

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós- Graduação em Enfermagem

Dissertação

**Inovação Organizacional na Rede de Atenção em Saúde Mental: Um
Estudo Avaliativo**

Fabieli Gopinger Chiavagatti

Pelotas, 2011

FABIELI GOPINGER CHIAVAGATTI

**INOVAÇÃO ORGANIZACIONAL NA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE
MENTAL: um estudo avaliativo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2011

Folha de Aprovação

Autor: Fabieli Gopinger Chiavagatti

Título: Inovação organizacional na rede de atenção em saúde mental: um estudo avaliativo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Aprovado em:

Banca examinadora

.....
Luciane Prado Kantorski (Presidente)
Universidade Federal de Pelotas

.....
Liane Beatriz Righi (Titular)
Universidade Federal de Santa Maria (CESNORS)

.....
Valéria Cristina Christello Coimbra (Titular)
Universidade Federal de Pelotas

.....
Vanda Maria da Rosa Jardim (Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

.....
Rita Maria Heck (Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Agradecimentos

Aos meus pais, **Milton e Neli**, por toda confiança, carinho, compreensão e incansável apoio em todos os momentos da minha vida.

Ao meu marido **Lucas**, que sempre acreditou em mim quando já não tinha forças para caminhar sozinha. Muito obrigada pelo companheirismo, pelo incentivo, cumplicidade e pelos seus abraços tranquilos...

Ao meu filho **Santiago**, que mesmo sem entender o motivo das horas subtraídas do convívio com a mamãe, sempre esteve presente com carinho e paciência de “gente grande”. Amo muito você!

Aos meus “pais de coração” **Aidos e Vanda** que sempre acreditaram em mim. Obrigada pela força, incentivo e confiança dedicados.

À **Regina Castelli**, minha irmã do coração, pela amizade, carinho e confiança. Obrigada pelo cuidado e acolhida em Pelotas.

Aos meus queridos amigos, colegas do mestrado e de pesquisa **Jandro e Milena** pelos inesquecíveis momentos de conversas e descontração compartilhados. Obrigada pelas palavras de incentivo, pela relação de confiança, respeito, sinceridade e tolerância.

À Professora **Luciane Prado Kantorski**, por suas orientações, apoio, incentivo e paciência em todos os momentos de mais esta trajetória. Obrigada pelos espaços de trocas e aprendizagem constantes proporcionados e pelo exemplo de trabalho e dedicação.

Às Professoras **Valéria Cristina Christello Coimbra, Vanda Maria da Rosa Jardim e Maira Buss Thofehr**n pelas contribuições dadas no exame de qualificação do projeto.

Aos **Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFPel** que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse trabalho.

À **CAPES** pelo apoio financeiro que possibilitou a realização do mestrado.

Ao **CNPq** pelo apoio à pesquisa.

“Talvez não se ‘resolva’ por hora, não se ‘cure’ por agora, mas
no entanto, seguramente, ‘se cuida’”

Franco Rotelli

Resumo

CHIAVAGATTI, Fabieli Gopinger. **Inovação na rede de atenção em saúde mental: um estudo avaliativo**. 2011. 92f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Este estudo trata da avaliação da rede de atenção em saúde mental sob a perspectiva de inovação organizacional desta rede. A proposta da avaliação qualitativa buscou apreender as características estruturais e gerenciais que interferem diretamente no processo de inovação da atenção em saúde mental. A Avaliação de Quarta Geração, desenvolvida por Egon G. Guba e Yvona S. Lincoln juntamente com os pressupostos de inovação organizacional, foram os norteadores do processo teórico-metodológico da pesquisa. A coleta dos dados ocorreu de 02 a 20 de maio de 2010 por meio de entrevistas semi-estruturadas com 12 gestores/coordenadores da rede de atenção em saúde mental do município de Caxias do Sul/RS. As questões que emergiram no processo avaliativo foram agrupadas em três categorias de análise: estruturação em redes de cooperação; presença de práticas gerenciais interativas; e conhecimento e aprendizado contínuo. Foi constatado que a estruturação em rede de cooperação juntamente com processo de gestão orientado por características como flexibilidade e maleabilidade, trabalho em equipe, compartilhamento de objetivos comuns, participação ativa das pessoas envolvidas, agilidade na distribuição de informações com investimento no aprendizado contínuo constituem características que marcam um ambiente propício para o desenvolvimento de inovações. No entanto, alguns limites estruturais importantes, como a presença do Hospital Psiquiátrico e da clínica psiquiátrica contratada, na conformação da estrutura de atenção ao portador de transtorno psíquico são avaliados como comprometedores da estruturação da rede de atenção e do avanço do processo da Reforma Psiquiátrica no município.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Serviços de Saúde Mental; Inovação Organizacional; Gestão em Saúde.

Abstract

CHIAVAGATTI, Fabieli Gopinger. **Innovation on mental health care network: an evaluative study**. 2011. 90f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

This study threats of the evaluation on mental health care network beneath the perspective of organizational innovation of this network. The proposal of the qualitative evaluation searched sized the sctructural and managerial features that directly intervene in process of innovation of the mental health care. The Evaluation of Fourth Generation, developed by Egon G. Guba and Yvona S. Lincon together with assumptions of organizational innovation, were the guiding of theoretical-methodological process of the research. The instruments to collect the datas were semi-structured interview with 12 managers/coordinator of the mental health care network from Caxias do Sul – RS. The questions that came out in evaluative process were grouped in three analysis category: structuring in cooperation network; presence of interactive managerial practices; and continual knowledge and apprenticeship. It was established that the organization on network based cooperation system together with process of management guided by features as flexibility and pliability, teamwork, sharing of commom objectives, active participation of the involved people, agility in distribution of informations with investment in continual apprenticeship constitute features mark a appropriate ambient to development of innovations. However, some structural important limits, as the presence of the Psychiatric Hospital and Convergence Clinic, in resignation of structure of attention to carrying psychic hardship are assessed as implicated of the organization on care network and of the advancement of process Psychiatric Reform in city.

Key words: Health Evaluation; Mental Health Services; Organizational Innovation; Health Management

Lista de Figuras

Figura 1	O mundo do trabalho.....	13
Figura 2	Ilustração da estrutura de uma rede de saúde mental.	19
Figura 3	Tipos e classificação de inovação.	27
Figura 4	Ilustração da estrutura de uma rede de saúde mental, sob a perspectiva de inovação.	32
Figura 5	Marcadores de inovação na rede de atenção em saúde mental.	38
Figura 6	Esquema representativo das variáveis da inovação na rede de atenção em saúde mental.	37
Figura 7	Círculo Hermenêutico Dialético.	47
Figura 8	Construções do Círculo Hermenêutico Dialético	49
Figura 9	Pontos de negociação no círculo de gestores/coordenadores.....	50
Figura 10	Marcadores de avaliação da rede de atenção em saúde mental.	52
Figura 11	Estrutura de rede de atenção em saúde mental do município de Caxias do Sul/RS	58

Lista de Abreviaturas e Siglas

Ambulatório de atendimento à crianças e adolescentes vítimas de maus tratos	APOIAR
Centro de Atenção Integral em saúde Mental	CAIS Mental
Centro de Atenção Psicossocial	CAPS
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	CAPS ad
Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil	CAPS i
Centro de Educação Superior Norte/RS	CESNORS
Centro Especializado de Saúde	CES
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico	CNPq
Conselho Municipal de Entorpecentes	COMEN
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior	CAPES
Fundação de Assistência Social	FAS
Núcleo de Atenção em Saúde da Família	NASF
Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico	OCDE
Planejamento Estratégico Situacional	PES
Produto Interno Bruto	PIB
Pronto Atendimento 24hs	PA
Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial	REDESUL
Rio Grande do Sul	RS
Secretaria Municipal de Educação	SMED
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	SAMU
Serviço Residencial Terapêutico	SRT
Sistema Único de Saúde	SUS
Unidade Básica de Saúde	UBS
Universidade Federal de Pelotas	UFPeI

Sumário

1 Construção do Objeto de Estudo	112
2 Objetivos	23
2.1 Objetivo geral	23
2.2 Objetivos específicos.....	23
3 Contextualização e Fundamentação Teórica.....	24
3.1 Caracterizando Inovação	25
3.2 Inovação Organizacional	29
3.3 Marcadores de Inovação Organizacional na rede de atenção em saúde mental.....	31
4 Caminho Metodológico.....	39
4.1 Caracterização do estudo.....	40
4.2 Local do estudo	42
4.3 Aplicação em campo da Avaliação de Quarta Geração no caso de Caxias do Sul/RS.....	44
4.4 Análise dos dados.....	51
5 Resultado do Processo Avaliativo.....	54
5.1 Avaliação dos marcadores estruturais.....	55
5.1.1 Estruturação em redes de cooperação	55
5.2 Avaliação dos marcadores gerenciais	68
5.2.1 Presença de práticas gerenciais interativas	68
5.2.2 Conhecimento e aprendizado contínuo	74
6 Considerações Finais	79
Referências	83
Apêndices	90
Anexos	92

1 Construção do Objeto de Estudo

Tendo em vista a temática deste estudo que busca avaliar a rede de atenção em saúde mental sob a perspectiva de inovação organizacional desta rede cabe abordar inicialmente um breve histórico das transformações na sociedade atual e na configuração de uma rede de atenção em saúde mental para entendermos o papel da inovação hoje no setor econômico, social, político e cultural.

Intensas transformações econômicas, políticas, culturais, sociais e tecnológicas impactaram as sociedades contemporâneas a partir do final do século XX. O conhecimento passa a ter uma posição privilegiada, enquanto fonte de valor e de poder, provocando profundas alterações na organização social e do trabalho, com a passagem do modelo taylorista-fordista para o modelo informacional – sociedade baseada no conhecimento (CASTELLS, 2008).

A partir da década de 1970, com a crise do padrão de acumulação capitalista firmado no binômio taylorismo-fordismo, teve início o processo de substituição do modelo vigente por formas produtivas flexibilizadas, desreguladas e desregulamentadas. Como consequência, surgiu a necessidade de formular e de implantar novos modelos de gestão e organização do trabalho (CASTELLS, 2008).

No modelo taylorista-fordista, característico da sociedade industrial, a organização do trabalho baseava-se numa rígida repartição das tarefas, numa nítida hierarquia de funções e numa forte divisão entre planejamento e execução, ou seja, separação do trabalho intelectual e trabalho manual. Já o paradigma informacional, característica central das sociedades baseadas no conhecimento, possibilita uma nova organização do trabalho através da integração sistêmica entre diversos setores, práticas gerenciais interativas, equipes capazes de tomar decisões, produção e utilização intensiva de informações, ênfase na flexibilidade de funções e

uma profunda reorganização do processo educativo, das relações sociais entre gêneros e idades, e dos sistemas de valores (MACHADO, 2007).

A figura 1 a seguir, desenvolvida por Mello e Filho (2010), resume as características mais marcantes sentidas no mundo do trabalho dos dois últimos paradigmas tecno-econômicos.

Perspectiva industrial (taylorismo/fordismo)	Perspectiva da sociedade do conhecimento
1920/30 a 1970/80	1970/80 a ?
Operador	Ator, reflexivo
Trabalho rotineiro, manual	Trabalho requer capacidades de análise, abstração e generalização
Executar o prescrito	Tomar iniciativas, atitudes
Executar ações	Executar ações/atenção a acontecimentos
Saber-fazer individualizado	Saber agir coletivamente
Esquemas elementares	Esquemas tecnológicos complexos
Rigidez no sistema de produção	Flexibilidade de produtos e processos
Gerenciamento pelo controle	Gerenciamento pela liderança
Repetição, previsibilidade	Inovação, imprevisibilidade
Simplicidade e não qualificação	Complexidade e competências
Exigência unidimensional	Exigência multidimensional, polivalência

Figura 1– O mundo do trabalho.
Fonte: MELLO; FILHO, 2010.

