais frutíferos, promissores e vigorosos processos de transformação no campo da saúde mental e da psiquiatria no mundo. Benedetto Saraceno, que frequenta o Brasil desde 1987 e que acompanhou de perto, em muitos estados brasileiros, os movimentos da Reforma Psiquiátrica, como pesquisador do Instituto Mario Negri e como Diretor do Departamento de Saúde Mental e abuso de Drogas da Organização Mundial de Saúde, em diferentes ocasiões pode externar sua opinião da Reforma Psiquiátrica Brasileira ser das “mais profícuas experiências no mundo”.

Estamos falando em desinstitucionalização responsável, isto é, tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e morte social para tornar-se criação de possibilidades concretas de subjetivação e interação social na comunidade (PITTA, p.10,2011).

A autora defende a proposta de que o sucesso da Reforma Psiquiátrica reside na percepção da necessidade da construção de um amplo espectro de cuidados para sustentar a existência de pessoas/usuários/pacientes que, sem isso, estariam condenados a perambular pelas ruas abandonados, ou, a vegetar em manicômios em longas internações.

O uso operacional do conceito de rede social inscreve o indivíduo e sua família em um determinado território social e favorece que os operadores de saúde mental ampliem seu território de intervenção afirma MELMAN (2006). Para isso, a valorização do “pensar sobre o fazer” torna-se prioridade na formação e conhecimento de profissionais envolvidos, como sendo um “capital intelectual” de investimento e qualidade no atendimento (MAYO, 2003).

MELMAN (2006) ainda afirma que com a ampliação do espaço territorial terapêutico, as intervenções na rede social podem mobilizar importantes recursos internos e externos a família; muitas vezes recursos esquecidos, deixados à margem, que podem ser acionados e ser de grande utilidade no tratamento.

A pesquisa pioneira de DURKHEIM *apud* MELMAN (2006) sobre suicídio na década de 50, além das incontestáveis contribuições para a sociologia empírica já apontava a importância das redes sociais, ao evidenciar uma maior probabilidade de suicídio nos indivíduos mais isolados socialmente. (DURKHEIM, 1951).

Existem fortes evidências de que uma rede social estável, forte e solidária protege a pessoa contra doenças, aumenta a sobrevivência e acelera os processos de cura.

Ainda MELMAN (2006) relata que quando se pensa em rede, não devemos esquecer que os vínculos interpessoais que se estabelecem no cotidiano dos serviços de saúde também passam a fazer parte dessa trama. A multiplicidade de pessoas e relações que compõem uma instituição pode gerar um grande mercado de possibilidades para a tessitura de uma rede maior, mais forte, com mais nós, capaz de gerar mais possibilidades, mais suporte afetivo e material, melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas participantes do processo.

É necessário utilizar estratégias e ações orientadas para o fortalecimento do tecido de relações de apoio e sustentação, buscando ampliar e intensificar os mecanismos de produção de solidariedade entre as pessoas. O manejo da rede de apoio é um instrumento fundamental para o tratamento dos pacientes psiquiátricos (LEHTINEN *apud* MELMAN 2006).

A Política Nacional de Saúde Mental propõe que as práticas de saúde mental na atenção básica devam ser substitutivas ao modelo tradicional e não somente com uso de medicamentos ou que sejam produtoras de doenças do sujeito e de suas necessidades. É imprescindível a articulação da rede de cuidados, tendo como objetivo a integralidade do sujeito, constituindo um processo de trabalho voltado para as necessidades singulares e sociais e não somente para as demandas.

A saúde mental, conforme AMARANTE *apud* PATRIOTA (2011) passa a se configurar como um campo ou área de conhecimento e atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde, complexo, plural, intersetorial e marcado pela transversalidade de saberes.

A atenção básica é a porta de entrada preferencial de todo o Sistema de Saúde Brasileiro. Busca-se a resgatar a singularidade de cada usuário, investindo no seu comprometimento e protagonismo com o tratamento, tentando romper com a lógica de que a doença é sua identidade e de que a medicação é a “única” responsável pelas melhoras. Investir em suas potencialidades, auxiliar na formação de laços sociais e apostar na força do território como alternativa para a reabilitação social.

Para que o trabalho desenvolvido possa obter resultados satisfatórios é imprescindível tornar claro e praticar uma filosofia de gestão que seja transparente e que possa adequar-se ao funcionamento que a demanda da população exige (BERGAMINI, 1997). Deve-se pensar também na formação dos profissionais para atender este público e como as estratégias de intervenção podem ser elaboradas e aplicadas.

Para uma transformação positiva, implica-se a qualificação e, eventual ampliação das equipes da rede básica de saúde, como também, das equipes de saúde mental dos hospitais, assim como a necessidade de reformulação de seus projetos técnicos institucionais, para que efetivamente ofereçam cuidados articulados em rede com os demais pontos da atenção.

Todo esse processo exige a formação de profissionais dispostos à reflexão crítica e com competência técnica propondo-se ao envolvimento na prática diária do cuidado, constituindo um caminho de transformação para todos os envolvidos: pacientes, profissionais e as redes sociais em volta deles. Isso permite a construção de uma nova atitude epistemológica e ética frente ao fenômeno da loucura (BEZERRA JR. *apud* PATRIOTA 2011).

As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia a dia, da organização do trabalho em saúde. Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado uma questão simplesmente técnica, pois envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas (JAEGER; CECCIM, 2004).

Conforme FRANCO; FRANCO (2011), acolhimento, vínculo e responsabilização são diretrizes de uma Linha de Cuidado, o que significa que se trata, de (re) organizar processos de trabalho para ofertar a cada usuário, a cada

vez, “uma escuta qualificada do seu problema de saúde, resolver e, se necessário, fazer um encaminhamento seguro”. (FRANCO; FRANCO, 2011, p. 3-4). O Vínculo é fundamental para que se estabeleça responsabilização pelo acompanhamento dos itinerários de cuidado dos usuários. É esta responsabilização que garantirá a criação e pactuação de novos fluxos entre os serviços. É o Projeto Terapêutico Singular que dispara a Linha de Cuidado Integral, fazendo com que as equipes operem centradas nas necessidades dos usuários e, não mais, na oferta de serviços, o que geralmente limita o acesso. Nesse caso, o Apoio Institucional e a Educação permanente aparecem como estratégias fundamentais.

A perspectiva do Apoio Institucional visa a estimular a problematização do cotidiano pelas equipes de Atenção Básica e a gestão local das redes de atenção, com o objetivo de aumentar a capacidade resolutiva das equipes a partir da análise e intervenção diante das demandas concretas. O apoiador institucional tem o papel de auxiliar as equipes a colocar seu próprio trabalho em análise, identificando os nós críticos, tendo como diretrizes a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos ao produzirem o enfrentamento dos problemas cotidianos. O trabalho deve ser o de potencializar as experiências da equipe, na construção da responsabilização por aquilo que está na sua governabilidade, evitando processos de culpabilização e de produção da impotência e estimulando ações inovadoras.

O apoio institucional opera com os princípios da Atenção Básica – território, vínculo e responsabilização – para produzir modos compartilhados de cuidar que levem em conta a realidade local e os processos singulares de trabalho. Pressupõe o planejamento, a avaliação constante e agendas de educação permanente com vistas ao desenvolvimento das estratégias gerenciais, pedagógicas e matriciais. Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde é uma importante estratégia com potencial para provocar mudanças na micropolítica do trabalho. Inscreve a aquisição e atualização de conhecimentos no campo das aprendizagens significativas, ou seja, daquelas que façam sentido para o trabalhador a partir da análise dos problemas e dos nós críticos presentes no cotidiano do trabalho em equipe. (CABRAL, 2012).

Sabemos que o comportamento dos indivíduos é afetado pelo comportamento de outras pessoas no ambiente de trabalho (SPECTOR, 2012). Não é possível entender plenamente o comportamento dos indivíduos sem levar em consideração a influência dos outros, porque raramente trabalham totalmente

sozinhas, sem serem afetadas pelos outros. Pessoas inseridas em uma equipe de trabalho seguem propriedades específicas como: as ações dos indivíduos devem ser interdependentes e coordenadas, cada membro deve ter um papel particular, especificado e deve haver metas e objetivos em comum. Equipe é um grupo de pessoas que não pode realizar seu trabalho, pelo menos não com eficácia, sem os outros membros que a compõem. (SPECTOR, 2012, p. 328).

Para o funcionamento favorável de uma organização, (SPECTOR, 2012) as pessoas envolvidas devem coordenar suas ações no próprio grupo e os grupos devem coordenar suas ações uns com os outros. Outro fator importante nas organizações (CHIAVENATO, 2009) é a qualidade de vida no trabalho no qual implica criar, manter e melhorar o ambiente de trabalho seja em suas condições físicas – higiene e segurança – seja em suas condições psicológicas e sociais resultando assim, em um ambiente agradável e amigável melhorando substancialmente a qualidade de vida das pessoas na organização.

2.1 ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Conforme o Conselho Nacional de Saúde, o SUS – Sistema Único de Saúde é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo instituído pela Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196, como normativa para efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como “direito de todos” e “dever do Estado” sendo regulado pela Lei nº 8.080/1990 operacionalizando o atendimento público da saúde no Brasil.

A partir deste fato histórico, a formação dos profissionais da rede de atendimento do SUS tornou-se um assunto inquietante, pois a formação acadêmica destes precisava adequar-se as novas propostas e práticas em saúde, resultando em intensas provocações a mudanças e adequações para o desenvolvimento das novas demandas (PATRIOTA, 2011).

Compete à gestão do SUS organizar a formação de recursos humanos considerando a sua área de atuação estimulando o ensino e a pesquisa articulando seus interesses com instituições de Ensino Superior. Assim, o Ministério da Saúde instituiu o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no qual se propunha na formação de profissionais da saúde.

Por muitos anos, a formação dos profissionais de saúde manteve uma visão focada nas técnicas biomédicas e a ênfase nos procedimentos superou amplamente o pensar a saúde.

Para CECCIN; FEUERWERKER (2004), a concepção medicalizadora da saúde ocupou, e ainda ocupa um espaço hierarquicamente superior na cultura acadêmica. Tais autores apontam para a necessidade de se deslocar o eixo da medicalização, ainda presente na formação acadêmica dos profissionais de saúde, para o da atenção interdisciplinar, intensificando o respeito aos princípios do SUS de forma a se alterar perfis profissionais.

De acordo com ROSSONI; LAMBERT (2004), há um consenso entre os observadores da Reforma Sanitária brasileira de que a formação de recursos humanos para o setor é um dos mais graves problemas do SUS. Tal observação estende-se a um campo não menos importante inserido no SUS que é o da saúde mental e que também tem mudado bastante nos últimos anos. Se antes o hospital psiquiátrico era o centro da prática psiquiátrica, hoje se adota um atendimento baseado na atenção comunitária, se por muito tempo a loucura era objeto exclusivo da psiquiatria, ela hoje se abre a diversos campos do saber.

Assim, conforme BRASIL (2002):

[...] a formação do profissional deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

A partir deste momento surgiu a proposta dos polos de educação permanente, a certificação de hospitais de ensino, o AprenderSUS lançado em 2004 considerado o marco entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, o VerSUS, e as residências Multiprofissionais no qual tinha por objetivo implementar processos com capacidade de impacto no ensino, na gestão setorial, nas práticas de atenção e no controle social em saúde. O Programa Nacional de Reorientação na Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) foram criados em 2005 e sendo incorporados em diversos cursos de nível superior.

Em 2007 com a publicação da portaria 1996 garantiu-se a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde por meio dos colegiados de Gestão Regional (CRG) com a participação das comissões Permanentes de

Integração Ensino-Serviço (CIES). Com isso, se garantiu que as ações que focassem a formação de recursos humanos para o SUS avançassem e criassem forças para implantações, fortalecimento e manutenção destas ações.

No contexto da Saúde Mental, o papel dos profissionais da saúde mental torna-se determinante, na transformação das relações cotidianas nos serviços de saúde mental, tanto no que se refere à concepção e compreensão da loucura, sofrimento psíquico, uso e abuso de substâncias psicoativas, situações de vulnerabilidade social, riscos e a importância da construção de vínculos como também, na concepção das novas práticas institucionais.

Portanto, propor um material audiovisual – CD - que é produto desta Dissertação de Mestrado aos gestores municipais de saúde e aos demais profissionais que transitam pela área da Saúde Mental uma capacitação e momentos de reflexão sobre o seu fazer diário torna-se pertinente e um instrumento a mais para buscar informações, conhecimento da área, buscar melhorias e aperfeiçoamento. Esta proposta pode ser discutida no item 02 – “Saúde Mental no SUS” do produto em anexo.

2.2 GESTÃO ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS

Atualmente se discute cada vez mais entre gestores nas organizações a motivação e a satisfação no trabalho, porém a preocupação em realizar mudanças e respeitar e garantir níveis adequados de satisfação para seus colaboradores ainda é insignificante.

Este assunto é considerado um dos grandes desafios organizacionais buscando-se soluções imediatistas e desesperadas de receitas. (BERGAMINI, 1997). Por outro lado, os trabalhadores se dão conta de seus direitos e a importância da qualidade de vida. Sentem-se desvalorizadas dentro das organizações desencadeando um processo de descomprometimento com os interesses atuais e futuros da empresa.

A autora acima citada, ainda enfatiza a “Síndrome do Sobrevivente” no qual caracteriza por uma diminuição da moral, da motivação e da lealdade para com a organização quando algumas medidas organizacionais são aplicadas.

Torna-se uma inquietação entre os gestores sobre quais recomendações podem ser úteis e viáveis para desenvolver em seus colaboradores o aumento da satisfação no ambiente de trabalho.

Considera-se que a filosofia de gestão ou o grau de maturidade empresarial contribui para a obtenção de ganhos de aplicação e levantamento, possibilitando avaliar barreiras comportamentais para a implantação de novos e modernos princípios de gestão (BERGAMINI, 1997).

2.3 SAÚDE MENTAL E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A saúde mental, conforme AMARANTE (2007) passa a se configurar como um campo ou área de conhecimento e atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde, complexo, plural, intersetorial e marcado pela transversalidade de saberes. Enfatiza que se torna imprescindível à compreensão de um conceito ampliado de saúde, da clínica ampliada, do trabalho interdisciplinar e intersetorial, da noção de rede e de territorialidade, entre tantos outros.

Nesta perspectiva, com o tempo foi-se construindo redes de assistência à saúde mental alicerçadas em conceitos de territorialização e intersetorialidade com uma lógica do cuidar de forma humanizada visando à inclusão social dos sujeitos envolvidos.

A política de saúde mental no Brasil ao adotar e organizar uma rede de serviços de saúde mental substitutivos com reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas exigiu transformações profundas nos modos de conceber o cuidado e organizar os serviços em confronto com as concepções e estratégias tradicionais, o que implica na definição de novos perfis profissionais. (MANGIA; MURAMOTO, 2006).

O novo perfil do profissional da saúde mental faz com que as universidades assumam um papel de extrema importância, pois enfrentam o desafio de unidades formadoras de profissionais com um olhar humanizado, visando à interdisciplinaridade e integralidade em sintonia com os princípios da Reforma Psiquiátrica e diretrizes do SUS.

Os profissionais são desafiados a desenvolver uma reflexão crítica dentro de suas competências envolvendo-se numa prática de cuidado alicerçada no exercício de transformação para todos os envolvidos: gestores, pacientes, profissionais e

demais atores sociais que fazem parte da rede de cuidado em saúde mental. Com isso, permite-se manter a expectativa de construção de uma nova atitude epistemológica e ética frente ao fenômeno da loucura (BEZERRA JR., 2007).

O mesmo autor considera que a formação de recursos humanos torna-se um desafio neste contexto, pois os jovens formandos não passaram pelo processo de luta política e ideológica que envolveu a criação do movimento antimanicomial.

Estes profissionais deparam-se com novos paradigmas na saúde mental e suas práticas desafiam a formação acadêmica teórica e técnica exigindo criatividade, responsabilidade e uma crítica comprometida com a cidadania e a dignidade humana.

AMARANTE (2008) sugere que os profissionais que trabalham com a saúde mental deveriam receber em suas formações, reflexões mais amplas, mais problematizadoras, inclusive sobre a complexidade da existência humana.

O autor enfatiza que o profissional de saúde mental – e porque não dizer as pessoas, em geral – precisa entender que a “convicção antimanicomial” não nasceu como “pura ideologia”, mas como consequência de conhecimentos e estudos que ousaram questionar os dispositivos e as estratégias de dominação e anulação do sujeito que marcaram historicamente a (des) atenção à saúde mental, a exemplo dos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2008).

A Reforma Psiquiátrica tornou-se um referencial no processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria (1995). Exige uma desacomodação dos profissionais em buscar mudanças dos paradigmas de atenção e gestão nas práticas de saúde. Há a necessidade de uma postura protagonista dos profissionais e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de novas estratégias de intervenção e acolhimento. Esta proposta também está referenciada por uma mobilização social de ordem democrática e influenciada pelo movimento de reforma na assistência psiquiátrica italiana. O referido assunto é abordado no item 02 – “Saúde Mental no SUS” do produto em anexo.

Portanto, reestruturar os serviços não é o suficiente. É necessária uma postura profissional reflexiva, crítica e principalmente humanizada, que seja focada na promoção em saúde e não na doença em si. Para isso a formação profissional deve ser contínua para que possa acompanhar as novas demandas e políticas

públicas em que os serviços são submetidos dentro das estratégias e diretrizes do SUS.

2.4 EQUIPES DE TRABALHO – RAS (REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE)

Um grupo de trabalho é uma coletânea de duas ou mais pessoas que interagem umas com as outras e tem em comum algumas metas inter-relacionadas. Essas duas características – interação e inter-relação- distinguem um grupo de uma mera coletânea de pessoas (SPECTOR, 2012, p.328).

Para o mesmo autor, uma equipe de trabalho é um tipo de grupo de trabalho, porém com propriedades específicas como: as ações dos indivíduos devem ser interdependentes e coordenadas, cada membro deve ter um papel específico e deve haver metas e objetivos comuns (SPECTOR *apud* M.A. West, Borrill; Unsworth, 1998). Assim, todas as equipes são grupos, mas nem todos os grupos são equipes.

O trabalho que exige ações coordenadas de pessoas enquadra-se em modelos de equipe, porém nem todas as pessoas conseguem trabalhar em conjunto. Em muitos ambientes de trabalho observam-se pessoas trabalhando independentemente apesar de interagir umas com as outras (SPECTOR, 2012). Em um grupo, as pessoas trabalham juntas, mas podem realizar seu trabalho sem as outras pessoas, já em uma equipe as pessoas não podem – ou não realizam com eficácia – seu trabalho sem a dos outros membros que a compõem.

Os conceitos acima mencionados tornam-se de extrema importância, pois estão relacionados com o trabalho realizado baseado na portaria nº 4.279, de 30/12/2010 do Ministério da Saúde que contempla a RAS – Rede de Atenção a Saúde que define-se em arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado em saúde.

A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita

conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde.

No dia 30 de dezembro de 2010, o Documento de Referência contendo as “Diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS” foi oficializado por meio da Portaria GM/MS nº 4.279, publicada no Diário Oficial de 31/12/2010. Tal resolução tem como princípio considerar a Atenção Básica à Saúde como primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde.

Outro fator importante da referida portaria do Ministério da Saúde enfatiza o Sistema de Governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definindo objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articulando as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gestores e demais profissionais das organizações.

A estrutura operacional das RAS é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam. É imprescindível a ação intersetorial dos determinantes da saúde e da equidade em saúde.

2.5 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS - E LEGISLAÇÃO VIGENTE

A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS – propõe a organização dos serviços de saúde de forma integrada, articulada e efetivada, por meio da ampliação e diversificação das ações e equipamentos de saúde, com a garantia do acesso universal ofertando cuidado integral com qualidade e assistência multiprofissional. Deste modo, a RAPS contém diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

São diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial:

 Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania.

- ✚ Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde.

Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar.

- ✚ Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.

- ✚ Organização dos serviços em RAS regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.

- ✚ Desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

- ✚ Buscar a construção de serviços diferentes para as diferentes necessidades, elenca-se com Eixos estratégicos para Implementação da Rede:

Eixo 1: Ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental.

Eixo 2: Qualificação da rede de atenção integral à saúde mental.

Eixo 3: Ações intersetoriais para a reinserção social e reabilitação.

Eixo 4: Ações de prevenção e de redução de danos

A operacionalização da RAPS está sendo iniciada nas regiões priorizadas no Plano de Enfrentamento ao Crack (“Crack, é possível vencer”). As ações de saúde do Plano de Enfrentamento ao Crack, Álcool e Outras Drogas estão inseridas no âmbito da formação da RAPS. As ações de saúde (eixo cuidado) do Plano estão articuladas com ações de assistência social, prevenção, formação e segurança (polícia comunitária) coordenadas entre União, Estados e Municípios.

Em 2012, foram realizadas visitas do Ministério da Saúde a todos os estados da federação para pactuação da RAPS e instituição dos grupos condutores com gestores estaduais e municipais.

Portarias Vigentes:

Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011 – Dispõe sobre o repasse de incentivo de custeio para Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT – (republicada em 31/12/2011).

Portaria nº 3.089 de 23 de dezembro de 2011 – Dispõe sobre o financiamento dos CAPS no âmbito da RAPS (republicada em 31/12/2011).

Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 – Institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS – RAPS (republicada em 31/12/2011).

Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012 – Define normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência do Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio.

Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012 – Institui incentivo financeiro de custeio para a componente Reabilitação Psicossocial.

Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012 – Institui incentivo financeiro de custeio para apoio aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas.

Portaria 123, de 25 de janeiro de 2012 – Define critérios de cálculo de equipes de CR – Consultório de Rua.

Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012 – Define diretrizes para os CR – consultórios de Rua.

Portaria nº 121, de 25 de janeiro 2012 - Institui Unidade de Acolhimento – UA.

Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012 – CAPS AD III 24h.

As portarias e legislação vigente podem ser conferidas e analisadas no item 06 – “Legislação Vigente” no produto desta Dissertação de Mestrado em anexo.

2.6 PERFIL DO GESTOR EM SAÚDE

Criado pela Lei Federal Nº 8080/88, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem experimentado importantes avanços, mas também vivido novos e crescentes desafios para cumprir seus princípios e diretrizes, na proporção em que se avança em sua implementação e consolidação em todo o território nacional, em particular a partir do processo de municipalização ocorrido na década de 1990.

Desde a sua criação e da edição dos subsequentes instrumentos de regulamentação, os municípios têm visto aumentar suas responsabilidades em relação à organização e operacionalização dos sistemas locais de saúde. Esse movimento de descentralização, de conjunto importante de responsabilidades e de recursos das esferas superiores do sistema para os municípios é reconhecido, hoje, como uma verdadeira reforma setorial do Estado (LEVCOVITZ, LIMA; MACHADO, 2001. NEPESS, 2006. PESTANA; MENDES, 2004).

Da Norma Operacional Básica 01/1993 até o Pacto pela Saúde, editado em 2006, que sintetiza a mais recente política do Ministério da Saúde ao estabelecer as atribuições dos vários entes governamentais na configuração do SUS, vem sendo reforçado o protagonismo dos municípios na execução da política de saúde. O fato de os vários municípios apresentarem histórias e trajetórias muito distintas entre si de implantação dos seus sistemas locais de saúde aponta novos desafios na construção do SUS, em particular a formação de seus gestores locais (SCATENA; TANAKA, 2001. SILVA, 2001. VIANA; *et al.*, 2002. BRASIL, 1993, 2006. CECILIO; *et al.*, 2007).

Atualmente o mundo do trabalho exige um profissional atento às transformações e as demandas da sociedade contemplando essa diversidade através de cursos de capacitação e atualização a fim de qualificar seu desempenho profissional. Se tratando do profissional da área da saúde esse dinamismo é pontual, pois os processos de saúde/doença simbolizam ausências e carências de outros aspectos constitutivos e subjetivos do ser humano.

O cenário da saúde busca diariamente pela excelência da qualidade nos serviços prestados. Para o gestor em saúde é necessário que tenha conhecimento da cultura organizacional e que esta possa sempre ser agregada a novos membros do grupo. Uma posição receptiva a multidisciplinaridade, sensibilidade aguçada, estar disposto e preparado a investir em ações da medicina preventiva e curativa inserido em um ambiente democrático e globalizado faz parte do papel de gestor em saúde.

A gestão na área da saúde pública é considerada complexa, exigindo habilidades e qualificação contínua por estar à mercê de uma legislação que faz parte do Direito Administrativo. Assim, fica conforme as necessidades da sociedade através de um controle social e com participação da comunidade – Lei Orgânica da Saúde.

A gestão em saúde pode ser definida como o conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde no qual envolve a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde. Abrange dimensões complexas como: os espaços dos cuidados diretos - singulares e multiprofissionais; as diversas instituições de saúde; e a exigência da formação e operação de redes de serviços de saúde para

uma assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população (CECÍLIO; LCO, 2009).

Constata-se que a gestão em saúde utiliza-se de métodos e estratégias tradicionais oriundas da administração clássica. Assim, torna-se um desafio construir novas formas de gestão alicerçadas na participação, práticas cooperativas e interdisciplinares possibilitando colaboradores e usuários atuarem ativamente.