O quadro acima citado nos ajuda a compreender as principais transformações geradas, principalmente, no mundo do trabalho. Porém, estas ultrapassaram o universo industrial invadindo e reconfigurando o desenho social, político, econômico e cultural de uma sociedade. Essas alterações tecnológicas e econômicas introduziram mudanças nos padrões de sociabilidade alterando significativamente a relação dos indivíduos e da própria sociedade com o processo de inovação. Assim, a chamada sociedade informacional ou sociedade em rede (CASTELLS, 2008) gera uma dinâmica globalizada, altamente tecnizada e com

ênfase na utilização intensiva do conhecimento gerando interações e favorecendo o processo de inovação.

Fundamentando-se em um amplo conjunto de informações empíricas com base em uma teoria sociológica, Castells (2008) em sua obra “Sociedade em Rede” postula que as sociedades são organizadas em processos estruturados por relações, historicamente, determinadas de produção, experiência e poder. Desta forma, descreve a sociedade contemporânea como uma sociedade globalizada, centrada no uso e aplicação de informação e conhecimento alterada aceleradamente por uma revolução, principalmente, tecnológica, mas capaz de gerar profundas mudanças nas relações sociais, nos sistemas políticos e nos sistemas de valores.

Trazendo para o setor saúde estas mudanças aceleradas nos mercados, nas tecnologias e nas formas organizacionais e sociais com acesso facilitado ao conhecimento e informação têm gerado inovações em formatos bastante heterogêneos, destacando, principalmente, as mudanças organizacionais das instituições.

As inovações organizacionais referem-se, principalmente, ao modelo de gestão gerando possibilidades de flexibilização e com aumento do desempenho organizacional baseadas em formas de gestão, no qual o trabalho em equipe é reconhecido e orientado por responsabilidades e não por ordens, em que as decisões sejam colegiadas, em que a gerência seja orientada para o ambiente externo de forma a privilegiar os usuários do sistema (RIETRA, 1999).

Embora o processo de inovação esteja mais atrelado a inovações técnicas, baseadas na microeletrônica, na informática e em novas tecnologias de comunicação este não é exatamente o foco deste estudo, que busca aprofundar-se em avaliar a rede de atenção em saúde mental a fim de identificar marcadores estruturais e gerenciais que visem superar modelos e paradigmas tradicionalmente instituídos, especificamente, capazes de gerar mudanças na forma de perceber e lidar com a loucura em um ambiente, hoje marcado, por fortes transformações.

A cooperação entre serviços, na forma de redes, tem-se destacado como configuração organizacional alternativa, em resposta às recentes transformações econômicas e sociais. Esta nova configuração tem provocado um novo tipo de atuação das organizações, que implica em uma flexibilização da organização vertical, combinando-a com uma atuação horizontalizada, ou seja, em cooperação ou intercâmbio com outras organizações. Desta forma, a organização em rede é determinante para o compartilhamento da informação e do conhecimento, ou seja, esta favorece a interação entre os diversos atores ou grupos de interesse envolvidos promovendo o compartilhamento da informação e do conhecimento, indispensáveis para o fomento de inovações (TOMAÉL; ALCARÁ; DI CHIARA, 2005).

Especificamente, em relação à atenção em saúde mental, esta tem passado por transformações importantes não somente em relação às práticas de cuidado, mas também às formas de perceber o usuário. Esse contexto de mudanças é permeado pela inovação de ideias, de conceitos, de atenção, enfim por uma gama de “novas ações”. Contudo mesmo nesse cenário mutante, ainda são incipientes os trabalhos que abordam tal temática.

Quando pensamos em avaliação dos serviços de saúde Amarante e Torre (2007) referem que é através da avaliação em saúde que os *feedbacks*, interpretações e confrontação das contradições do cotidiano podem ser transformados em avanço e desenvolvimento. Sendo que o processo de qualificação, eficiência e eficácia de ações e produtos depende, basicamente, de uma tríade que engloba informação, comunicação interativa e avaliação.

Ao avaliar o potencial inovador de uma organização, neste caso, a rede de atenção em saúde mental, faz-se necessário analisar várias características e dimensões pertinentes às competências organizacionais envolvendo aspectos estruturais, gerenciais e de relacionamento, verificando de que forma favorecem ou restringem a sua capacidade inovadora.

Amarante (2007) retoma que foi após o período das duas grandes Guerras Mundiais que a sociedade passou a refletir sobre a natureza humana, com relação à solidariedade e crueldade entre os homens o que tem gerado intensos movimentos

no sentido de gerar mudanças significativas na forma de como o Estado e as organizações estavam respondendo questões particulares de ordem social. A partir de então foram lançados olhares sobre o manicômio e compreendeu-se que estes deveriam ser modificados, pois as práticas desenvolvidas nesse contexto eram muito semelhantes ao que ocorria nos campos de concentração, com oferta de condições desumanas de abandono e descuido. Surgiam, assim, as primeiras experiências inovadoras em relação à Reforma Psiquiátrica.

Vários movimentos, principalmente na Europa, surgiram visando a extinção dos manicômios e invenção de novas formas de cuidado em liberdade. No Brasil, o Movimento de Reforma Psiquiátrica teve início no final da década de 70, a partir de reflexões e críticas ao modelo em vigor na época, o qual promovia a segregação e exclusão social (BRASIL, 2005). Este movimento foi inspirado na Reforma Italiana sob influência de Basaglia embasado teoricamente com sua produção teórico-prática da formulação de sua epistemologia da complexidade a qual considera as contradições reais do sujeito, do sofrimento e da cura, superando a lógica estática, de ideal, de equilíbrio e normalidade existente na loucura (AMARANTE, 2010).

E é em meio a esse cenário de conflitos e mobilizações suscitados pela indignação social que é instituída a Lei nº 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001), a qual redireciona o modelo de assistência em saúde mental, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental. A partir desse marco político, ocorrem diversas mudanças no campo psicossocial, sendo estabelecida uma rede de atenção em saúde mental composta por diversos dispositivos com propostas de oposição ao modelo manicomial. Estas experiências têm sido apontadas como exemplos bem sucedidos dentro da tendência de inovações orientadas para a mudança no modelo assistencial.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira coloca-se, justamente, como um processo complexo e sempre contínuo de um movimento social e político envolvendo diferentes atores e espaços. Essa é compreendida como um conjunto de transformações de saberes, práticas, valores sociais e culturais ocorrendo no dia-a-dia dos serviços, nas instituições e nas relações interpessoais marcado por tensões, impasses, desafios e conflitos (BRASIL, 2005).

De acordo com Souza, Kantorski e Pinho (2009) a Reforma Psiquiátrica visa superar o poder disciplinador sobre os corpos o que legitima a execução de um processo que leva gradualmente à desapropriação do ser, à exclusão dos espaços sociais, negando assim a liberdade de ir e vir, confinando o sujeito e promovendo-o ao estatuto de ser-doente.

Mattos (2004) ressalta que este processo de superação do modelo institucionalizante, visando a integralidade da atenção significa aos profissionais adicionar no seu contexto de trabalho rotinas ou processo de busca sistematizada das necessidades mais silenciosas, menos vinculadas à vivência individual do sofrimento. Para os gestores isso se traduz pela criação de dispositivos e adoção de processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das demandas pela população a partir de experiências particulares de sofrimento, construindo ações voltadas para a promoção e prevenção.

E é justamente nos dilemas e obstáculos desta transição paradigmática no campo da atenção em saúde mental que se encontra o maior desafio no que diz respeito à avaliação de políticas e instituições de saúde mental. A política de saúde mental implementada pelo SUS é uma política substitutiva, baseada na desinstitucionalização (LANCETTI, 2007). Esta, no entanto, resulta da tentativa de resgatar a autonomia das pessoas em sofrimento psíquico, proporcionando novos espaços para a reconstrução de sua vida.

Muito além de uma desospitalização ou mudança estrutural e organizacional, a desinstitucionalização, implica em criar novas perspectivas de atenção calcada na lógica de cuidar em liberdade, inventando formas de cuidado junto às redes sociais do sujeito portador de sofrimento psíquico, junto à família, percebendo nos espaços sociais um grande aliado neste processo de atenção.

Para Rotelli et al. (2001), a desinstitucionalização é um processo crítico de negação da instituição psiquiátrica enquanto ideologia e de invenção de novas instituições e novos arranjos em saúde. Nesse sentido, torna-se um processo complexo que nunca cessa de se transformar e de enfrentar novas contradições, em

que só é possível quando técnicos, gestores e atores sociais diversos conseguem sustentar uma contínua prática de reinvenção.

Conforme Amarante (2007) esse processo social complexo pode ser compreendido pelas dimensões teórico-conceitual, sociocultural, técnico-assistencial e jurídico-política. Essas dimensões precisam ser aprofundadas e desmistificadas, visto que o conhecimento acumulado construído no contexto da psiquiatria traz um cientificismo naturalista, biologicista, revelando que esta concepção de ciência é arraigada na formação e visão dos profissionais da área.

Nesse contexto, como resultado da construção da proposta da reforma psiquiátrica, o movimento de transformação no campo da saúde mental passa por importantes mudanças caracterizadas pela criação de novos serviços. Surgem, assim, nos serviços substitutivos, novas possibilidades de atenção terapêutica que pretendem superar a linearidade de uma clínica reducionista, para um olhar mais ampliado do indivíduo.

Para Kantorski (2008) essa clínica ampliada pressupõe uma diversidade de ações, pensadas cotidianamente a partir das demandas dos usuários. A construção dessas ações é um grande desafio, pois o cuidado não se reduz na execução de ações que visam tratar a doença, passa por uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento com o outro, exigindo intervenções marcadas pelos diversificados projetos de vida do usuário.

Dentre as novas experiências, destacamos o surgimento de diversos dispositivos que juntos se conformam em uma rede de atenção na tentativa de abarcar as diferentes redes (sociais, institucionais, formais e informais) presentes no território do sujeito. A estruturação de uma rede de atenção em saúde mental, substitutiva ao hospital psiquiátrico, é percebida como um meio de promover, ao indivíduo portador de transtorno mental, possibilidades de cuidado, de escolhas, de trocas e, principalmente, de liberdade.

Castells (2008) define rede como um conjunto de nós interconectados e que por sua maleabilidade e flexibilidade oferece uma ferramenta de grande utilidade

para dar conta da complexidade da configuração das sociedades contemporâneas sob o paradigma informacional.

Brasil (2004) refere que a rede de saúde mental tem como objetivo ser de base territorial, diversificada, complexa, e deve constituir-se num conjunto concreto e vivo de referências para outros serviços. Apenas uma rede, com seu potencial de construção coletiva é capaz de fazer face à complexidade das demandas e de garantir resolutividade e a promoção de cidadania e autonomia aos indivíduos com transtornos mentais.

Desta forma, o Documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) apresenta uma ilustração de como deveria se estruturar a rede de saúde mental de um município (Fig. 2).



Figura 2– Ilustração da estrutura de uma rede de saúde mental.
Fonte: BRASIL, 2005.

Observamos no esquema acima o entendimento de que o processo de cuidar em liberdade envolve diferentes dispositivos e espaços não articulados entre si, mas centrados em um único dispositivo que é o Centro de Atenção Psicossocial

(CAPS). Todavia, mesmo percebendo a necessidade de articulação com espaços como a família, a escola, o trabalho, as associações além de dispositivos de saúde esta centralidade compromete o desenvolvimento de um ambiente dinâmico e interativo que sugere a configuração de uma “rede” de atenção.

Partindo do entendimento de que o centro na atenção em saúde mental são pessoas, a estrutura de rede proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), onde o centro é um serviço de atenção se põe como um limite e passa a comprometer todo um sistema de atenção biopsicossocial do usuário. Assim, entendemos que uma rede de atenção deva ser estruturada de forma a garantir o acesso e capaz de responder às diferentes necessidades deste usuário onde quer que ele esteja.

Ainda, para se transformarem em um ambiente, estruturalmente, potencializador de inovações é preciso que estes serviços estejam organizados em redes dinâmicas, flexíveis e interativas facilitando a comunicação entre os diferentes dispositivos, entre os trabalhadores e entre esta e os usuários permitindo o livre percurso em seus diferentes dispositivos. Castells (2008) reforça que a estruturação em rede por sua maleabilidade e flexibilidade é capaz de expandir de forma ilimitada, integrando novos nós desde que estes compartilhem os mesmos códigos de comunicação (valores e objetivos). Segue dizendo que uma estrutura social com base em redes é um sistema aberto altamente dinâmico suscetível de inovação.

Vieira Filho e Nóbrega (2004) concordam que uma estrutura celular não seria capaz de dar conta de toda demanda genérica que a saúde mental engloba. Portanto, a rede deve integrar e diversificar suas intervenções e recursos materiais e humanos, de modo a poder atender a maior parte dessas demandas, no âmbito das estruturas celulares. Situação esta que pode cooperar para o crescimento da rede e para a promoção das mudanças provenientes das instituições totais, dando início a um novo circuito de inovações mais harmônico com o processo de liberdade, cidadania e subjetivação dos usuários.

Santos (2009) complementa que o território é formado por fluxos e fixos, e ao se pensar em uma rede de saúde precisamos pensar nestes fixos e fluxos. Os

fixos, representados pelas casas, ruas, fábricas, igrejas, dentre outros, mas é preciso saber que nesses fixos existem também fluxos e as pessoas são geradoras de fluxos que fornecem novas formas de organização e de formação redes. Os fluxos devem criar espaços de circulação no território constituindo assim redes das mais variadas composições.

Entendemos, portanto, por redes de atenção como uma interligação de ações (fluxos) e serviços (fixos) passível de transformação e reinvenções de papéis e territorialidades, fundamentais para a constituição e operação de diferentes formas de cuidado. Esta articulação em rede rompe com o conceito de centralidade de cuidados, ou seja, oferece dinamismo e flexibilidade aos serviços, a fim de gerar melhores resultados da atenção.

Percebe-se, no entanto, que alguns fatores que favorecem o processo inovativo estão diretamente ligados aos processos gerenciais devendo este estar associado a características como flexibilidade, capacidade de gestão, coordenação e formação de competências, ou seja, quem inova não é uma empresa ou serviço e sim as pessoas que nela trabalham.

Este processo interacional, muitas vezes, favorecido pela construção de uma rede de atenção resulta em avanços nos paradigmas e trajetórias existentes, ou mesmo na conformação de novos paradigmas e trajetórias, uma vez que o processo inovativo deriva de um processo de aprendizagem, de informação ou conhecimento caracterizado pela interação dinâmica entre diferentes atores e organizações (SALLES-FILHO et al., 2000).

Assim, avaliar os marcadores que favorecem a capacidade de inovação na conformação de uma rede de atenção em saúde mental, envolvendo diferentes dispositivos e iniciativas torna-se uma forma de fomentar o desenvolvimento de estratégias de atuação, de incentivo, motivação, controles de processos e oferecer ferramentas de forma a absorver e implementar as informações já existentes, tornando-se relevante para o processo de consolidação de “novas” políticas de saúde e, principalmente no contexto, da atenção psicossocial, uma vez que, indica novas possibilidades de arranjos estruturais e posturas gerenciais do cuidado em

liberdade que buscam favorecer o rompimento com as intervenções rígidas em relação à vida dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Diante dos argumentos expostos, surge o **pressuposto que fundamenta este estudo: a estruturação em rede, já é um fator condicionante para o desenvolvimento de um ambiente favorável de inovação, considerando que algumas características de estruturação baseadas num sistema de cooperação juntamente com características gerenciais interativas favorecem o desenvolvimento de um ambiente relacional ou interativo propício para o desenvolvimento de inovações, ou seja, novas formas de se organizar, gerir e responder às necessidades da população.**

Nesse sentido, surge a questão norteadora desta pesquisa:

Qual a influência dos marcadores estruturais e gerenciais presentes na rede de atenção em saúde mental do município de Caxias do Sul/RS no processo de inovatividade da atenção ao portador de transtorno psíquico.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Avaliar, qualitativamente, a rede de atenção em saúde mental do município de Caxias do Sul/RS, sob a perspectiva de inovação organizacional.

2.2 Objetivo específico

Avaliar os marcadores estruturais e gerenciais presentes na rede de atenção em saúde mental que influenciam o desenvolvimento de novas ferramentas de atenção, fomentando um processo de inovação em saúde mental.

3 Contextualização e Fundamentação Teórica

No contexto atual de intensa competição, o conhecimento é a base fundamental e o aprendizado interativo é a melhor forma para indivíduos, instituições, regiões e países estarem aptos a intensificarem a geração de inovações impondo, assim, uma nova realidade para o século XXI (LEMOS, 1999). De um lado, formulam-se as bases de uma economia assentada na acumulação flexível e, de outro, a constituição de uma sociedade técnico-científica-informacional ou sociedade do conhecimento, centrada na produção de novas tecnologias e na rearticulação e criação de processos organizacionais inovadores, redesenhando, assim a geopolítica mundial.

No campo da saúde, especificamente da atenção em saúde mental, há uma história marcada por anos de exclusão, confinamento, preconceito e afastamento dos sujeitos em sofrimento psíquico do convívio social e familiar. A priori a doença mental era vista como manifestação divina que seriam anúncios de mau presságio. Na Idade Média passou a ser considerada algo maligno, desenvolvida por possessões demoníacas. Em seu modelo clássico a loucura ganhou uma conotação biológica, através da teoria organicista, assim sua manifestação se dava em prol de alguma disfunção orgânica e assim era tratada (FOUCAULT, 2008).

No entanto, críticas ao entendimento e ao modelo de tratamento da loucura geraram diferentes arranjos e estruturas nos mais diversos países, principalmente, na Europa, reformulando não somente o *locus* de tratamento, mas o entendimento e a postura em relação ao louco e à loucura. Esses primeiros movimentos de reforma psiquiátrica no mundo ocorreram após a segunda guerra mundial e no Brasil, o processo é contemporâneo ao Movimento Sanitário que luta por mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, pela defesa da saúde coletiva,

pela equidade na oferta de serviço e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de novas tecnologias de cuidado (AMARANTE, 2007). Assim, a Reforma Psiquiátrica Brasileira pode ser entendida como uma proposta de reformulação crítica e prática que busca o questionamento e a transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria considerado iatrogênico e excludente.

Atrelado a importantes conquistas, paulatinamente, vão sendo estruturadas medidas para uma política pública nacional assentada em diretrizes de caráter reformista, com implantação de experiências inovadoras bem sucedidas em todas as regiões brasileiras.

Nesse sentido, de forma a orientar a avaliação dos marcadores estruturais e gerenciais presentes na rede de atenção em saúde mental que contribuem para o desenvolvimento de estratégias de atuação, fomentando um processo de inovação faz-se necessário uma apresentação dos diversos conceitos de inovação encontrados na literatura bem como fazer uma aproximação do tema inovação com a saúde mental através das mudanças políticas que ocorreram na superação de um atendimento manicomial para a estruturação de uma rede de atenção que atenda as necessidades biopsicossociais dos sujeitos em sofrimento psíquico.

3.1 Caracterizando Inovação

O debate teórico acerca da inovação é bastante amplo e variado. Desde Marx e Engels, já se observava a discussão sobre inovação, sendo esta entendida, por esses autores, como um fator inerente à dinâmica do capitalismo. Apesar de uma longa história de pesquisas sobre inovações, não existe consenso quanto a uma definição única, podendo adquirir diferentes conceitos dependendo do campo de conhecimento e do contexto institucional na qual se encontra (BRASIL, 2002).

Várias pesquisas têm sido desenvolvidas a respeito do tema inovação restringindo-se basicamente às perspectivas econômica, tecnológica, sociológica, organizacional e da psicologia social, além de outras (BARBIERI, 2003; CONDE; ARAÚJO-JORGE, 2003; MACHADO, 2007; KNOX, 2002; VAN DE VEM; ANGLE; POOLE, 2000). Schumpeter um dos mais influentes teóricos do assunto no contexto

empresarial concebe a inovação de um modo amplo, definindo-a como a transformação de conhecimento em novos produtos e processos produtivos (SHUMPETER, 1961 apud BRASIL, 2002).

Segundo o Manual de Oslo - Documento de referência da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2004) que orienta a coleta de dados e a interpretação dos resultados em pesquisas sobre inovação as iniciativas de inovação podem ocorrer em diferentes áreas dependendo do seu foco de atuação: de produtos (introdução de novos bens ou serviços que a organização produz, vende ou fornece); de processos (introdução de novos métodos ou elementos de produção) e organizacional (novo método organizacional nas práticas de negócio da empresa, na organização de seu local de trabalho ou em suas relações externas).

Ressalta ainda que as iniciativas inovadoras organizacionais diferem das de processo por centrarem-se mais nas pessoas e na organização do trabalho. Por sua vez, a inovação em setores de serviços difere da que é comumente associada aos setores produtivos, por apresentar uma estruturação menos formal, menos tecnológica e funcionar de modo mais incremental (mudanças pequenas) (OCDE, 2004).

Para Van de Ven et al. (2000), a inovação é um processo de desenvolvimento e implantação de uma novidade, incluindo novos processos ou o desenvolvimento de novas ideias como uma nova tecnologia, produto, processo organizacional ou novos arranjos.

Ainda, dependendo do contexto em que se encontra a inovação pode ser introduzida em termos de magnitude de dois modos: incremental ou radical (OCDE, 2004). A inovação radical também é denominada revolucionária, disruptiva, descontínua ou de ruptura (CHRISTENSEN, 2001). São aquelas que produzem modificações fundamentais nas atividades de uma organização representando o abandono total das práticas usuais. Já a inovação incremental implica em pequenas diferenças em relação às práticas rotineiras, ou seja, trata-se de adaptações

menores das rotinas organizacionais existentes e que se ajusta a normas e valores já presentes na organização (CROSSAN; APAYDIN, 2009).

Percebemos que o campo da inovação é sobremaneira complexo, cheio de possibilidades, desafiando em geral as tentativas de classificação e simplificação. Assim, a figura 3 insere-se como uma tentativa de detalhar os principais tipos de inovação encontrados na literatura, assim como, sua classificação.

Manual de Oslo (OCDE, 2004);	Tipos de Inovações		
	Inovações Tecnológicas	Produtos (bens/serviços)	Compreende produtos tecnologicamente novos ou substancialmente melhorados.
		Processos	Compreende a adoção de métodos de produção novos ou significativamente melhorados, incluindo métodos de entrega dos produtos.
	Inovações Organizacionais e Gerenciais	Compreende a implantação de técnicas avançadas de gerenciamento; Introdução de estruturas organizacionais, significativamente, modificadas ou a implantação de orientações estratégicas corporativas novas ou substancialmente modificadas.	
VARGAS (2002, 2006); GALLOUJ (1998)	Inovação em Serviços	Trata basicamente da introdução de tecnologias desenvolvidas externamente, que facilitam a prestação do serviço ou a melhoram sua produtividade. Um exemplo, é a introdução das tecnologias de informação.	
	Classificações das Inovações		
Manual de Oslo (OCDE, 2004); CHRISTENSEN (2001); CROSSAN; APAYDIN (2009).	Inovação Incremental	Corresponde a introdução de qualquer tipo de melhoria em um produto, processo ou organização.	
	Inovação Radical ou ruptiva	Significa a introdução de um novo produto, processo ou forma de organização e gestão. Rompe com o atual padrão utilizado anteriormente.	