A diversidade dos perfis dos gestores municipais de saúde, somada à complexidade que a configuração do sistema vai assumindo, tem demandado estratégias de formação para esses atores fundamentais para a consolidação e aprimoramento do SUS. LEVCOVITZ; *et al.* (2001), relata sobre as dificuldades na implementação do SUS, destaca os seguintes pontos relativos aos “recursos humanos”: diferentes formações dos profissionais de saúde, heterogeneidade das equipes técnicas, dificuldade de contratação, pressão para redução de gastos com pessoal e distribuição de forma heterogênea dos profissionais de saúde pelo território nacional (BELIINI; MARIA Y.; BARROS, 2006).

Com relação à organização do sistema, destacam-se a heterogeneidade na capacidade de gestão nos diferentes níveis de governo, além dos conflitos e competitividade nas relações entre tais níveis.

Este sistema de organização, ou seja, secretarias municipais de saúde estão submetidas a um modelo de gestão que depende do governo que está na situação no município. Tais gestores ficam a mercê de regulamentações onde restringem a sua autonomia como não contar com orçamento próprio ou se tiver disponível é limitado. Contratações de potencial humano, negociações salariais e transferências não dependem somente de sua vontade.

O cargo de gestor em saúde mantém-se num cenário subjetivo composto de relações de poder advindas de uma dimensão político-partidária, ou seja, na maioria das vezes não é decorrente de um reconhecimento por mérito e conhecimento da área e sim por relações de amizade, confiança ou indicação política. Este processo acaba gerando a descontinuidade de ações em saúde prejudicando a população que fica a mercê de interesses próprios dos gestores e a necessidade real fica esquecida.

Para assumir o papel de gestor é necessário um amplo conhecimento da área, habilidade e atitudes que contribuem o desempenho no trabalho, como

também na dimensão técnica, administrativa, política, ética e psicossocial (JUNQUEIRA, 1992).

A gestão estratégica aplica-se aos serviços de saúde de forma que possibilita o processo gerencial na definição da missão, análise de recursos, fraquezas, potencialidades, planejamento e necessidades de acordo com cada realidade (SIMÕES, 2003).

Outro fator importante está relacionado ao conhecimento agregado pelo gestor e a capacidade de análise de recursos, processos, dados, como também o suporte político que o gestor ter para o suporte, aprovação e sustentação dos planos e ações que devem ser realizados. O gestor em saúde deve ter amplo conhecimento na área de administração de serviços de saúde, pois, poderá utilizar-se disso a partir de sua posição de líder como incentivador de sua equipe a fim de desenvolver conhecimentos e habilidades de seus colaboradores buscando sinergia e crescimento contínuo do mesmo.

Para o gestor em saúde estabelecer uma relação de comprometimento com as ações pelas quais responde e interagir com as pessoas torna-se imprescindível e eticamente relevante. Isso contempla uma posição de respeito e de considerar as peculiaridades do território de abrangência atendendo aspectos legais, éticos, morais da gestão pública.

Ao gestor compete desenvolver os processos de suprimento, aplicação, desenvolvimento, manutenção e monitoração das pessoas, porém, para atuar efetivamente necessita desenvolver atitudes e uma postura diferenciada. Precisa considerar os empregados como colaboradores e elementos que impulsionam a organização.

Os municípios procuram cumprir as diretrizes e os objetivos preconizados pelo Ministério da Saúde onde a valorização da formação dos profissionais da área deve ser incentivada. Este fator é considerado um forte componente no processo da força de trabalho, pois contribui para a efetivação da política nacional de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Assim, entende-se que não somente os profissionais que estão atuando no território devem estar constantemente em formação, mas também os gestores para que possam compreender as estratégias de intervenção e possam contribuir para a busca pela excelência em saúde.

Ainda o Ministério da Saúde estimula e valoriza o profissional da área da saúde na busca de formação promovendo a autonomia intelectual, domínio de

conhecimento técnico-científico e capacidade de colaborar no planejamento, gerenciamento e exercício da criatividade. Estes fatores tornam-se essenciais para o fortalecimento das equipes, interação com os usuários e prática de humanização enfatizada pelas diretrizes do SUS – Sistema Único de Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

2.6.1 Gestão de pessoas

As novas concepções do real papel dos sujeitos em uma organização começaram a ser discutidas a partir da década de 90. Este fator considerou as pessoas como “recursos”, ou seja, poderiam ser administradas e render o máximo (GIL, 2014). Assim, a partir deste momento as pessoas começaram a ser vistas como parte do patrimônio da empresa, como parceiros da organização. Estas passariam a ser reconhecidas como produtoras de conhecimentos, habilidades e inteligência, sendo este último a fator mais importante para as organizações. O capital intelectual da organização começou a ser considerado um parceiro de negócios e não mais como empregados contratados (GIL *apud* CHIAVENATO, 1999).

A valorização dos colaboradores em uma empresa demonstra um *novo olhar* para a gestão de recursos humanos considerando os mesmos como parceiros e incentivando sua participação nas decisões da organização aproveitando os seus potenciais. (GIL, 2014).

Esta valorização está ligada ao conhecimento que cada colaborador tem a mostrar, porém com o crescimento das organizações, estas habilidades estão sendo enfatizadas em menor tempo. Para GIL (2014) a gestão de pessoas tende a tornar-se o mais importante setor da administração e seus agentes passarão a ser selecionados não apenas pelas capacidades técnicas inerentes a função, mas pelo amplo conhecimento da área.

As pessoas na organização são desafiadas a aprender com rapidez e continuidade, serem capazes de inovar e adequar-se às mudanças constantes. (GIL *apud* ULRICH, 2000).

Muitos gestores quando assumem um cargo de chefia deparam-se com responsabilidades que anteriormente não fazia parte de seu dia a dia. Assumir uma liderança exige desprendimento e um bom conhecimento da área administrativa.

Porém, observamos que a graduação muitas vezes não prepara o profissional para as várias possibilidades de atuação como a gerência por exemplo.

Profissionais que assumem o cargo de gestor em saúde deveriam ter no mínimo algum tipo de formação específica em gestão em saúde. Quanto mais especializado o profissional for, o mesmo poderá ter opções, estratégias, preparo e embasamento para a realização de suas atividades.

Assim, para ocupar um cargo de gestor, em um serviço de saúde deveria ser instituído um sistema de avaliação e competências e certificação de formação profissional meritória nas quais cursos específicos de Gestão em Saúde fossem pré-requisitos (ANDRE; CIAMPONE, 2007). Tendo como critério tal formação os gestores em saúde, com certeza estariam mais preparados para o cargo podendo realizar um trabalho com excelência na gerência e na gestão de equipes.

Como fator fundamental, competência, vem do latim 'competentia' e significa a qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa, capacidade, habilidade, aptidão e idoneidade (FERREIRA, 1995, p. 353). A competência pode ser considerada em duas perspectivas: competência organizacional ou essencial que está ligada à estratégia de negócios; e a competência humana ou individual uma visão micro ligada aos indivíduos que trabalham nas organizações (UBEDA; SANTOS, 2008).

Os autores acima ainda complementam que o conceito competência talvez seja o melhor conceito a ser utilizado para explicar a competitividade da empresa (DREJER, 2000). O conceito competência essencial muda o foco da estratégia em produto-mercado para as potencialidades internas da empresa, aborda o porquê de algumas empresas alcançarem melhores desempenhos que outras, e está embasado nas ideias de reunião de recursos de Penrose (1959), na visão baseada em recursos (WERNERFELT, 1984. BARNEY, 1991) e na competência essencial de (HAMEL; PRAHALAD, 1995).

O conceito de competência humana envolve diretamente o indivíduo inserido em sua equipe de trabalho através de sua atividade prática, uma vez que sua rotina diária implica um saber aprender constante. O indivíduo deve mostrar-se apto a tomar a iniciativa e assumir responsabilidades diante das situações profissionais com as quais se depara. A responsabilidade é sem dúvida a contrapartida da autonomia e da descentralização das tomadas de decisão.

Não se trata mais de executar ordens, mas de assumir em pessoa a responsabilidade pela avaliação da situação, pela iniciativa exigida e pelos efeitos que vão decorrer dessa situação (UBEDA, 2003 *apud* UBEDA 2008).

A gestão de competência humana media e fornece informações para os demais setores e processos de uma organização. Inicialmente é necessário estabelecer, planejar as estratégias e as competências organizacionais visualizando os objetivos da gestão, as perspectivas, para, a partir desse ponto poder executar e avaliar o desempenho de seus colaboradores.

Em uma organização sendo ela pública ou privada, a gestão de recursos humanos procura encontrar as pessoas certas para sustentar o crescimento e treiná-las para realizar tarefas emergentes (SANTOS, 1999).

Este fator deve ser considerado constantemente pelo gestor em saúde, pois seus colaboradores devem estar continuamente em atualização para a realização de um trabalho de qualidade.

Assim, o gestor em saúde deve estar consciente que além das competências e a formação profissional, deve ser considerado que o processo de humanização e as relações humanas no ambiente de trabalho possibilitam a integração de todos os colaboradores envolvidos, fazendo com que haja rendimento e satisfação de suas necessidades sociais e psicológicas (GIL, 2014).

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia, protagonismo dos sujeitos e a corresponsabilidade entre eles na construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O gestor em saúde, como liderança, exerce importante papel no desenvolvimento de suas equipes criando uma cultura organizacional que guia as atitudes dos colaboradores. Isto reflete também na qualidade de vida no trabalho tanto na percepção de cada empregado, como na prática gerencial de cuidar do bem-estar durante o trabalho (FISCHER, 2009).

O gestor em uma organização de saúde deve ter sensibilidade e flexibilidade suficientes para adaptar seu comportamento às circunstâncias que se apresentam no dia-a-dia. Não tem como aplicar uma “receita de bolo”, pois seus colaboradores querem ser vistos como pessoas em potencial com necessidades e desejos diferenciados.

Atributos como autoconsciência elevada, hábito de solicitar *feedback*, sede de aprender, integração da vida pessoal e profissional e respeito pelas diferenças devem ser os pilares que sustentam um gestor (ALEXANDER; WILSON, 2000 *apud* FISCHER, 2009).

Para VERGARA (2012), uma capacidade extremamente relevante ao gestor é contribuir na formação de valores e crenças organizacionais dignificantes ao ser humano. De um gestor espera-se que seja hábil na busca de clarificação de problemas, criativo e que a informação seja sua ferramenta de trabalho.

A autora ainda enfatiza que o gestor deve ter iniciativa, que seja comprometido com a organização, engajado na realização da visão, missão, objetivos e metas, que tenha atitude sinérgica, na qual o todo é maior do que a simples soma das partes.

O município é o cenário onde as coisas acontecem, ou seja, a comunidade, a população busca soluções para os seus problemas de saúde com as pessoas de referência. O gestor em saúde torna-se o personagem principal e a autoridade máxima em saúde, sendo que este deve possuir habilidades políticas, técnicas e administrativas para o enfrentamento das dificuldades e buscar as soluções das necessidades demandadas.

[...] nada sugere que tipo de profissional é mais adequado para gerir uma organização de saúde. Pode ser um profissional de saúde ou de outra área. O necessário é que possua as capacidades, o conhecimento, as atitudes compatíveis com as exigências da gerência desse tipo de organização (DUSSAULT, 1992, p. 17).

As referidas habilidades são ampliadas com a capacidade de lidar com a diversidade de instrumentos normativos e burocráticos que fazem parte da gestão pública (portarias, normas, planos, agendas etc.), num contexto de regionalização e hierarquização e pressão (BARATA, 2004).

Cabe ressaltar que o papel do gestor em saúde não se limita em apenas administrar uma rede de serviços, mas contribuir para a implementação e desenvolvimento de um modelo assistencial estruturado em bases políticas gerenciais e técnicas articulando com outros setores públicos municipais como educação, transporte, obras, saneamento, meio-ambiente etc. Os órgãos estaduais e federais também devem fazer parte para o desenvolvimento de programas e projetos para serem implantados no município. Outro recurso de gestão é a interlocução com outros municípios a fim de realizar ações conjuntas para a solução

de problemas conjunturais microrregionais (A Saúde no Município: organização e gestão, IBAM/Unicef, 1992).

A gestão de pessoas em uma organização pública de saúde exige que as normativas da lei nº 8.080 sejam extremamente consideradas, pois as políticas e diretrizes do SUS (que estabelecem a estrutura jurídica do sistema) norteiam o papel do município, na rede de serviços, com seus colaboradores, materiais, recursos técnicos e financeiros e mecanismos de participação da comunidade.

[...] a partir da diretriz geral do direito à saúde, o SUS estará abrigando modelos diversos de organização da atenção, com articulações frequentemente complexas entre setores, áreas e tecnologias. Esta condição leva a necessidade de uma maior informação e formação dos gestores locais, no que se refere ao conhecimento das alternativas de organização e gestão de serviços, modelos assistenciais, tecnologias e processos de definição de prioridades em saúde (TANAKA, 1999, p. 220).

Na gestão em saúde, MOTTA (1991) enfatiza que os termos gestão, gerência e administração são sinônimos. A gestão não é um fim em si, mas uma atividade contínua de estratégia e planejamento em que existem muitos atores envolvidos e cada qual atendendo aos seus interesses sem perder o foco no cliente bem como defender a instituição a qual pertence. Neste cenário, os gestores em saúde precisam reduzir gastos ampliar a cobertura de assistência à saúde e buscar os melhores serviços e resultados.

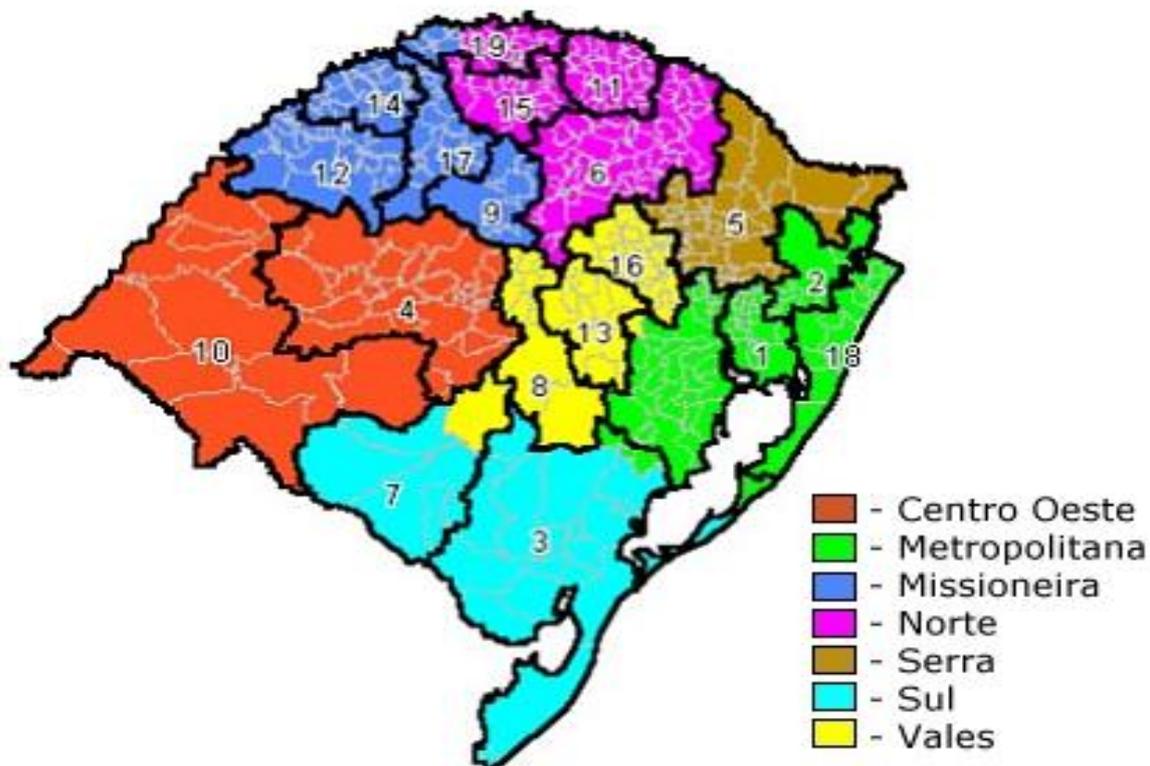
A tomada de decisão de descentralizar o processo de gestão do SUS põe em evidência uma nova lógica de gestão. As práticas vêm mostrando que esse novo modo de pensar e de gerir serviços, setores e o próprio sistema vêm requerendo ajustes e releituras pelos profissionais e pelas instituições acerca do processo de trabalho do gestor. Emerge desse mercado de trabalho um olhar crítico, tanto em relação às organizações de saúde (Instituições), quanto em relação aos processos de produção dos profissionais (Sujeito da produção) inseridos nas instituições de saúde. (CASTRO; CAMPOS, 2003).

Vivemos num momento desafiador e transformador do sistema de saúde no Brasil, onde requer uma sensibilidade aguçada do gestor e do técnico em saúde para que seja focado na medicina preventiva e não somente a curativa, pois a população está em um contexto democrático e globalizado onde se coloca em uma posição crítica dos serviços oferecidos em saúde. O livre acesso à informação faz com que a população exija do órgão responsável a qualidade na promoção, proteção, reabilitação e recuperação em saúde.

A gestão em saúde segundo CASTRO; CAMPOS (2003), demanda a interdisciplinaridade que surge como uma importante diretriz, quando pensamos em uma nova lógica de gestão no âmbito do SUS. Uma interdisciplinaridade que precisamos ir construindo desde a formação profissional e, numa construção para além dos saberes imbuídos à nossa prática quando realizada isoladamente, com o referencial único de nossa corporação profissional. Uma interdisciplinaridade que precisa sair do espaço das nossas ideias, transcendendo para o espaço social concreto, onde as relações humanas acontecem e os problemas surgem e precisam ser resolvidos. Uma interdisciplinaridade construída através do diálogo, como sempre nos propôs FREIRE (1977) em toda a sua obra. Uma interdisciplinaridade muitas vezes mediada pelo conflito, pelas diferenças, que são essenciais à construção de novos saberes e práticas.

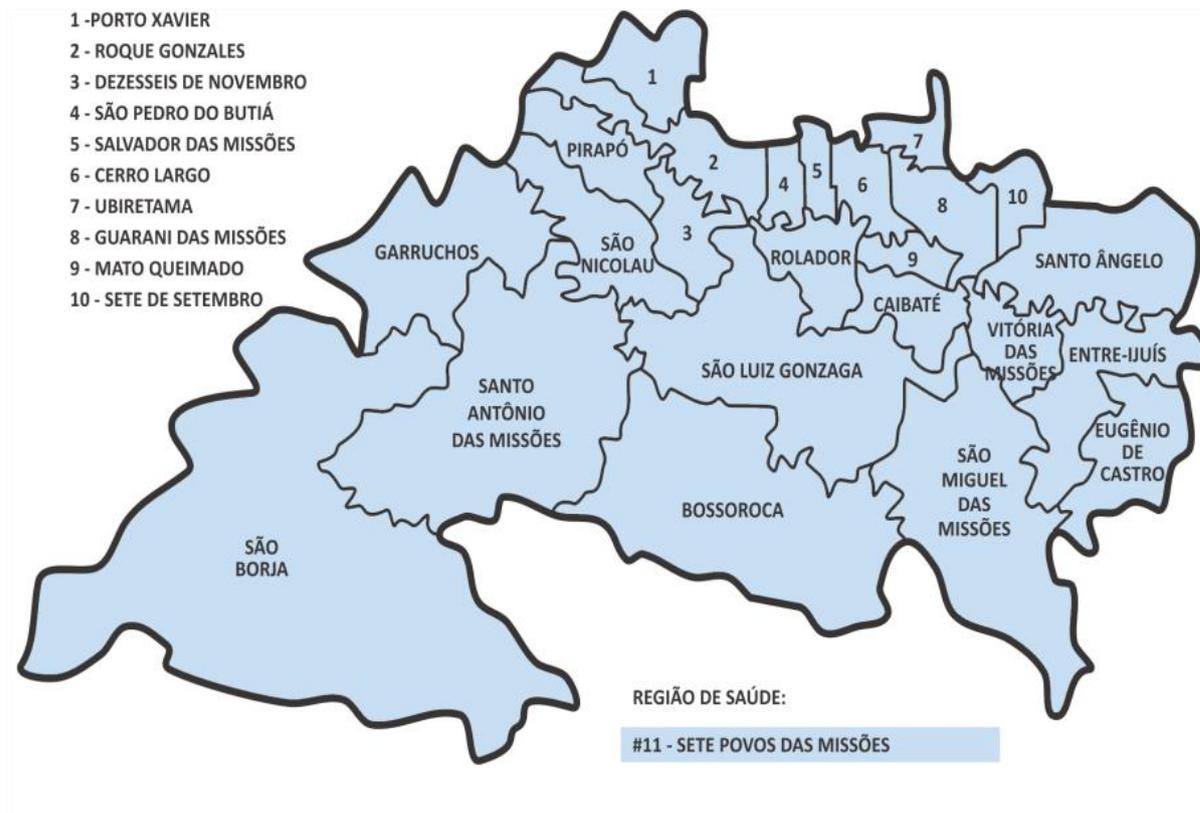
3 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO

Figura 01: Coordenadorias de Saúde em Regiões no RS



Fonte disponível em: <http://4.bp.blogspot.com/-xDawRDhN11Y/TtpJeSWI9I/AAAAAAAAAUy/o-9JvBRpfc4/s1600/mapa_coord.jpg>. Acesso em 07 fev.2014.

Figura 03: Municípios da 12ª Coordenadoria de Saúde



Fonte disponível em:
http://www.saude.rs.gov.br/upload/1415290060_12crs%20santo%20angelo.png
http://www.saude.rs.gov.br/lista/169/12%C2%AA_CRS_%28Santo_%C3%82ngelo%29

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

A metodologia utilizada na pesquisa da Dissertação de Mestrado foi um estudo qualitativo e quantitativo. MAYRING *apud* GÜNTHER (2006) afirma que a pesquisa qualitativa constrói a realidade, ou seja, a pesquisa é percebida como um ato subjetivo de construção. É uma ciência baseada em textos, em uma coleta de dados que produz textos nas diferentes técnicas analíticas interpretadas hermeneuticamente. A investigação quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis (MINAYO; SANCHES, 1993). A pesquisa qualitativa e quantitativa permite garantir um razoável grau de validade externa e interna. Dessa forma, é possível formular políticas e programas de intervenção concretos e adequados às particularidades de todos os setores sociais que se pretende atingir (CASTRO; BRONFMAN, 1997).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Quanto a fins, a pesquisa foi exploratória a fim de verificar paradigmas de atendimento. O caráter exploratório caracteriza a pesquisa pela busca de esclarecimento acerca da realidade a ser estudada, visando à busca de uma visão geral da mesma. GIL (2008) destaca que a finalidade das pesquisas exploratórias são desenvolvimento, esclarecimento e modificação de conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou de hipóteses pesquisáveis no futuro. A pesquisa foi descritiva para relatar expectativas, limitações, abordagens e intervenções dos 24 gestores e/ou profissionais envolvidos na rede de Saúde Mental dos 24 municípios de abrangência da 12ª Coordenadoria de Saúde.

Em relação aos meios, procedimentos técnicos realizou-se pesquisa bibliográfica e de campo (durante as reuniões da CIR- Comissão dos Intergestores Regionais).

Os sujeitos da pesquisa foram os 24 gestores municipais envolvidos no processo de articulação da rede.

As ações de educação permanente poderão ser construídas em parceria com a equipe de Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do RS – ESP – na

perspectiva de se desenhar linhas de formação sustentadas em um Plano Regional de Educação Permanente, que supere a fragmentação das ações pontuais de formação e atenção e fortaleçam os municípios em seu papel de gestores da educação para profissionais de saúde. A integração entre as políticas de saúde da SES – Secretaria Estadual de Saúde/RS e a ESP tornam-se cruciais para o planejamento e execução de ações de educação permanentes e sustentáveis. (CABRAL, 2012).

A Educação Permanente e Apoio Institucional, enquanto ferramentas que incidem nos processos de trabalho convocam as equipes a reverem seus modos de trabalhar e de ofertar cuidado, surgem como fundamentais para a reorientação estratégica do modelo de atenção em saúde mental. As propostas de formação profissional aos gestores e as equipes que compõem os municípios da 12ª Coordenadoria de Saúde pode, estruturar ações utilizando-se de metodologias, que conduzirá a efeitos consistentes na implementação das linhas de cuidado em saúde mental (CABRAL, 2012).

O referencial teórico partiu de pesquisa bibliográfica em livros, artigos publicados, teses e dissertações com dados associados aos assuntos abordados.

4.3 COLETA, TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada com os 24 gestores municipais de saúde através de entrevistas estruturadas e questionário aberto. As respostas dos gestores foram gravadas e após transcritas para uma melhor avaliação e entendimento dos dados obtidos. O referido questionário passou por aprovação pelo Comitê de Ética sob nº 1.384.766. Este procedimento visou ter de forma detalhada dados dos gestores inseridos no processo. As entrevistas foram realizadas nas reuniões mensais da CIR (Comissão de Intergestores Regionais) que acontecem na última semana de cada mês nas dependências da 12ª Coordenadoria de Saúde. Obteve-se a oportunidade de escuta, avaliação e troca de informações sobre a atual situação – existência ou não – da rede e linha de cuidado em saúde mental em cada município.

O questionário com questões reuniu informações referentes as características dos gestores e da atual situação do atendimento em saúde mental nos municípios. Este teve prévia estruturação, tornou-se flexível e adaptativo a

realidade dos entrevistados a fim de interpretação de informações de baixo nível argumentativo. (GIL, 2002, p. 146).

Para interpretação dos resultados, utilizou-se fundamentação teórica, e análise das informações dos gestores que participaram da entrevista.