Figura 3 – Tipos e classificação de inovação.

Fonte: Elaborado a partir de CHRISTENSEN (2001); CROSSAN; APAYDIN (2009); GALLOUJ (1998); OCDE (2004); VARGAS (2002, 2006).

Cabe ressaltar que, notadamente, estas mudanças são altamente interligadas e interdependentes uma vez que mudanças no processo de produção ou na prestação de serviços tendem a produzir concomitantemente inovações na estrutura organizacional.

Mudanças institucionais afetam as organizações, de modo que o microespaço organizacional é envolvido no processo inovativo. Assim, inovação não se trata apenas da introdução de novas tecnologias e mudanças nos processos e serviços, mas é um fator que dinamiza o sistema de produção, desencadeando diferentes reações e demandando políticas que lhe dêem sustentação.

Assim, as novas concepções de inovação que se apresentam hoje são melhores representadas por modelos interativos que visam superar a visão tecnológica baseada na competitividade para uma visão mais interacionista de elementos internos e externos a instituição. Desta forma, enfatizam as noções de *processo* e de *interatividade*, além de incluírem novos *atores* que não aqueles tradicionalmente envolvidos com as atividades de planejamento e desenvolvimento como universidades, indústrias e agências governamentais (CONDE e ARAÚJO-JORGE, 2003). Assim o tema inovação, passa a ter maior destaque a partir da década de 1980, porém, mais associada a noção de integralidade da atenção e de integração de serviços.

Desta forma, a inovação, neste trabalho, pode ser entendida como o processo pelo qual as organizações utilizam suas capacitações e seus recursos para desenvolver novos produtos, serviços, sistemas operacionais ou de produção, formas de trabalho e tecnologias para melhor atender às demandas de seus consumidores (sejam eles usuários de serviços, investidores, pesquisadores, etc). Essa atividade passa a exigir das organizações uma mobilização mais ampla do que a simples criação de um ambiente favorável, mas trata-se de sistematizar todo um processo de geração num contexto flexível, colaborativo e dinâmico desencadeando diferentes reações e demandando políticas que lhe dêem sustentação.

3.2 Inovação Organizacional

Quando pensamos em inovação organizacional ou gerencial a literatura se apresenta com conceitos vagos e abrangentes sobre o que vem a ser uma organização inovadora. Leva em consideração desde a estrutura até a forma de gerenciamento, passando inclusive pela escolha e capacitação do capital intelectual da mesma.

Segundo o Manual de Oslo (OCDE, 2004) a inovação organizacional em uma empresa ou instituição pode ser caracterizada pela introdução de estruturas organizacionais, significativamente, alteradas; implantação de técnicas de gerenciamento avançado; ou ainda, por meio da implantação de orientações estratégicas novas ou substancialmente alteradas.

Knox (2002) enumera quatro aspectos que sustentam uma inovação organizacional: a cultura e o clima organizacional; capacidades e habilidades de gerenciamento; controle e estrutura organizacional; e novos produtos e desenvolvimento de processos. O autor enfoca, principalmente, as questões de mercado, mas salienta que a inovação contínua está baseada nas capacidades e atitudes das pessoas que trabalham na organização.

No entanto, as várias abordagens de organização inovadora, incluindo as ferramentas e estratégias para a inovação, podem sugerir que uma organização que tenha essas técnicas seja inovadora, e outra, que não as tenha, não o seja. Por exemplo, uma organização muito estruturada, com divisões rígidas de rotinas e trabalho não se mostra adequada enquanto ambiente potencializador de inovações (BARBIERI; SIMANTOB, 2007).

De certa forma, este potencial de inovação depende do modelo de estrutura organizacional adotado. Queiroz (2007) aponta que a presença de uma estrutura organizacional com poucos níveis hierárquicos, organizados por equipes de trabalho e com intensa interação vertical e horizontal para aquisição e distribuição de novos conhecimentos facilita a coordenação, a comunicação e a cooperação entre seus membros. Assim, as equipes trabalham com objetivos amplos, evitam planos e orçamentos estruturados e ajustam a direção à medida que adquirem novas

informações e conhecimentos sobre o projeto pensado. Cabe aos altos membros da organização estabelecer e controlar direções e permitir o engajamento das equipes.

Assim, são defendidos novos modelos organizacionais mais adaptáveis às exigências do meio e mais favoráveis a implementação de inovações baseados em aspectos organizacionais de estratégia, estrutura, cultura e tecnologia da informação (QUEIROZ, 2007).

A partir da década de 1980 modelos lineares de inovação sustentados pelas teorias clássicas e neoclássicas são superados por modelos baseados na interação interna e externa das empresas. Ou seja, essa concepção linear da inovação inspira-se em duas áreas de teorização sobre o crescimento e desenvolvimento: as teorias clássicas, que tratam a inovação de modo mecanicista a partir de variáveis internas às empresas e como produto de seus processos internos; e as teorias neoclássicas, que tentam incorporar às forças externas e atribuir a mudança técnica a fatores externos. Em ambos os casos os investimentos em capital físico e humano são determinantes centrais do desenvolvimento tecnológico e a inovação resulta de uma série sucessiva de etapas em um *continuum* linear (CONDE; ARAÚJO-JORGE, 2003).

Segundo Slappendel (1996) o modelo orgânico, diferentemente do modelo mecanicista, é um processo interativo e apresenta como pressupostos básicos que a inovação é condicionada pela interação entre as influências estruturais de uma organização e pela ação dos indivíduos; as inovações são dinâmicas, ou seja, podem ser reinventadas e reconfiguradas no decorrer do processo e pelo próprio processo de inovação.

Desta forma, com base no exposto entendemos que uma organização tende a favorecer os processos de inovação por meio de uma estrutura organizacional e gerencial flexível, mutável e adaptável, baseada no conhecimento e na consulta, com o processo de decisão descentralizado no qual prevalece uma comunicação horizontal e informal gerando um ambiente corporativo e com intenso dinamismo. É desta forma, que olharemos a avaliação da rede de atenção em saúde mental baseada em características de estrutura e gestão da organização.

3.3 Marcadores de inovação organizacional na rede de atenção em saúde mental

Segundo a literatura a respeito de inovação organizacional (BARBIERI; SIMANTOB, 2007; CONDE; ARAÚJO-JORGE, 2003; KNOX, 2002; MANUAL DE OSLO, 2004; QUEIROZ, 2007) alguns aspectos estruturais e gerenciais presentes no contexto organizacional interferem diretamente no processo de inovação das organizações.

A constituição de rede de atenção em saúde mental configura-se como uma condição importante na ruptura do modelo hegemônico, pois favorece o desenvolvimento de inovações e melhorias reais na construção de formas sociais de tratar e cuidar do sofrimento. Foi com base nas idéias de desinstitucionalização como desconstrução (LANCETTI, 2007) e de território como espaço vivo de relações que o modelo de atenção em saúde mental foi proposto no sentido de expandir e consolidar uma rede de atenção extra-hospitalar, de modo a atender as demandas territoriais específicas sem desassistir e indo além da pura desospitalização (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

A configuração da atenção passa a ser oferecida em dispositivos substitutivos em que há produção de cuidados que efetivamente não são produzidos dentro de uma instituição total, configurando-se como um terreno do trabalho vivo em ato, possibilitando a produção e a invenção de práticas cuidadoras (MERHY, 2002).

Com base em seu dinamismo, as redes, dentro do ambiente organizacional, funcionam como espaços para o compartilhamento de informação e do conhecimento. Espaços em que pessoas com os mesmos valores e objetivos trocam experiências, criando bases e gerando informações relevantes para o setor em que atuam.

Conforme verificado por Olivieri (2003), o conceito de rede transformou-se, nas últimas duas décadas, em uma alternativa prática de organização, possibilitando processos capazes de responder às demandas de flexibilidade, conectividade e descentralização das esferas contemporâneas de atuação e articulação social.

Pitta (2001) refere que a estruturação em rede de cuidados traz em si um modelo de compartilhamento de recursos que contempla continuidade e complementariedade. Isso se faz necessário, segundo a autora, para pensar uma estratégia resolutive de cuidados que tenha de responder necessidades múltiplas, de ordem afetiva, material, como renda, moradia, comida, trabalho, habilitação, cultura, lazer e clínica psiquiátrica, psicológica e/ou sistêmica.

Para Santos (2009) uma rede é um conjunto de pontos nodais que são atravessados por fluxos. A rede deve ser dinâmica e estar sempre se adequando aos fluxos. Portanto, rede constitui um assentamento atravessado por fluxos que servem de fio condutor de vários movimentos.

Um esquema do que entendemos por uma rede de atenção favorável ao desenvolvimento de inovações pode ser observado na figura 4. Ou seja, um arranjo composto por vários dispositivos articulados entre si de forma flexível e adaptável conforme a necessidade do sujeito em sofrimento psíquico.

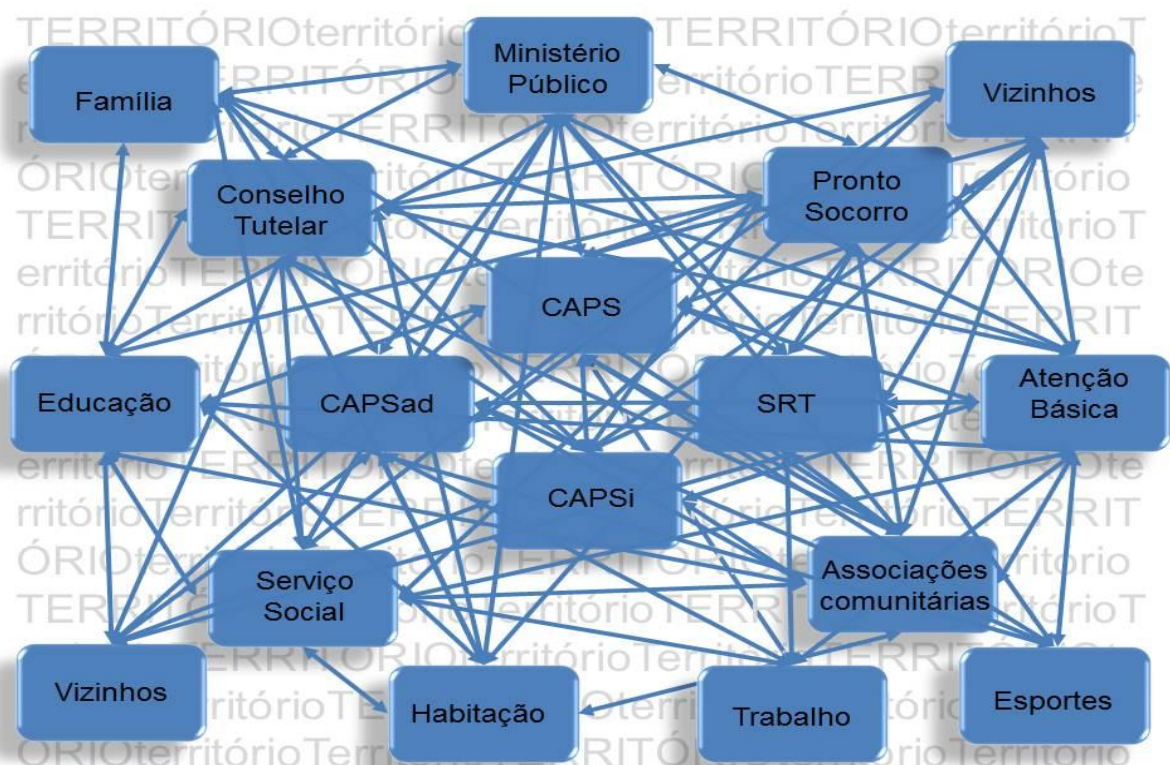


Figura 4– Ilustração da estrutura de uma rede de saúde mental, sob a perspectiva de inovação organizacional.