A pesquisa bibliográfica acerca dos assuntos abordados na pesquisa será utilizada para, em conjunto com os dados observados, constituírem a Dissertação de Mestrado, que trará a apresentação dos resultados da pesquisa, bem como fundamentar as informações contidas no material didático audiovisual proposto que é produto desta Dissertação de Mestrado.

Na proposta de criação de um CD – material audiovisual - para a formação dos gestores e demais profissionais foram abordados assuntos que foram demandados a partir das entrevistas realizadas com os referidos gestores como também os seguintes temas:

- ✚ Aspectos históricos sobre Saúde mental no contexto mundial, brasileiro e regional;
- ✚ Legislação Vigente e o papel do gestor;
- ✚ Reforma Psiquiátrica;
- ✚ Níveis de Assistência: prevenção / promoção / reabilitação;
- ✚ Rede de Atenção Psicossocial;
- ✚ Linha de Cuidado em Saúde Mental;
- ✚ Saúde Mental na Atenção Básica (ESF, NAPS, NASF);
- ✚ Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- ✚ Urgência e emergência em Saúde Mental;
- ✚ Dependência Química;
- ✚ Saúde Mental do Trabalhador;
- ✚ Redução de Danos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS GESTORES PESQUISADOS

A gestão da saúde exige habilidades e qualificação contínua, por ser complexa, há a necessidade de atender a legislação que consta do Direito Administrativo. Por ser um processo legal deve-se ter em mente que se está trabalhando com vidas e, além de legal tem que ser ético e moral (MACEDO, 2009).

Fazer parte do serviço público na área da saúde por treze anos me fez refletir sobre a atual situação da saúde no Brasil. Realizar uma gestão de qualidade e buscar os melhores resultados torna-se desafiador para todo gestor em saúde que depende de um sistema que faz parte do Estado e União.

Foi possível observar as dificuldades e potencialidades que estavam enfrentando os gestores em saúde na nossa região, ou seja, 12ª Coordenadoria de Saúde principalmente na área da saúde mental.

Tive a oportunidade de circular entre os gestores devido à experiência anterior na realização de trocas e experiências enquanto era coordenadora no CAPS AD em Santo Ângelo. Durante algum tempo foi possível acompanhar o envolvimento dos gestores em proporcionar um melhor atendimento e oferecer serviços especializados e de qualidade ao público da saúde mental, como também observar os que não se detinham no investimento na área.

Nos últimos dez anos na 12ª Coordenadoria foram possíveis realizar um trabalho que pudesse ser referência na área de saúde mental para diversos municípios de outras coordenadorias do Estado/RS, porém quando se troca a gestão nos municípios, observa-se a diferença nos atendimentos e o envolvimento de cada gestor.

A proposta desta Dissertação de Mestrado foi verificar o perfil destes novos gestores em saúde e suas contribuições para a formação dos profissionais que atuam na área de saúde mental. No entanto, procurou-se avaliar as possibilidades de intervenção e a viabilidade de se fazer as entrevistas durante as reuniões da CIR nas dependências da Coordenadoria de saúde.

A receptividade da Coordenação Regional em Saúde e da Coordenação Regional de Saúde Mental foi muito positiva e possibilitou a apresentação inicial e os primeiros contatos com os gestores nas reuniões da CIR. Isso aconteceu no

segundo semestre de 2015 onde a situação financeira do Estado estava crítica e passando por muitas dificuldades inclusive o atraso nos repasses financeiros para os municípios. O clima entre os gestores era tenso, com discussões e muitas cobranças referentes a consórcios, contratos e consultas.

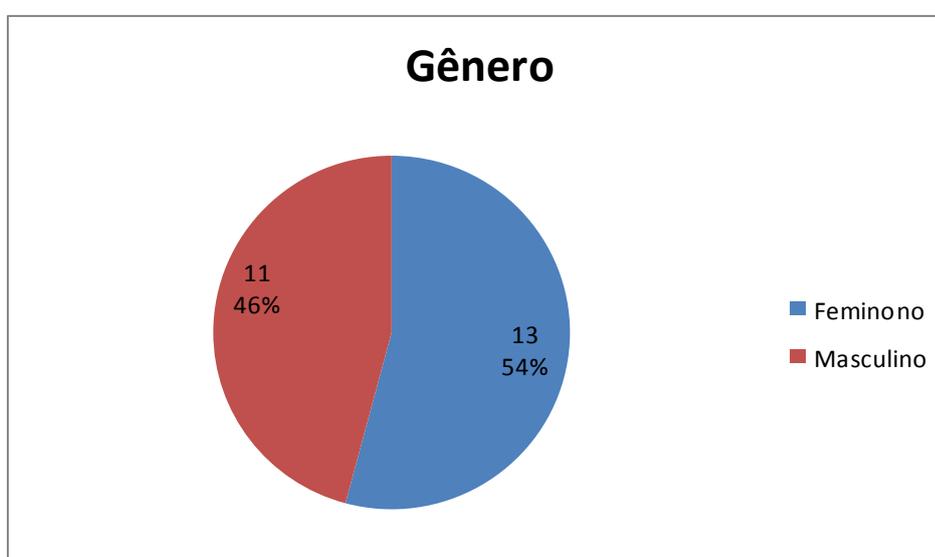
Durante alguns encontros da CIR não foi possível realizar as entrevistas devido à complexidade da situação e a ansiedade dos gestores em fazer trocas e buscar soluções para seus problemas durante a reunião, pois buscavam soluções e alternativas para os problemas que estavam enfrentando em seus municípios. Procurava chegar antes da hora agendada para a reunião para que pudesse convidar os gestores que ali já estavam e realizar a entrevista sem atrapalhar a pauta da reunião, pois alguns demonstraram não querer realizar durante a mesma, devido ao pouco tempo que tinham em contato com os demais gestores para refletirem e buscar soluções sobre os assuntos a serem abordados. Foi possível também combinar com alguns gestores a realização da entrevista após a reunião, porém alguns eram de municípios mais distantes e colaboraram com esta autora para que não precisasse se deslocar até seus municípios. Devido a este contratempo foi sugerido também que enviassem por e-mail as respostas das perguntas do questionário, assim, podiam responder com calma e reenviar a esta autora. A espera levou uns dois meses e somente alguns responderam por e-mail, e, ao entrar em contato novamente por telefone muitos disseram não ter recebido e que poderia enviar novamente. Um gestor respondeu por e-mail a dificuldade em responder o questionário por não sentir-se capaz de responder devido ao pouco tempo que estava na gestão. Assim, devido à preocupação com o prazo da pesquisa foi necessário ir até os gestores em seus municípios sendo necessário fazer contato prévio e agendar um horário para a realização da entrevista. A partir deste momento as entrevistas começaram a fluir e os gestores demonstravam-se receptivos para receber esta autora. Foi realizado um trajeto para que pudesse, a fins de logística, ser o mais adequado quanto ao percurso a ser percorrido. Sempre que chegava ao município no horário combinado era muito bem recebida pela equipe e pelo gestor.

As entrevistas transcorreram de forma tranquila e tornou-se uma experiência incrível por conhecer a realidade de cada município, suas equipes, considerando os diferentes tipos de gestão com suas dificuldades, potencialidades, forças e ameaças.

Os gestores demonstraram receptividade procurando mostrar seus esforços, a importância do trabalho em equipe e o otimismo mesmo diante da atual situação da saúde no país.

Quanto ao gênero os gestores em saúde foram classificados em 46% do sexo masculino e 54% do sexo feminino demonstrando um equilíbrio conforme gráfico abaixo. Nota-se o dinamismo contemporâneo e a inserção da mulher nos postos de trabalho e no mundo da política.

Gráfico 1: Gênero dos Gestores

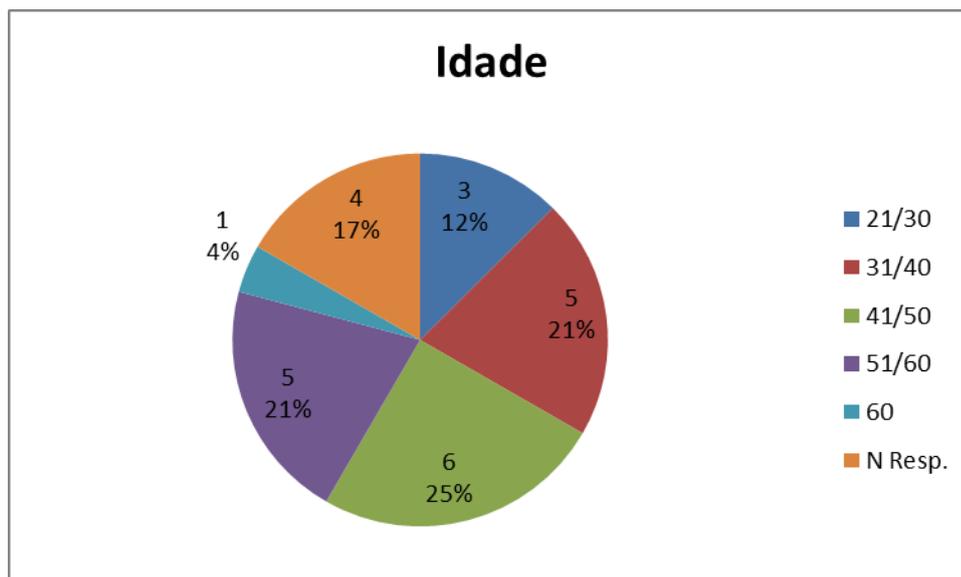


Fonte: A autora.

A idade dos gestores em saúde foi classificada em 12% entre 21 a 30 anos, 21% entre 31 a 40 anos, 25% entre 41 e 50 anos, 21% entre 51 a 60 anos, 4% acima de 60 anos e 17% que não quiseram responder.

A expectativa de vida média do brasileiro alcançou 74 anos e em 2050 ela deverá ultrapassar os 81 anos (IBGE, 2011), este novo perfil de longevidade trouxe desafios a ser enfrentados por diversos setores da sociedade, entre eles o mundo do trabalho (BONIATTI, 2012).

Gráfico 2: Idade dos Gestores



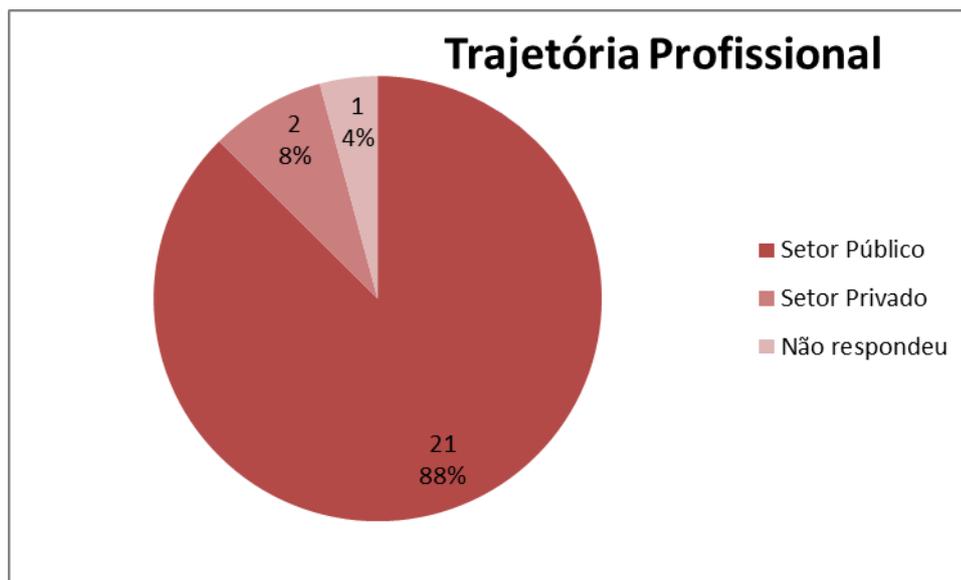
Fonte: A autora.

A pesquisa em média durava 15 a 30 minutos, porém observou a necessidade de alguns gestores em falar e sentir-se ouvidos de seus anseios, suas perspectivas e expectativas. Observou-se que aquele momento também servia como as oportunidades de desabafo ouviam sua própria fala e por alguns instantes na medida em que eram entrevistados, refletiam sobre os questionamentos que eram realizados.

Foi possível sentir na fala dos gestores dedicação, força de vontade, e procurar fazer o melhor, porém relatavam o desconhecimento em alguns setores, como por exemplo, a própria Saúde Mental, os percalços que a gestão pública exige como a política e a atual situação econômica do país.

Como parte da entrevista falava-se sobre a trajetória profissional até chegar ao papel de gestor em saúde, sendo que a maioria identifica-se com o setor público classificando em 88% dos entrevistados, pois já estavam exercendo um cargo público antes de assumir o cargo de gestor em saúde, ou eram cargos de confiança dos gestores municipais, como também há casos em que já eram concursados na prefeitura exercendo atividades administrativas. Dentro deste contexto somente dois gestores, ou seja, 8% advêm do setor privado em que foram convidados após a experiência em saúde hospitalar a exercer um cargo público em saúde.