Fonte: Elaborado a partir dos conceitos de rede adotados por CASTELLS (2008); OLIVIERI (2003); SANTOS (2009).

A não-centralidade na figura do CAPS, como ocorre na ilustração de rede disponibilizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) foi posta de forma intencional, por acreditarmos que qualquer serviço de atenção em saúde mental pode e deve articular recursos dos demais serviços de saúde, dispositivos sócio-sanitários, jurídicos, sociais, educacionais dentre outros, sejam estes formais ou informais (rede de trabalho, família, esportes, vizinhos, amigos, etc). Sobreleva-se que tal articulação envolvendo os diversos componentes e recursos assistenciais é fator essencial para a tarefa de reinserção social, promoção da vida comunitária e autonomia dos usuários dos serviços.

A concepção de território como o *setting* de cuidado é fundamental na construção do cenário estratégico da atenção em saúde mental. Para Amarante (2010) o território é um espaço vivo de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam. É um espaço fecundo de invenção de saúde.

Pitta (2001, pág.278) complementa dizendo que:

“Território é, sem dúvida, um espaço humano socialmente selecionado para a vida e a sobrevivência de um sistema no interior do qual uma prática social se faz, e, é a noção de territorialidade no sentido mais subjetivo, mais fenomenológico, com todas as suas expansões de referências, signos e significados, a melhor nomeação para um terreno sobre o qual uma rede de iniciativas múltiplas agenciam cuidados e inclusão social”.

As setas duplas do esquema ilustrativo não sinalizam apenas a questão da referência, mas o compartilhamento das ações, com fluxos de cooperação e envolvimento dos demais componentes do sistema social e de saúde na atenção aos casos de acordo com a necessidade/demanda específica de cada dispositivo. Os fluxos são representados por traços maleáveis e flexíveis capazes de se expandir integrando novos equipamentos (fixos) de acordo com a necessidade da demanda.

Ainda destacamos a importância de parcerias dentro da rede de atenção em saúde mental. A intersetorialidade é fator determinante para que se garanta a plenitude de possibilidades de independência e autonomia das pessoas com transtorno psíquico. Para Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997) a intersetorialidade é um conceito que engloba as dimensões das políticas sociais e sua interface com

outras dimensões da cidade que também determinam a sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais.

No entanto, uma organização em “rede”¹ não garante a presença de fluxos de interação entre os diferentes nós. Rede de comunicação é a configuração espacial fundamental, assim como sua constituição por diferentes nós, a atuação em rede conecta diferentes pontos com características sociais, culturais, físicas e funcionais bem definidas (CASTELLS, 2008). Assim, a não centralidade em um único dispositivo de atenção torna-se fundamental para um adequado dinamismo, cooperação e troca de informações de forma mais ágil entre os diferentes recursos que compõem esta rede formando um verdadeiro emaranhado de dispositivos.

Para tanto, além de novas características estruturais, posturas gerenciais diferenciadas são percebidas como fundamentais para o fomento de um ambiente favorável à inovação.

O contexto, da Reforma Psiquiátrica, possibilitou a construção de novos arranjos e novas posturas gerenciais estratégicas para a atenção em saúde mental, na qual a produção do cuidado passa a ser motivada por um projeto ético-político que reconhece o usuário como sujeito, interlocutor decisivo na produção do seu projeto terapêutico tendo como base a produção de subjetividade.

Uma estratégia que vise inovação inclui a definição clara do que se quer e de como se conseguirá alcançar tal objetivo, ou seja, um processo que demanda a antecipação das necessidades de recursos, de ações e articulações inter-institucionais, a execução do planejado, a avaliação dos resultados e ações de correção, revendo e aprimorando etapas.

A avaliação de serviços de saúde, atualmente, considera as especificidades de cada contexto, incluindo as relações que produzem reflexos na operacionalização das práticas. No planejamento de saúde, a avaliação deve se adequar ao escopo da intervenção ou da racionalidade que dá suporte às diferentes práticas e contextos,

¹ Ao nosso entendimento somente há a presença efetiva de uma estrutura de rede de atenção quando há fluxo (interação, comunicação, movimentos ou trocas) entre os diferentes nós que a compõem.

além de considerar o caráter multidimensional, que abrange dimensões objetivas e subjetivas (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Franco (2009) ressalta que a gestão do trabalho, especificamente, em saúde mental convive o tempo todo com uma tensão dual. Ao mesmo tempo em que há a necessidade de oferecer liberdade ao trabalhador dispõe de normas, protocolos, portarias como forma de padronizar seu trabalho.

O trabalho em saúde mental é sempre relacional e por isto mesmo, trabalho vivo em ato, como sugere Merhy (2002). Segundo o mesmo autor, é do trabalho vivo que vem a liberdade de atuar, de fazer, de produzir os muitos atos assistenciais que têm por produto final o cuidado. Os fazeres, as práticas de cuidado, vão assumindo, assim, configurações diferentes em espaços e tempos distintos. O trabalhador usa de sua liberdade e subjetividade para desenhar o cuidado e operar seus processos de escuta, atos de fala ou dos afetos.

Franco (2009) ressalta que é nesse ponto principalmente que os gestores erram, pois estão acostumados a ditar normas, trabalhar por protocolos, e prescrever aos trabalhadores o que devem ser suas práticas, e assim acreditam que isto por si só garante que os projetos de organização das redes de cuidado se viabilizem. De certa forma, os protocolos institucionalizam as práticas e limitam a atuação dos trabalhadores impedindo este de mudar suas práticas, acionar novos modos de produzir o cuidado ou reorganizar seus modelos produtivos de atenção, ou seja, de reinventar-se.

A construção de novas práticas só se faz a partir de processos auto-analíticos, em que a velha prática é analisada, podendo ser assim desconstruída, para no lugar produzirem-se novas possibilidades de cuidar. A presença de estratégias para a educação permanente faz com que o inusitado, a singularidade e o desafio de se defrontar com a vida produzam implicação, compromisso e potência no agir individual e coletivo desses trabalhadores. Além disso, a precariedade de espaços de discussão entre os serviços favorece a falta de clareza em relação às atribuições de cada serviço para com aqueles usuários, produzindo uma precária co-responsabilização pelo cuidado destes.

Fonseca (2001) ressalta que a construção do conhecimento está intrinsicamente ligado a um processo de aprendizagem e geração de competências caracterizado pela interdisciplinaridade e interatividade entre os diferentes atores e organizações, onde através do estabelecimento de canais de interação entre fornecedores (entendidos nesse caso como gestores/coordenadores e trabalhadores) e usuários surgem fluxos de informações – demandas, opiniões, críticas – que permitem um contínuo aprimoramento do processo e das relações entre os diferentes agentes.

No contexto de incessantes transformações do mundo corporativo, Mello e Filho (2010) afirmam que o trabalho não qualificado, fragmentado, repetitivo, rotineiro e prescrito, característico do modelo taylorista/fordista foi substituído por um trabalho polivalente, integrado, em equipe, com mais flexibilidade e autonomia, o que exige maior capacidade de reflexão e criatividade por parte do trabalhador. Assim, o maior desafio da área de recursos humanos tem sido integrar as organizações e as pessoas numa única direção considerando mais profundamente os aspectos culturais, os valores, as atitudes, as competências requeridas e as necessidades das organizações e seus colaboradores (SIGOLLO; PRESTES-ROSA, 2002).

Ao analisar o micro-espço dos serviços algumas características tornam-se marcantes e percebidas como fundamentais para o fomento de invenções e geração de novas práticas. São posturas gerenciais que refletem no micro-espço das relações. Entre os fatores que marcam as tendências relacionais de flexibilização das organizações estão a despadronização dos processos de trabalho com ênfase nas relações horizontais e informais, descentralização da produção pela autonomização do trabalho, valorizando, assim, a criatividade e o comprometimento do trabalhador.

De um modo geral, e com base na literatura apresentada, neste trabalho a inovação na rede de atenção em saúde mental é compreendida como dependente de três variáveis – organização em redes de cooperação, práticas gerenciais flexíveis e conhecimento e aprendizado contínuos – conforme esquematizadas na figura 6 a seguir.

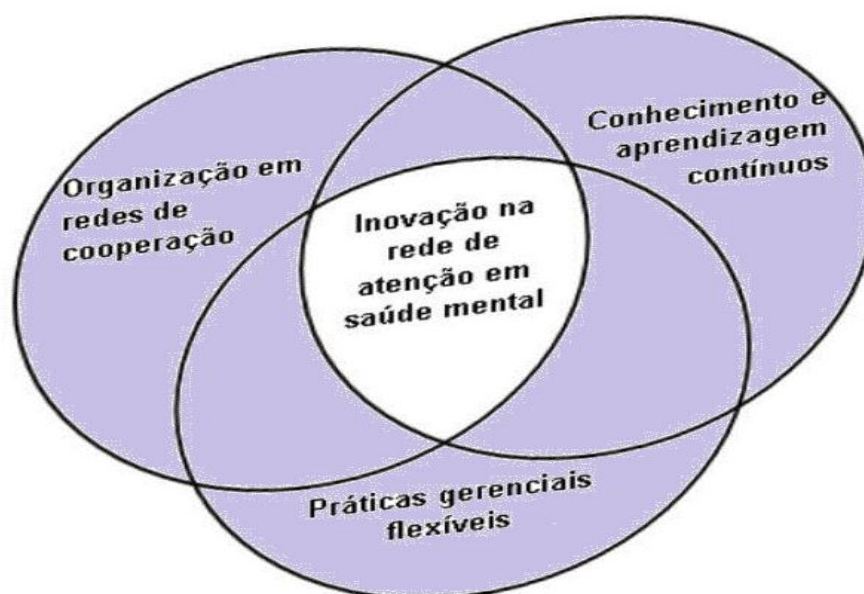


Figura 6 – Esquema representativo das variáveis da inovação na rede de atenção em saúde mental.

Partindo do conceito definido por Olivieri (2003) as redes caracterizam-se como estruturas não-lineares e auto-organizáveis, flexíveis e estabelecidas horizontalmente, as dinâmicas de trabalho das redes supõem atuações colaborativas e se sustentam pela vontade e afinidade de seus integrantes, caracterizando-se como um significativo recurso organizacional para a estruturação social.

Para uma melhor compreensão construímos o quadro a seguir (Fig.5) em que consta de forma discriminada cada um desses marcadores de inovação organizacional na rede de atenção em saúde mental que orientam nossa avaliação.

(Continuação pág. 38)

Marcadores organizacionais		Marcadores de inovação na rede de atenção em Saúde Mental
Características estruturais	- Estrutura e funcionamento em redes de cooperação;	- Produção de lógicas substitutivas em rede com presença de fixos e fluxos; - Geração e oferta de redes de reabilitação psicossocial inclusivas (fluxos intersetoriais, parcerias, discussões de casos conjuntos);
Características gerenciais	- Práticas Gerenciais Interativas; - Relações de poder; - Processo de decisão descentralizado; - Conhecimento e aprendizado contínuos.	- Gestão maleável, flexível e acessível; - Presença de relações horizontais e informais (produção de espaços de escuta e apoio); - Presença de Colegiado Gestor; - Reuniões de equipe sistematizadas; - Construção de espaços de comunicação entre equipe e usuários (assembleias); - Matriciamento com outras complexidades do sistema de saúde; - Investimento na educação permanente dos trabalhadores.