Gráfico 3: Trajetória Profissional dos Gestores



Fonte: A autora.

Atualmente, o profissional em saúde acaba exercendo funções administrativas ajustando sua competência técnica à competência de gestor. Assim, deve se esmerar em se qualificar nas áreas de gestão, pois a partir de certo tempo no exercício simultâneo da técnica com as atividades de gerência e este servidor (colaborador) se torna um ativo importante para a instituição podendo chegar aos mais altos cargos por conta dessa qualificação.

A chefia imediata deve ficar atenta para poder identificar profissionais que vivenciam o dia-a-dia de uma unidade de saúde com afinidades e interesse por gerenciamento de pessoal, materiais, patrimônio, logística, compra processos, planejamento e execução de projetos e estimular esses colaboradores para comporem sessões administrativas da unidade que pertencem.

Neste sentido, com as reformas estruturais ocorridas no sistema de saúde, aliadas ao processo de flexibilização das relações de trabalho (LIEDKE, 1997), a partir das décadas de 80 e 90, um novo modelo de produção do trabalho emerge, colocando o trabalhador na centralidade do processo, tendo como foco a reestruturação produtiva. Dessa forma, ampliam-se as discussões sobre a intelectualização do trabalho, passando o processo de produção a exigir do trabalhador, além do conhecimento técnico, da qualificação profissional e da incorporação de novas habilidades e competências, a possibilidade de resolver

problemas, de gerenciar e de realizar trabalho em equipe (CASTRO; CAMPOS, 2003).

Durante a pesquisa foi possível constatar a formação profissional dos gestores, sendo a maioria com Pós-Graduação, porém é importante ressaltar que na área da saúde apenas três estavam habilitados sendo um em Gestão Hospitalar e dois em Saúde Pública, os demais realizaram aperfeiçoamento em áreas afins como Direito Previdenciário, Psicopedagogia Institucional, Matemática e Física, Auditoria e Perícia Contábil, Docência para o Ensino Superior, e História. Segue abaixo o resultado da pesquisa quanto à formação profissional dos gestores. Quanto à qualificação no Ensino Superior caracterizaram conforme a tabela abaixo:

Tabela 01: Formação Escolar dos Gestores

Ensino Médio	Número de Gestores
Ensino Médio completo	03

Fonte: A autora.

Tabela 02: Formação Técnica dos Gestores

Nível Técnico	Número de Gestores
Técnico em Contabilidade	03
Técnico em Agricultura e Agropecuária	01
Técnico em Serviços Gerenciais	01

Fonte: A autora.

Tabela 03: Formação Acadêmica dos Gestores

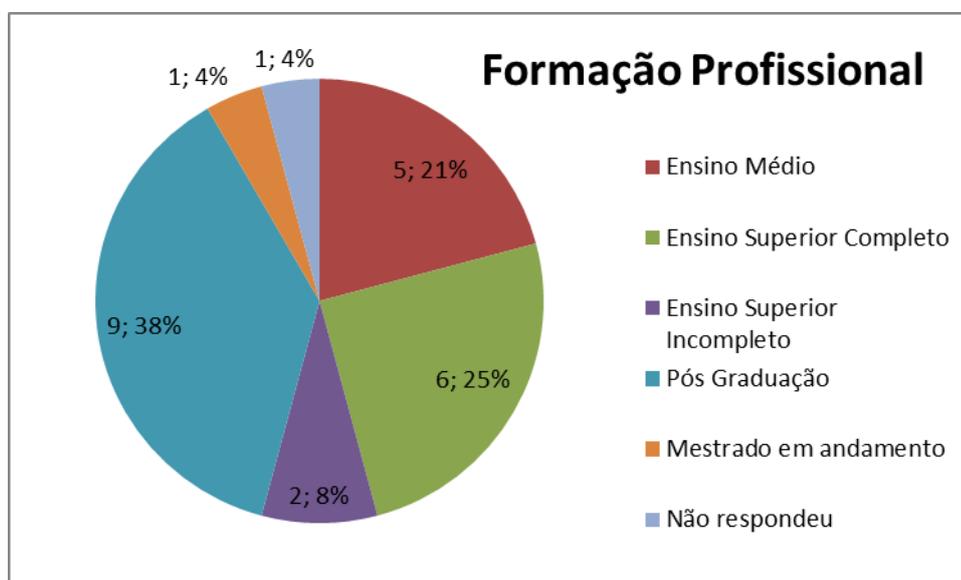
Curso Superior	Número de Gestores
Ciências Contábeis	02
Enfermagem	02
Direito	02
Matemática	01
Pedagogia	02
Administração	03
Odontologia	01
Serviço Social	01
Fisioterapia	01

Fonte: A autora.

A escolaridade não segue um nível padrão sequencial, gradual e permanente, A gestão é a aplicação de conhecimento, habilidades, ferramentas e técnicas às atividades a fim de atender aos seus requisitos de maneira eficiente e eficaz. Para que isso ocorra é necessário conhecimento técnico científico, ou seja, profissionais qualificados. A função administrativa é algo amplo desde o instante inicial de criação de uma atividade até a finalização da mesma e sua consequente avaliação. Assim, o administrador deve estar sempre raciocinando, a partir de uma visão global, já que desempenha essas funções simultaneamente e deve harmonizar esforços em busca de um objetivo preestabelecido (MONTANHA, 2009 *apud* BONIATTI, 2012).

O gráfico abaixo demonstra os dados obtidos quanto a Formação Profissional dos gestores sendo 21% com Ensino Médio, 25% com Ensino superior completo, 8% com Ensino Superior Incompleto, 38% com Pós-Graduação e 4% com Mestrado em andamento.

Gráfico 4: Formação Profissional dos Gestores



Fonte: A autora.

Diante da crescente demanda em ter profissionais cada vez mais qualificados entende-se a necessidade da formação profissional independente do sexo ou faixa etária conforme CATTANI (2000, p. 94):

Formação profissional na acepção mais ampla designa todos os processos educativos adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e

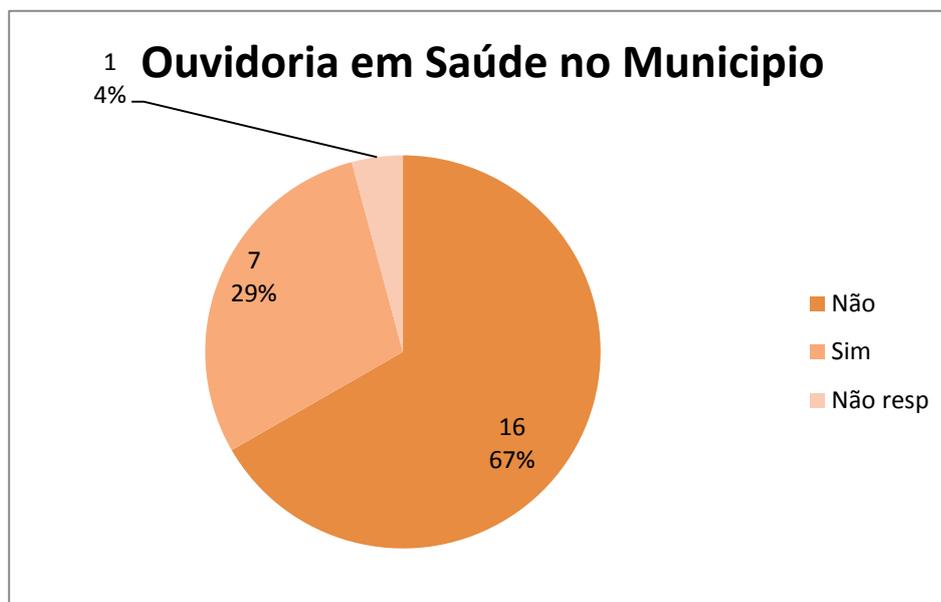
operacionais relacionados à produção de bens e serviços quer esses processos sejam desenvolvidos nas escolas e nas empresas.

Considerando a importância do constante aperfeiçoamento profissional e na perspectiva de que trabalhar com pessoas no setor público exige atualização e estar atento as novas legislações torna-se pertinente propor aos gestores municipais o material audiovisual – CD – que é produto desta Dissertação de Mestrado, que contempla assuntos da Saúde Mental, sua trajetória, importância e atualização de assuntos viáveis para o bom andamento do trabalho realizado em cada município. Tais assuntos podem ser acompanhados no item 3 – “Níveis de Assistência e Rede de Atenção Psicossocial” no produto em anexo. Neste material poderão ser conhecidos os diferentes níveis de Assistência em Saúde em que o Gestor poderá ter em mente a noção de como propor estratégias de intervenção com sua equipe considerando a realidade de cada território. Para isso é necessário fazer a leitura da demanda de sua população, o número de habitantes e o melhor serviço a ser implantado.

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul mantém um serviço de Ouvidoria do SUS considerada um espaço de comunicação entre a população e os gestores do SUS. Torna-se um instrumento que objetiva garantir que as manifestações da população contribuam e subsidiem as ações dos gestores. É um serviço que recebe reclamações, sugestões, solicitações, denúncias elogios e informações relativas à saúde. Dentro desta proposta os gestores municipais são incentivados a manterem um serviço semelhante a fim de acompanhar e solucionar situações em seu território de abrangência.

Na 12ª Coordenadoria de Saúde a realidade demonstrou um desequilíbrio quanto a estes dados, sendo que 67% não possuem este serviço à disposição da população e somente 29% dos municípios possuem serviço de Ouvidoria em Saúde. O gráfico abaixo demonstra a disposição dos municípios.

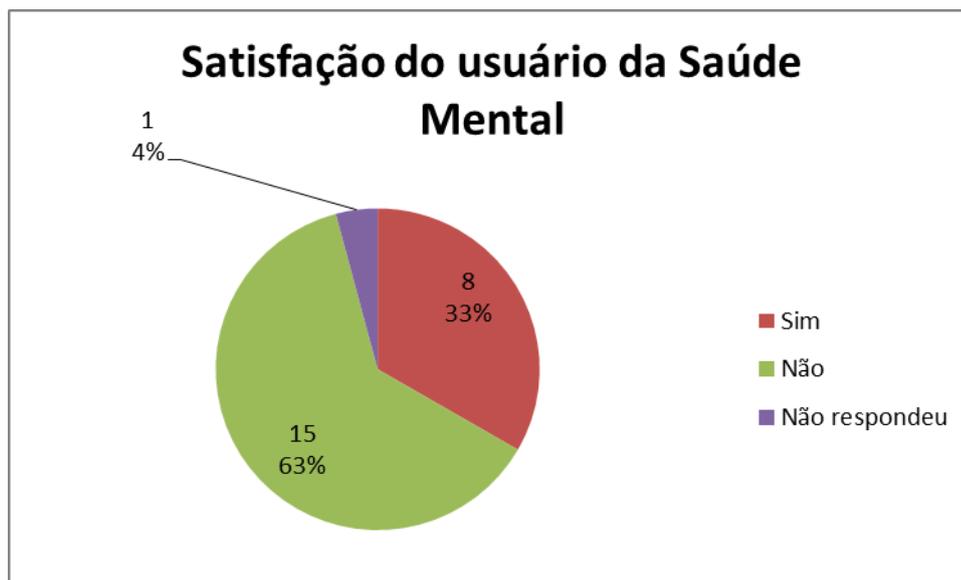
Gráfico 5: Ouvidoria em Saúde no Município



Fonte: A autora.

Dentro deste cenário questionou-se sobre o conhecimento do gestor quanto ao grau de satisfação do usuário da Saúde Mental, sendo que a maioria demonstrou surpresa, pois relatavam que não tinham pensado nessa possibilidade. Assim, conforme o gráfico abaixo, 8% respondeu acompanhar a evolução dos usuários a partir da presença deles na secretaria de saúde, dos relatos dos profissionais que os acompanham e pela diminuição de encaminhamentos, internações, ou seja, a demanda em atendimentos para essas pessoas. Este dado é possível observar nos municípios com número menor de habitantes onde o cotidiano pode ser melhor acompanhado. Por outro lado, 63% dos gestores relataram não ter conhecimento deste dado, porém o questionamento estava oportunizando mais um espaço de reflexão entre os profissionais envolvidos. O gráfico abaixo demonstra o resultado deste questionamento.

Gráfico 6: Satisfação do usuário da Saúde Mental



Fonte: A autora.