Figura 5 – Marcadores de inovação na rede de atenção em saúde mental.

Estruturalmente, a configuração da atenção em rede torna-se um espaço valorizado para o compartilhamento da informação e para a construção do conhecimento, ou seja, a interação entre os atores, favorecida pela organização em rede, gera espaços que favorecem o compartilhamento da informação fomentando o desenvolvimento de inovações.

Entendemos que o cuidado em saúde mental ocorre por fluxos de encontros sejam estes entre trabalhadores, com os usuários, ou também com outros

equipamentos de cuidado, normas e protocolos, ou saberes estruturados. Assim, a presença de uma gestão flexível, maleável e comprometida em desenvolver uma rede com equipes capacitadas, envolvidas e atuantes de acordo com os desejos dos usuários torna-se fundamental para fomentar um ambiente fértil à inovações e reinvenções de práticas de forma a garantir a integralidades das ações.

4 Caminho Metodológico

4.1 Caracterização do estudo

Este estudo caracteriza-se como um estudo de avaliação qualitativa da rede de atenção em saúde mental do município de Caxias do Sul/RS, a partir da perspectiva de inovação organizacional desta rede, através da Avaliação de Quarta Geração, construtivista e responsiva e com abordagem hermenêutica dialética de Egon Guba e Yvona Lincoln (1989). Trata-se de um recorte do projeto de pesquisa Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL), cuja utilização dos dados foi autorizada pela coordenação da pesquisa (APÊNDICE A).

O projeto REDESUL, buscando ampliar os eixos da avaliação, constituiu-se de um estudo quantitativo e qualitativo. Essas abordagens privilegiam diferentes dimensões do objeto da avaliação que, de forma complementar, oferecem diferentes eixos para os julgamentos, possibilitando uma maior riqueza do conhecimento de como estão funcionando esses serviços. A etapa quantitativa visando avaliar experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial através de uma abordagem epidemiológica concentrou-se em cinco municípios do Rio Grande do Sul (Alegrete, Bagé, Caxias do Sul, Viamão e Porto Alegre), sendo estes selecionados por possuírem Serviço Residencial Terapêutico em sua rede de atenção em saúde mental. A coleta dos dados desenvolveu-se nos CAPS II e nos SRT das cidades selecionadas nos meses de setembro e dezembro de 2009. Para tanto foram aplicados questionários com usuários (392), trabalhadores (209), coordenadores (14), além de coleta de informações nos prontuários e aplicação de escalas aos trabalhadores para avaliação da autonomia (ILSS) e comportamento social do usuário (SBS), além da aplicação do questionário de suporte social (SSQ) aplicado diretamente aos usuários.

Já o estudo de avaliação qualitativa concentrou-se em dois municípios que se destacaram na etapa quantitativa por apresentar características inovadoras na estrutura da rede de atenção em saúde mental, quanto à qualidade dos serviços e potencial de inovação, bem como da alta resolução dos problemas encontrados, ou seja, boa estruturação dos serviços em rede, que permitem um bom trânsito pelos diversos dispositivos que compõe a rede de atenção em saúde mental.

Desta forma, o estudo qualitativo desenvolveu-se nos municípios de Alegrete/RS e Caxias do Sul/RS, orientado pelo referencial teórico metodológico da Avaliação de Quarta Geração, construtivista e responsiva de Egon Guba e Yvona Lincoln (1985,1988,1989) adaptada por Wetzel (2005) e da Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano de Paulo Henrique Martins (2009).

Esta etapa buscou perceber a partir do Serviço Residencial Terapêutico aspectos importantes da estruturação da rede de atenção em saúde mental, comunicação, interação e fluxos entre os diferentes serviços, bem como sobre a rede social do usuário, rede de cuidados e de sociabilidade. Para tanto, utilizou-se instrumentos de pesquisa como a observação participante e entrevistas com usuários/moradores dos SRT I e II, trabalhadores/cuidadores e gestores/coordenadores da rede de atenção em saúde mental.

Os princípios éticos foram garantidos de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da saúde, obtendo a aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas - UFPel sob parecer nº 073/2009 (ANEXO A).

A fim de garantir o anonimato da identidade desses participantes os mesmos assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B) e estes serão identificados seguindo a ordem em que foram entrevistados (ex.: G1; G2).

A coleta de dados ocorreu de 02 a 20 de maio de 2010, nos locais de trabalho dos gestores/coordenadores dos serviços de saúde mental, mediante contato prévio para apresentação dos objetivos do estudo e agendamento da entrevista.

Nesse contexto, o presente projeto de dissertação será realizado a partir dos dados do campo de Caxias do Sul/RS, especificamente do grupo de interesse dos 12 gestores entrevistados.

4.2 Local do estudo

O município de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul, Sul localiza-se na encosta superior do nordeste do estado. Distante 156 km de Porto Alegre. As temperaturas variam de 2 a 36°C, com uma temperatura média anual de 13°C (IBGE, 2010). De colonização italiana, em sua maioria da região de Vêneto, tem sua economia centrada na agropecuária, basicamente pela plantação de uva, maçã e tomate, trigo e milho, criação de gado leiteiro, além da produção de vinho, contando com várias vinícolas e do turismo. É o segundo Pólo Metal-mecânico do país e um dos maiores da América Latina - mais de 6.500 indústrias fazem com que o município responda por cerca de 5,83% do PIB (Produto Interno Bruto) do estado o que o torna o 4º município mais desenvolvido do estado e também o 12º município mais desenvolvido do Brasil, com um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,857.

Segundo o Censo 2010, o município apresenta uma área de 1.644,30 km²; uma população de 435.564 habitantes e densidade populacional de 264,89 hab/km². 49,04% correspondem a população masculina e 50,96% a população feminina, com predomínio, em ambos os sexos, de adultos jovens, na faixa etária dos 25 a 29 anos. A população urbana corresponde a 419.406 pessoas, ou seja, 96,29% e a população rural a 16.158 totalizando 3,71%. A expectativa de vida é de 81,1 anos e a mortalidade infantil ronda os 2,89 óbitos por mil habitantes (IBGE, 2010).

O município faz parte da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, possui 217 estabelecimentos de saúde sendo destes um total de 55 estabelecimentos de saúde público e 162 estabelecimentos de Saúde Privado. O sistema de saúde municipal é estruturado em 39 Unidades Básicas de Saúde (16 unidades com Estratégia de Saúde da Família), uma unidade do SAMU, um Centro Especializado de Saúde (CES), um Hemocentro (HEMOCES), três Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), um ambulatório de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de maus tratos (APOIAR), uma unidade do CAIS Mental, um Pronto Atendimento 24 horas

(PA 24 horas), Central de Exames, Farmácia Central e dois Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

No âmbito da assistência hospitalar o município conta com quatro hospitais, sendo um estadual/universitário, um filantrópico e dois privados, que disponibilizam 617 leitos para o sistema, sendo que destes 100 são leitos psiquiátricos, 90 na Clínica Paulo Guedes, quatro no Hospital Pompéia e seis em hospital geral (BRASIL, 2006).

Caxias do Sul é uma cidade com forte tradição hospitalocêntrica no campo da saúde mental, por muitos anos, os cuidados foram prestados, quase que exclusivamente, pela Clínica Paulo Guedes, hospital psiquiátrico privado, hoje conveniado ao SUS com 100 leitos para internação. A partir de 2002 tiveram início ações de reestruturação da atenção em saúde mental em Caxias do Sul através da instalação de Núcleos de referência regionalizados junto às Unidades Básicas de Saúde. Até o momento foram instalados 3 núcleos junto a UBS Mariani/Reolon, UBS Fátima Alta/Baixa e UBS Eldorado/Ana Rech, com previsão de implantação progressiva de mais 5 Núcleos como forma de abranger todos os territórios de saúde do município. Esses Núcleos estabelecem mediações entre escolas da rede pública e Unidades Básicas de Saúde, a fim de criar rotinas de corresponsabilidade na atenção integral as crianças e adolescentes, bem como suas famílias (BRASIL, 2006).

Atualmente, o atendimento especializado em saúde mental do município é constituído por: três CAPS - o CAPS Cidadania que atende adultos; o CAPS infanto-juvenil; e o CAPS Reviver que atende álcool e outras drogas; dois ambulatorios, um que é o Centro de Atenção Integral em Saúde Mental (CAIS Mental) que atende psiquiatria para adultos, adolescentes e crianças, e psicologia para crianças e adolescentes e o Apoiar que atende crianças e adolescentes vítimas de maus tratos e também alguns abusadores; dois Residenciais Terapêuticos, um tipo I e um tipo II; além do Pronto Atendimento Psiquiátrico que atende urgência e emergência psiquiátrica. A escolha pelo município foi intencional, pois o objetivo não era o de confrontar realidades, mas de buscar uma organização de atenção em saúde mental com indicadores de qualidade dos serviços e potencial de inovação, bem como da

alta resolução dos problemas encontrados. Assim, alguns critérios que auxiliaram na definição deste município foram:

- Possuir uma rede de atenção em saúde mental estruturada;
- Contar com uma gestão da rede mais horizontalizada
- Possui atendimento interdisciplinar como forma de avaliação;
- Possui articulação com recursos do território e com a rede básica de saúde;
- Utiliza os espaços da comunidade;
- Conta com projeto de geração de renda;
- Trabalhador realiza cursos de atualização;
- Trabalhador tem autonomia para usar de sua criatividade de forma individual;
- Grande queda nas internações psiquiátricas em hospital psiquiátrico pós-tratamento nos serviço (de 538 para 48 internações) (KANTORSKI, 2011).

4.3 Aplicação em campo da Avaliação de Quarta Geração no caso de Caxias do Sul – RS

O presente estudo desenvolveu-se a partir da Avaliação de Quarta Geração que é uma forma de avaliação em que as reivindicações, preocupações e questões dos *stakeholders* (grupos de interesse) servem como foco organizacional (a base para determinar que informação é necessária), e é implementada através dos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista (GUBA; LINCOLN, 1989).

Kantorski et al. (2009) constatam que a Avaliação de Quarta Geração possibilita a apropriação do processo avaliativo e dos resultados compartilhados não só pelos pesquisadores mas dos “*stakeholders*” o que amplia o compromisso da utilização dos resultados obtidos e de transformação das práticas de forma a consolidar o modelo de atenção.

Guba e Lincoln (1989) propõem como alternativa às avaliações tradicionais, uma avaliação responsiva, baseada em um referencial construtivista. A avaliação responsiva determina parâmetros e limites através de um processo interativo e de negociação que envolve grupos de interesse e que consome uma considerável porção de tempo e de recursos disponíveis. O termo construtivista é usado para designar a metodologia empregada para realizar a avaliação e tem as suas raízes em um paradigma de pesquisa que é alternativo ao paradigma científico, e também é conhecido por outros nomes (interpretativo, hermenêutico). Um modo responsivo de focar e um modo construtivista de fazer.

A avaliação responsiva parte de reivindicações, preocupações e questões identificadas pelo pesquisador como de interesse denominadas de organizadores de avanço (*advance organizers*) e segue podendo encontrar no grupo de interesse (*stakeholders*) também seus organizadores de avanço tornando-se, desta forma, vítimas potenciais ou beneficiários da avaliação (GUBA; LINCOLN, 1989).