Conforme a OMS, a cada US\$1 investido no tratamento para depressão e ansiedade gera um retorno de US\$4 por meio de melhorias na saúde e na capacidade de trabalho do paciente (LABOISSIÈRE, 2016). Assim, a partir destes dados estimam-se pela primeira vez, benefícios financeiros e na área de saúde associados a investimentos no tratamento das doenças mentais mais comuns em todo o mundo. Dados indicam que o quadro de doenças mentais tem se agravado globalmente, sendo que entre 1990 e 2013 o número de pessoas com depressão e/ou ansiedade aumentou em quase 50% passando de 416 milhões para 615 milhões. Esses dados significam que cerca de 10% da população global é afetada por algum tipo de doença mental e que correspondem a 30% das doenças fatais registradas no mundo.

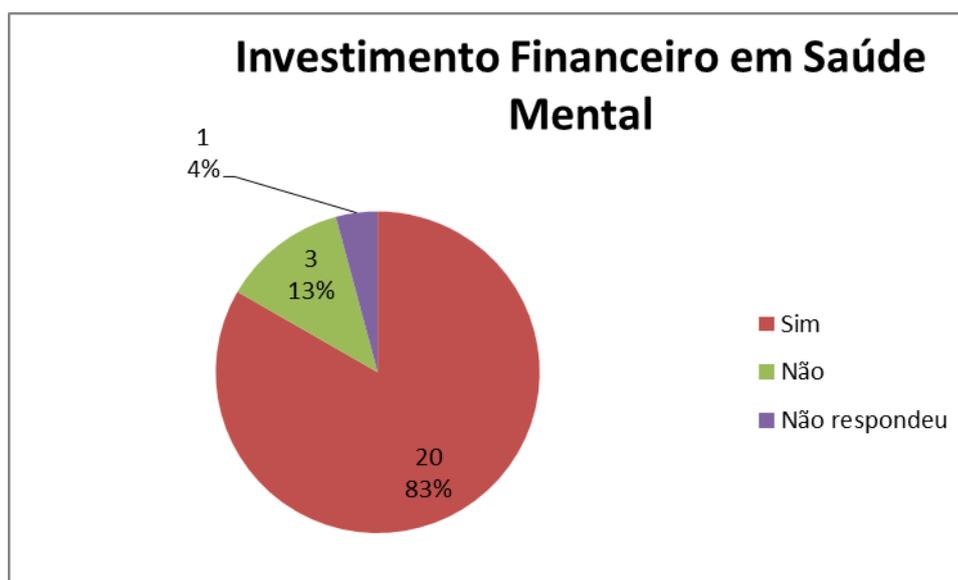
Apesar de haver investimentos que ampliam o tratamento, principalmente no âmbito psicossocial, os resultados se apresentam bem abaixo do necessário, pois de acordo com o *Atlas da Saúde Mental 2014*, os governos gastam em média 3% de seu orçamento em saúde com a área de saúde mental, variando de menos de 1% em países de baixa renda a 5% em países de alta renda (LABOISSIÈRE, 2016).

Partindo deste contexto, a realidade dos municípios da 12ª Coordenadoria de Saúde demonstra algum investimento na área da saúde mental, considerando a disponibilidade de profissionais na atenção Básica (psicólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem) como também alguns serviços especializados como CAPS,

Comunidades Terapêuticas, Leitos em Hospital Geral. Os gestores relatam que os esforços para investir na saúde mental direcionam-se no atendimento/acompanhamento no território, ou seja, com grupos operativos, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.

Assim, o gráfico abaixo demonstra a aplicação de investimento financeiro para os municípios da 12ª Coordenadoria de Saúde.

Gráfico 7: Investimento Financeiro em Saúde Mental



Fonte: A autora.

O quadro seguinte demonstra o orçamento anual utilizado por cada município, os dados obtidos estão dispostos a partir da fala de cada gestor sendo considerado o orçamento total, recursos próprios e recursos para a saúde mental.

Referente a finanças em cada município os gestores responderam o seguinte:

Quadro 1: Orçamento anual utilizado por cada município

Municípios	Orçamento total Aproximadamente da Secretaria de Saúde	Recursos Próprios Aproximadamente da Secretaria de Saúde	Recursos para a Saúde Mental Aproximadamente
Município 01	4.935.467,23	3.011.000,00	3,5% aproximadamente
Município 02	Não sabe	2.000.000,00	Não sabe
Município 03	6.500.000,00	Não sabe	Não sabe
Município 04	2.700.000,00	1.800.000,00	4% aproximadamente
Município 05	4.000.000,00	4.000.000,00	Não sabe

Municípios	Orçamento total Aproximadamente da Secretaria de Saúde	Recursos Próprios Aproximadamente da Secretaria de Saúde	Recursos para a Saúde Mental Aproximadamente
Município 06	Não sabe	Não sabe	Não sabe
Município 07	2.000.000,00	800.000,00	Não sabe
Município 08	4.200.000,00	Não sabe	Não sabe
Município 09	2.000.000,00	1.200.000,00	5%
Município 10	3.000.000,00	20%	Não sabe
Município 11	6.000.000,00	2.500.000,00	50.000,00/mês
Município 12	1.000.000,00	Não sabe	10% aproximadamente
Município 13	3.000.000,00	10%	Não sabe
Município 14	2.500.000,00	15%	Não sabe
Município 15	1.400.000,00	13.000.000,00	6%
Município 16	11.000.000,00	7.000.000,00	8%
Município 17	49.600.000,00	15.700.000,00	130.000,00/mês
Município 18	19.000.000,00	26%	Não sabe
Município 19	4.000.000,00	3.900.000,00	249.800,00
Município 20	Não sabe	Não sabe	Não sabe
Município 21	4.669.000,00	15%	Não sabe
Município 22	2.000.000,00	2.000.000,00	Não sabe
Município 23	1.700.000,00	1.500.000,00	Não sabe
Município 24	Não respondeu	Não respondeu	Não respondeu

Fonte: A autora.

O quadro acima demonstra que a maioria dos gestores entrevistados estão despreparados para administrar o dinheiro público, pois o desconhecimento faz com que os recursos sejam mal utilizados.

Os dados obtidos referentes aos recursos financeiros utilizados na área da saúde mental demonstra o significativo desconhecimento dos gestores em relação à aplicabilidade dos recursos públicos para a referida área. É importante salientar que os recursos utilizados no campo da saúde mental e as estratégias de promoção da saúde contribuem não apenas com a qualidade de vida da comunidade, como também representa economia aos cofres públicos, pois, deve-se considerar o alto custo com o tratamento e a perda de produtividade que os transtornos mentais desencadeiam.

Os dados acima demonstram a necessidade dos gestores estarem atualizados e saberem como melhor usar os recursos financeiros para a área da Saúde mental, o que justifica a pertinência da proposta do produto desta Dissertação de Mestrado que é a capacitação através de material audiovisual. Tais informações podem ser conferidas nos itens 06 e 07 (Legislação Vigente e Cartilhas do Ministério

da Saúde) do produto em anexo que explanam assuntos referentes a legislação vigente, portarias e programas que podem ser implantados nos municípios.

O gestor público deve se amparar de instrumentos que lhe possibilitem acompanhar a execução dos recursos programados, avaliando a qualidade e a satisfação dos usuários do sistema, os resultados e efetividade das ações e serviços oferecidos a população. Visando melhores resultados, deve focar nos objetivos, indicadores e metas dos planos de governo, considerando sua relevância, efetividade e eficiência. Este processo irá colaborar com o planejamento, programação e tomada de decisões (OMS, 1989),

Como desafio, os gestores consideram a dificuldade em administrar a saúde partindo de uma proposta preventiva do que curativa. Os municípios investem muito mais na parte curativa do que preventiva como também, em média complexidade sendo obrigatoriedade de cada município ter uma atenção básica eficiente. Relatam que a população não se consegue conscientizar que prevenindo se evita uma considerável lista de doenças. Preferem fazer uso de diferentes medicações e procedimentos do que aprender a “se cuidar” e buscar uma melhor qualidade de vida.

Quanto ao entendimento dos gestores por “Saúde Mental na Atenção Básica”, os mesmos entendem que a base é o atendimento no território, ou seja, cobram dos profissionais para que os mesmos acompanhem os pacientes e possam dar os devidos acompanhamentos. Consideram os grupos de convivência importante e se referenciam aos CAPS como local especializado para o bom atendimento a estes usuários. Alguns gestores demonstraram desconhecimento quanto a esta área, apenas respondendo como “importante”, porém sem conhecimento de causa delegando a responsabilidade aos demais profissionais (psicologia, enfermagem, serviço social, médicos) e dando autonomia aos mesmos. Gerenciar uma equipe de saúde suscita uma reflexão acerca das possibilidades, de como promover autonomia, das responsabilidades e organização dos profissionais... Vivências, trocas, reconhecimento e respeito entre os diferentes saberes (MOREIRA, 2010).

Observa-se também que há um número reduzido de profissionais especializados que muitas vezes “caem de para-quedas” para assumir uma responsabilidade em um território desconhecido. Estes profissionais precisam de suporte e acompanhamento da gestão para iniciar intervenções e planejar

estratégias que contribuam para a reabilitação dos usuários. Nos municípios pesquisados os profissionais seguem uma caminhada solitária em meio a uma multidão de demandas, saberes, perspectivas e anseios.

Para auxiliar os gestores em um melhor entendimento do que realmente se trata a Saúde Mental na Atenção Básica pode-se utilizar o material audiovisual produto desta Dissertação de Mestrado nos itens 4, 5 e 8 no qual expõe assuntos do Ministério da Saúde sobre a política da Redução de Danos, Reforma Psiquiátrica e um novo modelo de território, e Reabilitação Psicossocial.

Os gestores consideram que contribuem para a formação dos profissionais da Saúde Mental escutando suas necessidades, autorizando para a participação em cursos, congressos e viabilizando financeiramente ações com os usuários. Entre os 24 gestores em saúde entrevistados somente uma gestora já fez parte da equipe da saúde mental em seu município demonstrando assim maior sensibilidade da importância de acompanhar os profissionais, entendendo as dificuldades e as necessidades que a equipe passa no seu dia-a-dia.

Compreende-se que a formação profissional na área da saúde é importante por viabilizar mecanismos sistemáticos que possibilitem a qualificação e aprimoramento de ações intencionais dos profissionais no âmbito da saúde coletiva (RODRIGUES, 2009).

O Ministério da Saúde nos últimos anos vem viabilizando através de parcerias com instituições de ensino, de serviço e sociedade civil, processos de capacitação na área de gestão em saúde em diversos níveis, contribuindo para a readequação dos perfis dos profissionais em saúde e os gestores. Contudo, é fundamental a continuidade desses processos na lógica da educação permanente, para possibilitar a participação de novos gestores para a inclusão de temas estratégicos. (CASTRO; CASTRO; VILAR, 2005).

Nas organizações, profissionais qualificados em suas respectivas áreas aumentam suas capacidades criativas, facilitando e favorecendo a compreensão do novo, do inovador tornando-se assim, mais produtivo, eficiente e eficaz (BONIATTI, 2012).

A ideia de que o ser humano está sempre em processo de mudança e aprendizagem e que o cotidiano interfere de forma privilegiada a aquisição de habilidades e reflexão, a educação continuada vem ao encontro de tal condição à

medida que acena novas possibilidades que ultrapassam a aquisição de conhecimentos.

A articulação de gestão, atenção e controle social, implica todos os atores presente no espaço da organização gerando a possibilidade de construir relações mais horizontais e democráticas, qualificando a assistência em saúde (MOREIRA, 2010).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados do Ministério da Saúde no Brasil indicam que 3% da população brasileira sofrem com transtornos mentais graves e persistentes, 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e drogas e 12% necessitam de algum atendimento, contínuo ou eventual. Torna-se necessário dar suporte pensando em estratégias de promoção em saúde mental tendo um equilíbrio financeiro considerando este um bom investimento. Este fator torna-se amplo devido à complexidade em saúde mental e o cuidado em ter profissionais habilitados e comprometidos com a área. Para que isso tudo aconteça de forma coerente apresenta-se o papel primordial de Gestor em Saúde.

O objetivo desta dissertação de Mestrado foi buscar informações no cenário da Gestão Pública o perfil dos gestores em saúde da 12ª Coordenadoria de Saúde do RS e suas contribuições na formação dos profissionais na área da saúde mental.

Foi possível percebermos diferentes atores da pesquisa, suas expectativas, anseios, objetivos, desafios e decepções. Seus perfis demonstraram o equilíbrio entre o sexo feminino e masculino, quanto à escolaridade, a busca constante pelo aperfeiçoamento sendo a maioria com curso superior e Pós-Graduação. Há uma significativa inquietação por não conhecer como gostariam ou “deveriam” a área de Saúde Mental e as estratégias para um melhor atendimento a população. Tal inquietação pode ser considerada o pontapé inicial para propor a capacitação - produto desta Dissertação de Mestrado composto por material audiovisual subsidiado de informações por orientação do Ministério da Saúde que devem ser seguidas e colocadas em prática. As portarias, leis e cartilhas inseridas no CD são materiais pré-estabelecidos e disponibilizados aos gestores, profissionais ou qualquer cidadão que tiver interesse em aprofundar os conhecimentos. No entanto, o produto em anexo reúne informações que demandaram a partir das entrevistas realizadas com os gestores desta pesquisa tornando-se relevantes a partir das necessidades do território abrangido, ou seja, os municípios da 12ª Coordenadoria de Saúde.

O estudo contribuiu para identificar o investimento regional na área de saúde mental em relação a recursos humanos, financeiros, qualificação profissional e planejamento de gestão.

Os conhecimentos e habilidades dos gestores vão além das dimensões técnica, administrativa, política, ética e psicossocial. Como gestor em saúde é preciso ter coerência e suporte político para a aprovação e sustentação de seus planos de ação. Seu conhecimento, suas habilidades e sua liderança dizem o quanto deve trabalhar com sua equipe sempre em harmonia buscando os melhores resultados.

Conhecer a realidade de cada gestor torna-se uma experiência riquíssima, a pesquisa limitou-se a uma das dezenove coordenadorias de saúde do Estado do Rio Grande do Sul, porém aguça e inquieta pela busca de novas realidades a fim de ter o perfil dos gestores em saúde. Esta iniciativa contribui para a aquisição de novos conhecimentos, nas diferentes formas de atuação, planejamento e desenvolvimento de cada município.

A qualidade dos gestores, o olhar para o crescimento da saúde e especificamente para a Saúde Mental instigou dentro da modalidade do SUS o compromisso com a organização e a qualidade do sistema de saúde.

Os avanços na área da Saúde Mental dependem do potencial e do olhar cuidadoso dos gestores em saúde na articulação intersetorial podendo assegurar o apoio político e trabalho terapêutico entre as linhas e níveis de atuação na gestão e no campo da Saúde Mental. A própria autonomia e o protagonismo do SUS precisam ser rediscutidos, mesmo considerando os avanços alcançados deve-se pensar em bases mais racionais e produtivas considerando o ser humano como sujeito do processo de crescimento, reabilitação e busca incessante pela dignidade e cidadania.

Portanto, os gestores em saúde com o material audiovisual proposto como produto desta pesquisa, poderão ter a oportunidade de fazer trocas, refletir e reorganizar o processo de trabalho em seus municípios. Nesta proposta de Cuidado em Saúde Mental poderão adotar a proposta de um trabalho em caráter multidisciplinar oportunizando e contribuindo para o alargamento de competências e reorganizando poderes e saberes entre os diversos membros de suas equipes. Esta interlocução os fortalecerá e poderão focar no acesso aos usuários as Unidades e Serviços de Saúde, melhorando a utilização de seus recursos humanos e financeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRE, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de unidades básicas de saúde: percepção do gestor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.4, São Paulo, 2007. Disponível em www.scielo.org.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

BELIINI, MARIA Y. BARROS. **Identificação do perfil profissional dos responsáveis pela saúde nos municípios do RS**. Estado do Rio Grande do Sul. Escola de Saúde Pública, 2006.

BERGAMINI, Cecília W. **Psicodinâmica da vida organizacional: motivação e liderança**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1997.

BEZERRA, JR. B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *In: Physis. Revista Saúde Coletiva*, n.17, v.2, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 5, de 19 de fevereiro de 2002. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em fonoaudiologia**.

BARNEY, J.B. Firm resources and sustained competitive advantage. **Journal of Management**, Thousand Oaks, v.17, n.1, p. 99-120, 1991.

BONIATTI, Josiane. **Análise do perfil sócio profissional dos gestores do SUS da região do alto uruguai**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CASTRO R & BRONFMAN MN 1997. Algunos problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud. **Trabalho apresentado no IV Congresso Latinoamericano de Ciências Sociais e Medicina**, Cocoyoc, México. (Mimeo).

CASTRO. E. A. B. CAMPOS. E. M. S. Uma discussão sobre as competências e habilidades de gestores no âmbito do sistema público de saúde. **Revista APS**, v.6, n.2, p.94-98, jul./dez. 2003

CASTRO,J.L.,CASTROJ.L.,VILAR, R.L.A. **Quem são os gestores municipais de saúde no Rio Grande do Norte?** Um estudo sobre o perfil.2005. Disponível em http://observarh.org/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESC-RN/Quem_sao_%20gestores_RN.pdf

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *In: Cadernos de Saúde Pública*, v.20, n.5, set./out./2004.

CECÍLIO LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface Comun Saúde Educ**, 2009; 13(supl.1):545-55.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração de recursos humanos: fundamentos básicos**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

DALMOLIN, Bernadete Maria. **Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DESVIAT, Manoel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1999.

DREJER, A. How can we define and understand competencies and their development? **Technovation**, Amsterdam, v.21, n.3, p.135-146, 2000.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. 5.ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FRANCO, Camila e FRANCO, Túlio. **Linhas do cuidado Integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. 2011. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2013.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Trad. Rosisca Darcy de Oliveira. 4.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. Cap. 3, p. 39-62.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Gestão de Pessoas: enfoque nos papéis profissionais**. 1.ed. São Paulo: Atlas, 2014.

GÜNTHER, Hartmut. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Mai./Ago., v.22, n.2, p.201-210, Brasília, 2006.

HARARI, Angela & VALENTINI. Willians. **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2001.

JUNQUEIRA LAP. Gerência dos serviços de saúde. *In: Anais da Conferência Nacional de Saúde*. Descentralizando e Democratizando o Conhecimento; 1992; Brasília, BR. v.1.

LABOISSIÈRE, Paula. **OMS: investir em tratamento para depressão gera retorno quatro vezes maior**. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2016-04/oms-investir-em-tratamento-para-depressao-gera-retorno-quatro-vezes>

LEVICOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p. 269-291, 2001.

LIEDKE, E.R. Mercado de trabalho e formação profissional. **Revista Brasileira de Educação**, ANPED, São Paulo, n.4, p.60-75, jan./fev./mar./abr./1997.

MACEDO, L. J. **O Gestor em saúde no setor público**. 2009. Disponível em: <http://dsau.dap.eb.mil.br>.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Integralidade e construção de novas profissões no cotidiano dos serviços substitutivos de saúde mental. *In: Revista de Terapia Ocupacional*, v.17, n.3, set-dez, 2006.

MAYO, Andrew. **O valor humano da empresa**. São Paulo: Pearson Education, 2003.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2006.

MEZOMO, João C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Terra, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde**. Área profissional saúde. Brasília: MS/MEC; 2004.

MINAYO. MC & SANCHES O 1993. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** Caderno de Saúde Pública 9(3):239-262.

MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 1991.

PATRIOTA, Lucia Maria. **Saúde mental, reforma psiquiátrica e formação profissional**. São Paula: Saraiva, 2011.

PENROSE, E. **The theory of the growth of the firm**. New York: Wiley, 1959. 272p.

PILLON, Eloisa Helena Ferreira. Saúde Mental em Rede na 12ª Coordenadoria Regional de Saúde: os desafios da co-gestão e suas apostas vinculadas à humanização da atenção e da gestão. **Dissertação em Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Escola de Saúde Pública, Porto Alegre, 2009.

PITTA, M. F. Ana. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, 2011.

RODRIGUES, F. M. **Identificação do perfil profissional dos responsáveis pela saúde nos municípios do RS**. 2006.

ROSSONI, E; LAMBERT, J. Formação de profissionais para o sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. *In: Boletim da Saúde*, v.18, n.1. Porto Alegre, jan./jun.,2004.

SANTOS, F.C.A. **Estratégia de recursos humanos: dimensões competitivas**. São Paulo: Atlas, 1999.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normatizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, v.10, n.2, p. 47-74, 2001.

SIMÕES AR. **Gestão Estratégica nas Organizações Públicas de Saúde: um estudo de caso da consolidação do SUS Municipal [Dissertação]**. São Paulo: Centro Universitário Álvares Penteado, UNIFECAP, 2003.

SOTELO, J. M. Lineamentos generales de la reestructuración psiquiátrica em América Latina. **Atas do II Congresso Ibero-Americano de Psiquiatria**, México, setembro, 1990.

SPECTOR, Paul E. **Psicologia nas organizações**. Tradução de Cristina Yamagami. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

UBEDA E SANTOS. Os principais desafios da gestão de competências humanas em um instituto público de pesquisa. **Gestão & Produção**, v.15, n.1, p.189-199, 2008. Disponível em <http://producao.usp.br/handle/BDPI/4289>

UBEDA, C. L. A gestão de competências em uma empresa de pesquisa e desenvolvimento: um estudo de caso. São Carlos, 2003, 117 p. **Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)**, Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo (USP).

WERNERFELT, B. A resource-based view of the firm. **Strategic Management Journal**, Chichester, v.5, n.2, p. 171-180, 1984.

APÉNDICE

APENDICE A – Roteiro da entrevista realizada com os gestores

Prezado (a) Gestor (a) e ou Responsável Técnico

Já tendo ciência através do “Termo de Consentimento”, gostaríamos de salientar e agradecer a sua participação para a concretização desta pesquisa.

Neste sentido formulamos um questionário, a ser realizado com gestores municipais de saúde de cada um dos municípios que compõem a 12ª Coordenadoria/RS. As respostas servirão para fundamentar a construção do perfil dos gestores em saúde e suas contribuições aos profissionais que atuam na área de saúde mental, objetivo da Dissertação de Mestrado.

MASCULINO () FEMININO ()

IDADE: _____

1) DADOS PESSOAIS

1.1) Fale sobre suas origens, sua família.

1.2) Fale sobre suas características pessoais.

1.3) Quais as características pessoais suas que são mais importantes para sua atuação como gestor em saúde?

1.4) Você teve alguma influência familiar para ingressar neste tipo de trabalho?

1.5) Como você identifica oportunidades?

1.6) Como costuma solucionar problemas?

1.7) Como lida com fracasso?

1.8) Possui outra ocupação profissional?

2) FORMAÇÃO PROFISSIONAL

2.1) Qual sua escolaridade (curso/ano conclusão)?

2.2) Ensino Fundamental ()

2.3) Ensino Médio () Técnico _____

2.4) Graduação _____

2.5) Especialização _____

2.6) Mestrado _____

2.7) Doutorado _____

3) A GESTÃO

3.1) Como você iniciou sua caminhada profissional?

- 3.2) Qual a sua trajetória na gestão pública?
- 3.3) Em que atividades você mais gosta de atuar?
- 3.4) Qual sua rotina? No que você se envolve?
- 3.5) Quantos profissionais trabalham com você na secretaria municipal de saúde?
- 3.6) Quais são os setores estratégicos da sua secretaria municipal de saúde? Planejamento, financeiro, RH? Quais os profissionais envolvidos nestes setores?
- 3.7) Quais as ferramentas utilizadas para tomadas de decisões?
- 3.8) Os sistemas SARGUS, SIOPS, relatório anual, são utilizados?
- 3.9) Como o conselho municipal de saúde está envolvido nas estratégias de gestão da saúde em seu município?
- 3.10) É realizado algum serviço de Ouvidoria em Saúde?
- 3.11) Para você, qual o fator mais importante para o sucesso de sua gestão?
- 3.12) O que você considera as principais potencialidades em sua gestão?
- 3.13) E o que considera as maiores fraquezas em sua gestão?
- 3.14) Quais as principais oportunidades que você percebe como gestor em saúde?
- 3.15) Quais as principais ameaças?
- 3.16) Como é realizada a definição de papéis dos profissionais em sua gestão?

4) OBJETIVOS E METAS

- 4.1) Fale um pouco sobre seus objetivos nesta gestão.
- 4.2) Qual é a principal meta?
- 4.3) O que você considera como diferencial de sua gestão em relação aos governos anteriores?

5) SAÚDE MENTAL

- 5.1) O que você entende por “Saúde Mental na Atenção Básica”?
- 5.2) Existe investimento financeiro na sua gestão para esta área? Quanto aproximadamente?
- 5.3) Existe investimento na formação dos profissionais que atuam na área da Saúde mental durante a sua gestão?

5.4) Qual seria a sua contribuição para a formação dos profissionais que atuam na área da saúde mental?

5.5) Qual a estrutura de serviços especializados na área da saúde mental em seu município?

5.6) Você possui parcerias com entidades não governamentais?

6) POPULAÇÃO/USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS

6.1) Qual o perfil das pessoas que utilizam os serviços de sua secretaria?

6.2) Existe hospital em sua cidade? Existem Leitos Psiquiátricos? Quantos?

6.3) Quais as principais demandas reprimidas?

6.4) Você tem conhecimento sobre o grau de satisfação dos usuários na área da saúde mental?

7) FINANÇAS

7.1) Qual o orçamento total anual da secretaria municipal de saúde?

7.2) Quanto a secretaria municipal de saúde tem de recursos próprios em seu orçamento?

7.3) Qual o percentual é investido na saúde mental em seu município?

8) GERAIS

8.1) Tens mais alguma colocação/comentário que queira fazer relacionado a gestão em saúde mental que não foi abordado por essa pesquisadora?