A avaliação não é responsiva apenas porque busca a visão de diferentes grupos de interesse, mas também a medida que responde às questões introduzidas no decorrer da coleta de informações. Compete ao avaliador a tarefa de conduzir a avaliação de forma que cada grupo confronte a suas construções com as demais, um processo que denominamos hermenêutico-dialético. É hermenêutico porque tem caráter interpretativo, e dialético porque implica em comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando um alto nível de síntese. Neste processo, na medida em que cada participante entra em contato com as construções dos demais, suas próprias construções se alteram (WETZEL, 2005).

A metodologia construtivista sugere que os achados de um estudo existem precisamente porque existe uma interação entre observador e observado que literalmente cria o que emerge da pesquisa. Metodologicamente, o paradigma construtivista rejeita a abordagem científica que caracteriza a ciência hegemônica e a substitui por um processo hermenêutico-dialético, contando com a interação observador/observado para criar uma realidade construída o mais informada e sofisticada possível em um ponto particular no tempo (GUBA; LINCOLN, 1989).

O envolvimento dos *stakeholders* ou grupos de interesse na avaliação estão fundamentados nos seguintes argumentos: Os *stakeholders* são grupos de risco porque os resultados da avaliação podem ir contra os seus interesses. No entanto, devem ter a oportunidade de realizar quaisquer reivindicações, ou colocar quaisquer questões que julguem apropriadas para terem as suas demandas honradas, devendo sentir que tem alguma defesa em relação a este nível de risco; os *stakeholders* estão sujeitos à exploração, perda de poder e perda dos direitos civis, ou seja, o poder da pesquisa pode ser usado de várias formas contrárias aos interesses dos grupos; os *stakeholders* são os usuários da informação da avaliação, ou seja, são usuários da informação que percebem como responsiva aos seus anseios, preocupações e questões e, sendo dada uma oportunidade para que tenham suas demandas honradas dentro do processo avaliativo; os *stakeholders* estão em posição de ampliar a extensão da pesquisa avaliativa para grande benefício do processo hermenêutico dialético, assim, esta avaliação exige do avaliador um potencial para entender quais são as reivindicações, preocupações e questões do grupo de interesse em questão; e os *stakeholders* são mutuamente educados pelo processo de quarta geração, ou seja, o seu envolvimento na Avaliação de Quarta Geração é mais do que simplesmente identificar e descobrir as suas reivindicações, preocupações e questões, nesta avaliação o *stakeholder* é forçado a lidar com pontos de diferença e reconstruir as suas próprias construções o suficiente para acomodar as diferenças e conflitos de opiniões (GUBA; LINCOLN, 1989).

Assim, o “*stakeholder*” ou grupo de interesse participante deste estudo constitui-se em 12 gestores/coordenadores responsáveis pela organização e sistematização da rede de atenção em saúde mental do município de Caxias do Sul/RS. Com o objetivo de desenvolver construções conjuntas entre os diferentes sujeitos que compõem o círculo as entrevistas seguiram a abordagem do círculo hermenêutico dialético (Fig. 7).

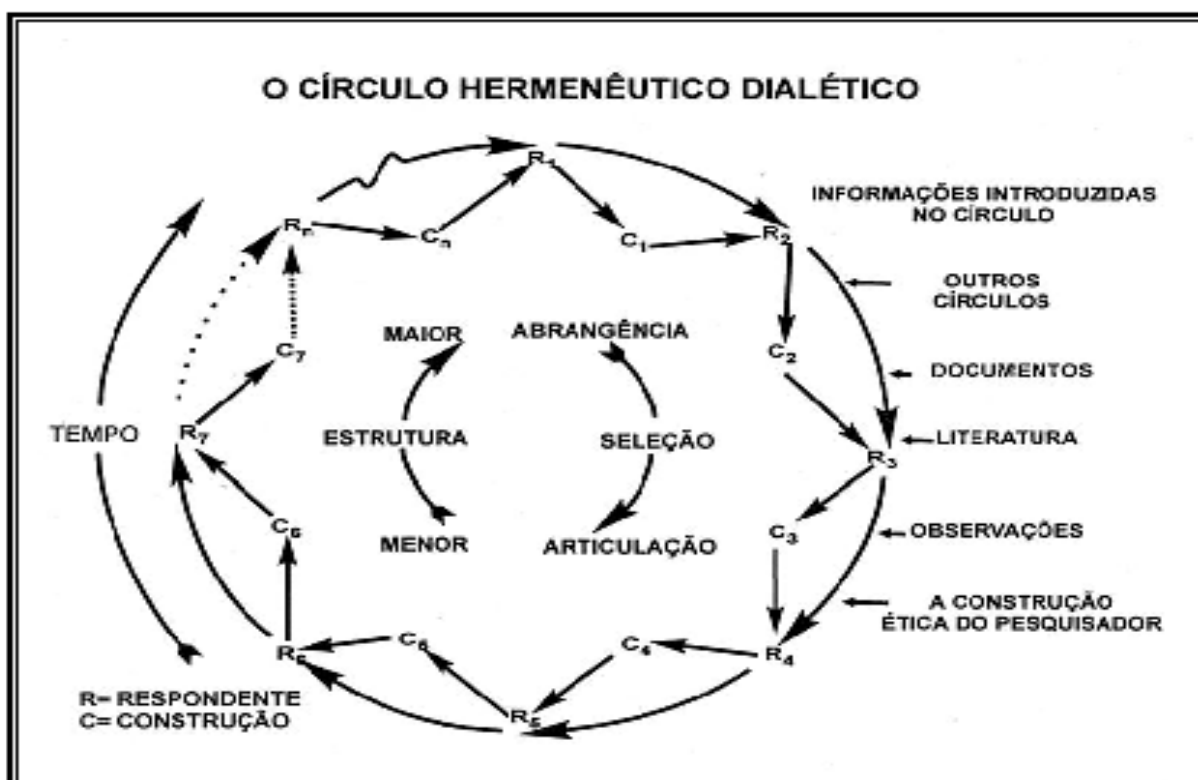


Figura 7– Círculo Hermenêutico Dialético.

Fonte: Traduzido por WETZEL, 2005 a partir de GUBA; LINCOLN, 1989.

O círculo hermenêutico dialético iniciou com a seleção de um respondente inicial (R1), também chamado de informante-chave, sendo realizada a entrevista semi-estruturada compreendendo questões chaves de busca para os achados do estudo. Este respondente inicial ou informante-chave foi a Secretária Municipal de Saúde, previamente identificado e contatado a fim de agendar a entrevista.

Após este momento, o avaliador analisou a entrevista de R1 levantando temas que foram introduzidos na próxima entrevista do círculo. Este momento é designado de construção (C1).

Após, um segundo respondente (R2) foi entrevistado. Quando R2 colocou todas as questões próprias, os temas oriundos da análise da entrevista de R1 foram introduzidos, e R2 foi convidado a comentá-los. Como resultado, a entrevista com R2 produziu informações não apenas sobre R2, mas também críticas às demandas e construções de R1. O pesquisador completou a segunda análise (C2), surgindo construções mais bem informadas e sofisticadas baseadas em duas fontes. O

processo foi repetido através da adição de novos informantes, sendo entrevistados todos os componentes do grupo de interesse indicados.

No decorrer da realização do círculo foram inclusos mais 4 informantes além dos inicialmente indicados, totalizando 12 informantes-chave, conforme apresentados a seguir: a Secretária Municipal de Saúde; coordenadora da Política de Saúde Mental e sua assessora; coordenadora da Atenção Básica; coordenadora CAPS II – Cidadania; coordenadora do CAPS Álcool e Drogas – Reviver; coordenadora do CAPSi – Aquarela; coordenadora do Serviço Residencial Terapêutico; coordenadora do APOIAR (ambulatório que atende crianças e adolescentes vítimas de maus tratos); coordenadora do CAIS Mental (ambulatório); coordenadora do serviço de urgência e emergência 24hs (SAMU - Região da Serra) e diretora geral do Pronto Atendimento 24 horas.

O quadro a seguir (Fig.8) apresenta as questões geradoras que orientaram as entrevistas do círculo hermenêutico-dialético, ou questões iniciais, e as questões desdobradas na sequência de entrevistas. As questões desdobradas no transcorrer das entrevistas consistem nas construções conjuntas desenvolvidas a partir das construções individuais dos integrantes do círculo.

(Continuação pág.49)

Círculo Hermenêutico Dialético dos Gestores/Coordenadores	
Questões abertas	Questões introduzidas
1. Fale sobre o funcionamento da rede de serviços e a sua contribuição na rede de saúde mental para a produção do cuidado em liberdade. 2. Avalie as dificuldades e facilidades que você identifica no funcionamento/fluxo da rede. Justifique. 3. Avalie os espaços na comunidade/pessoas/instituições que contribuem para qualificar a rede social dos moradores do SRT? 4. Como se organiza/planeja/avalia a rede de atenção psicossocial do município? 5. Avalie o potencial de inovação da rede de atenção psicossocial do Caxias do Sul. 6. Como você percebe o relacionamento existente entre a equipe/gestores/e usuários e rede identificando conflitos, alianças e estratégias de superação na produção do cuidado em liberdade?	Posicione-se sobre as seguintes questões: 7. Necessidade de ampliação da rede de atendimento, por distritos sanitários (distritalização, descentralização), não só uma rede de serviços, mas uma rede sócio-assistencial; 8. Solidificação do matriciamento 9. Dificuldades na articulação com a Atenção Básica; 10. Dificuldades na articulação com as outras secretarias por falta de entendimento da política de saúde mental; 11. Interação entre os serviços de saúde mental é dificultada pela falta de comprometimento, perfil e rotatividade de alguns trabalhadores; 12. Relacionamento entre os trabalhadores dos diferentes serviços interfere no fluxo da rede; 13. Estrutura comprometida (Recursos humanos e área física); 14. Reuniões do Colegiado Gestor: momento de trocas e monitoramento dos serviços; 15. Descompasso entre a formação e a assistência que se idealiza. 16. Estratégias de cuidado ao cuidador; 17. Contrato com a Clínica Convergência: <i>“está a parte da rede”, “está corrompendo com a rede de saúde mental”</i>. 18. Qualificação da acessibilidade dos serviços; 19. Parceria com a Fundação de Assistência Social (FAS) torna-se um facilitador do fluxo.

Figura 8 – Construções do Círculo Hermenêutico Dialético
 Fonte: REDESUL, 2011.

Para finalizar a etapa de coleta dos dados houve o momento de validação e negociação das questões para o grupo de interesse. Essa etapa consistiu na organização das construções do grupo, visando a sua apresentação para os mesmos de forma, que pudessem ter acesso à totalidade das informações e tivessem a oportunidade de modificá-las ou afirmar a sua credibilidade.

Para a concretização desta etapa foi agendado um momento com todos os informantes-chave do círculo de gestores. Realizou-se a apresentação dos principais achados com auxílio audiovisual e entregue uma cópia dos resultados em documento *Word* para cada informante presente. Esta etapa teve duração de uma hora e contou com a presença de 6 gestores/coordenadores. Ao final desta etapa de validação ocorreu a etapa de negociação dos pontos mais significativos identificados (Fig.9).

Círculo de gestores/coordenadores
- Rede de serviços em SM. “não vejo como uma rede...é preciso fazer mais trocas, estar mais afinados, mais próximos”. - Contrato Clínica Convergência “está a parte da rede, corrompe todo um sistema” - Rotatividade dos trabalhadores - Não entendimento da política de saúde mental pelas demais secretarias - Aquecer a rede. Construir alianças, espaços de diálogo com os outros serviços e com a gestão.

Figura 9 – Pontos de negociação no círculo de gestores/coordenadores.
Fonte: REDESUL, 2011.

A negociação foi realizada de forma a honrar os princípios da avaliação participativa quando todos os participantes, conjuntamente, compartilham com o avaliador um esforço conjunto para delinear, a partir das construções individuais, a construção compartilhada de determinado grupo de interesse. As conclusões finais e recomendações que emergem desta negociação são alcançadas de forma solidária. Tal interação e reiteração são típicas de uma avaliação responsiva. O avaliador torna-se um mediador e facilitador nesse processo. Qualquer ponto que emergiu do grupo foi considerado como resultado da deliberação e decisão deles.

4.4 Análise dos dados

A Avaliação de Quarta Geração exige que a análise ocorra em processo paralelo com a coleta dos dados, um direcionando o outro numa proposta de avaliação participativa com interferência dos sujeitos em ambos os processos.

Para sistematização da análise dos dados, Guba e Lincon (1989) sugerem que a melhor forma de fazer isso é na forma de estudo de caso (*case study report*), possibilitando que os leitores acessem as construções oriundas da avaliação, não sendo obrigados a concordar com elas. O estudo de caso auxilia os leitores a assimilarem a construção conjunta, mas gerando reconstruções pessoais diferentes tanto das construções negociadas como de suas próprias construções prévias.

Para Yin (2005) a modalidade de estudo de caso permite uma abordagem mais ampla da realidade vivenciada, inserida em um contexto. Esta técnica de pesquisa possibilita uma análise mais profunda e abrangente das situações estudadas.

Assim, a partir do aprofundamento das questões que emergiram nas entrevistas foram identificadas as características estruturais de organização, assim como as características gerenciais que interferem no processo de estruturação da rede de atenção, bem como as principais barreiras para o fomento de inovação na saúde mental, dando origem, então, aos marcadores de avaliação da pesquisa, conforme sistematizado a seguir (Fig.10).

(Continuação pág. 52)

Categoria Analítica	Categoria Operacional	Unidade de Informação	Fragmentos das entrevistas
Características estruturais	- Estrutura e funcionamento em redes de cooperação (interação e comunicação entre os serviços de saúde mental, fluxos e ações intersetoriais, discussão de casos conjuntos);		
Características Gerenciais	- Práticas Gerenciais Interativas (gestão maleável, flexível e acessível); Processo de decisão descentralizado (presença de Conselho Gestor, assembleias, reuniões de equipe, etc);		
	- Conhecimento e Aprendizado contínuo (Capacitação da rede através do matriciamento, educação permanente, etc);		

Figura 10 – Marcadores de avaliação da rede de atenção em saúde mental.

Estes marcadores de avaliação qualitativa foram identificados tendo como base os conceitos de inovação organizacional adotados neste estudo e as informações obtidos na fundamentação teórica, considerando, serem estes, os marcadores potenciais para a geração de inovação na conformação da rede de atenção em saúde mental do município de Caxias do Sul/RS. Assim, como nossas categorias analíticas centrais da avaliação já estão identificadas a próxima etapa constituiu-se em identificar as unidades de informação relacionadas a cada eixo operacional de análise, seguidas por fragmentos das entrevistas.

Guba e Lincon (1985) sugerem a identificação de unidades de informação (*unitizing*) como uma forma mais adequada a definição das categorias de análise. Segundo os autores esta deve ser heurística, ou seja, deve apontar para algum entendimento ou ação que orientem o pesquisador, e deve ser a menor parte de informação sobre alguma coisa devendo ser passível de interpretação sem o acréscimo de outra informação, a não ser uma compreensão do contexto no qual a pesquisa esta sendo realizada. Cada unidade de informação acompanhada pelo trecho da entrevista que a originou foi codificada mediante a designação da fonte.

5 Resultado do Processo Avaliativo

Ao iniciarmos o processo avaliativo da rede de atenção em saúde mental sob a perspectiva de inovação organizacional, lembramos que Rotelli et al. (2001) ao discutir a proposta da desinstitucionalização afirma que se o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar a altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio (em relação ao corpo social), mas está por definição, em estado de não-equilíbrio. De fato, esta é a base da instituição inventada (e nunca dada).

Assim, a estruturação de uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária se enquadra como um dos principais desafios das gestões atuais para o redirecionamento da assistência em saúde mental. Somente a construção de uma rede de atenção é capaz de fazer face à complexidade das demandas e de garantir resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005). Amarante (2010) reforça a importante tarefa de construir uma rede de atenção psicossocial efetiva e, de tal maneira ampla, que possa ser considerada verdadeiramente substitutiva ao modelo psiquiátrico tradicional.

Neste contexto, cabe aos gestores o grande desafio de inovar a fim de possibilitar condições técnicas e políticas que garantam a organização de uma rede de atenção integral à saúde através de dispositivos sanitários e sócio-assistenciais no sentido de responder as demandas deste sujeito complexo em existência-sofrimento na sua relação com o corpo social.

Dentro de aspectos estruturais alguns conceitos como redes de cooperação, intersectorialidade e co-responsabilização fundamentam nossa discussão. Já os marcadores gerenciais são discutidos baseados em conceitos de relações de poder, maleabilidade, flexibilidade, e aprendizado. Entendendo que os marcadores

relacionais são aspectos longitudinais que atravessam a constituição da estrutura de uma organização e o processo de trabalho e gestão desta rede estes serão discutidos juntamente com a avaliação dos marcadores estruturais e gerenciais desta rede.

5.1 Avaliação dos marcadores estruturais

Neste eixo avaliativo serão discutidos alguns pontos importantes na estruturação de uma rede de atenção em seu domínio estático de conformação e seus movimentos, fluxos intersetoriais, sociais e políticos. Como já apresentado anteriormente, a configuração em rede, por si só já presume dinamismo, no entanto, muitas vezes, esta pode ter apenas o conceito. Quando pensado em sua estrutura como propulsora de inovações faz-se necessário arranjos de cooperação, com pactos, valores e objetivos. A partir deste entendimento discutiremos a estruturação de redes de cooperação, olhando para seus nós e seus movimentos.

5.1.1 Estruturação em redes de cooperação

A estruturação de uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária se enquadra como um dos principais desafios das gestões atuais para o redirecionamento da assistência em saúde mental. De fato, as preconizações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) indicam que a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira depende, fundamentalmente, da construção de uma rede comunitária de cuidados, ou seja, vários equipamentos sejam eles de saúde ou não, articulados em redes de cooperação de modo a constituir um conjunto de referências com capacidade de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas.

As redes de cooperação têm sido estudadas a partir de diferentes abordagens teóricas destacando-se as pesquisas na economia industrial, nas redes sociais, e na abordagem de estratégias organizacionais (BALESTRIN; VERSCHOORE; JUNIOR, 2010). Na economia, as redes de cooperação têm sido o arranjo ideal para sustentar as circunstâncias competitivas instauradas pelas recentes transformações econômicas. Este contexto tem exigido das empresas elevados níveis de qualidade, custos baixos, inovação, adaptabilidade e respostas

rápidas de forma, que as empresas estruturadas de forma tradicional (rígidas estruturalmente e hierarquizadas) não conseguem acompanhar. Assim, as redes de cooperação têm a capacidade de facilitar a realização de ações conjuntas e a transação de recursos para alcançar objetivos organizacionais por meio de configurações relacionais e estruturais dotadas de fronteiras dinâmicas e elementos interconectados (BALESTRIN; VERSCHOORE; JUNIOR, 2010; VERSCHOORE; BALESTRIN, 2008).

Na saúde, o desenvolvimento de diferentes arranjos de sistemas de saúde sob a forma de redes vem sendo experimentado em vários países. Esta conformação baseada no policentrismo, na cooperação entre diferentes organizações e na autonomia das mesmas é percebida como uma estratégia para melhorar a efetividade operacional, em substituição ao modo tradicional hierarquizado e centralizado.

Nesse sentido, as redes de atenção à saúde são conceituadas como arranjos organizativos de dispositivos e ações de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas logísticos, de apoio e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado.

O conceito de integralidade remete a idéia de integração de serviços através de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência entre os atores e as organizações, tendo em vista que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos e competências para solucionar os problemas de saúde da população (KANTORSKI et al., 2010). Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004), os discursos e as políticas sobre a integração fundamentam-se, assim, em três linguagens: a estrutural (modificação organizacional), a clínica (modificações nas práticas profissionais) e a da cooperação (novos formatos de negociação e de acordos entre atores e organizações). Assim, muito mais do que novos formatos organizacionais as rede de cooperação emitem um sentido de troca, negociação e acordos entre diferentes dispositivos. Torna-se um espaço de construção de responsabilidades conjuntas com integração e sinergia de políticas.

Cabe lembrar que quando nos referirmos à dispositivos estamos falando de equipamentos formais, sejam instituições específicas de saúde ou não e informais como família, vizinhos, amigos, etc.

Assim, a fala a seguir, apesar de ser um discurso político, representa o envolvimento da atual gestão municipal com a reestruturação da atenção em saúde mental.

a política que Caxias tem em relação a saúde mental é de desconstituir uma rede manicomial e construir uma rede social que absorva este usuário portador de um transtorno ou vivendo em sobriedade, ou ainda que dependente químico. Absorva ele como um ente da sua comunidade, a qual nós somos responsáveis enquanto governo. Eu acho que é o sentimento de responsabilidade que o governo tem em relação ao usuário [G1].

A política de saúde mental vem sendo operacionalizada em consonância com a legislação vigente, organizando-se através de uma rede de cuidados, articulando os três níveis de atenção: a atenção primária em Unidades Básicas de Saúde, serviços especializados e atendimento hospitalar com leitos psiquiátricos em hospitais gerais conveniados. Sua rede foi estruturada a medida que a necessidade foi sendo percebida obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS e da III Conferência Nacional de Saúde Mental, bem como a Lei Federal 10.216/01 e portarias ministeriais dela decorrentes (BRASIL, 2006).

Atualmente, a rede de cuidados especializados em saúde mental do município é constituída por: três CAPS - o CAPS Cidadania que atende adultos; o CAPS infanto- juvenil; e o CAPS Reviver que atende álcool e outras drogas; dois ambulatórios, um que é o Centro de Atenção Integral em Saúde Mental (CAIS Mental) que atende psiquiatria pra adultos e adolescentes e crianças, e psicologia pra crianças e adolescentes e o Apoiar que atende crianças e adolescentes vítimas de maus tratos e também alguns abusadores; dois Residenciais Terapêuticos, um tipo I e um tipo II; além do Pronto Atendimento Psiquiátrico que atende urgência e emergência psiquiátrica, conforme observamos a seguir:

nós temos uma rede de atenção básica constituída de 41 serviços, temos 16 serviços complementares especializados, dentre eles, 8 ou 9 serviços de saúde mental especificamente. Temos também uma Policlínica que funciona com 76 especialidades que integram a nossa rede [G1].

nós temos uma rede que inclui três CAPS, o CAPSi, um CAPS II, que é o CAPS Cidadania, um CAPSad, que é o CAPS Reviver. Temos dois ambulatórios, um que é o CAIS Mental que atende psiquiatria pra adultos e adolescente e crianças. E psicologia pra crianças e adolescentes. Temos um outro ambulatório que é o Apoiar que atende crianças e adolescentes vítimas de maus tratos e também alguns abusadores. Temos dois Residenciais Terapêuticos, um tipo I e um tipo II [G3].

Ela (rede) perpassa diferentes serviços como Unidades Básicas. Enfim, todos os recursos que o SUS dispõe aí, E não só, da comunidade também, como igrejas, grupos de convivência, como escola. No caso a universidade que cede espaço pra nós, todos os recursos locais [G11].

Para maior compreensão, a partir das entrevistas dos gestores foi apresentado um esquema ilustrativo referente à configuração atual do sistema de atenção em saúde mental do município de Caxias do Sul/RS (Fig.11).

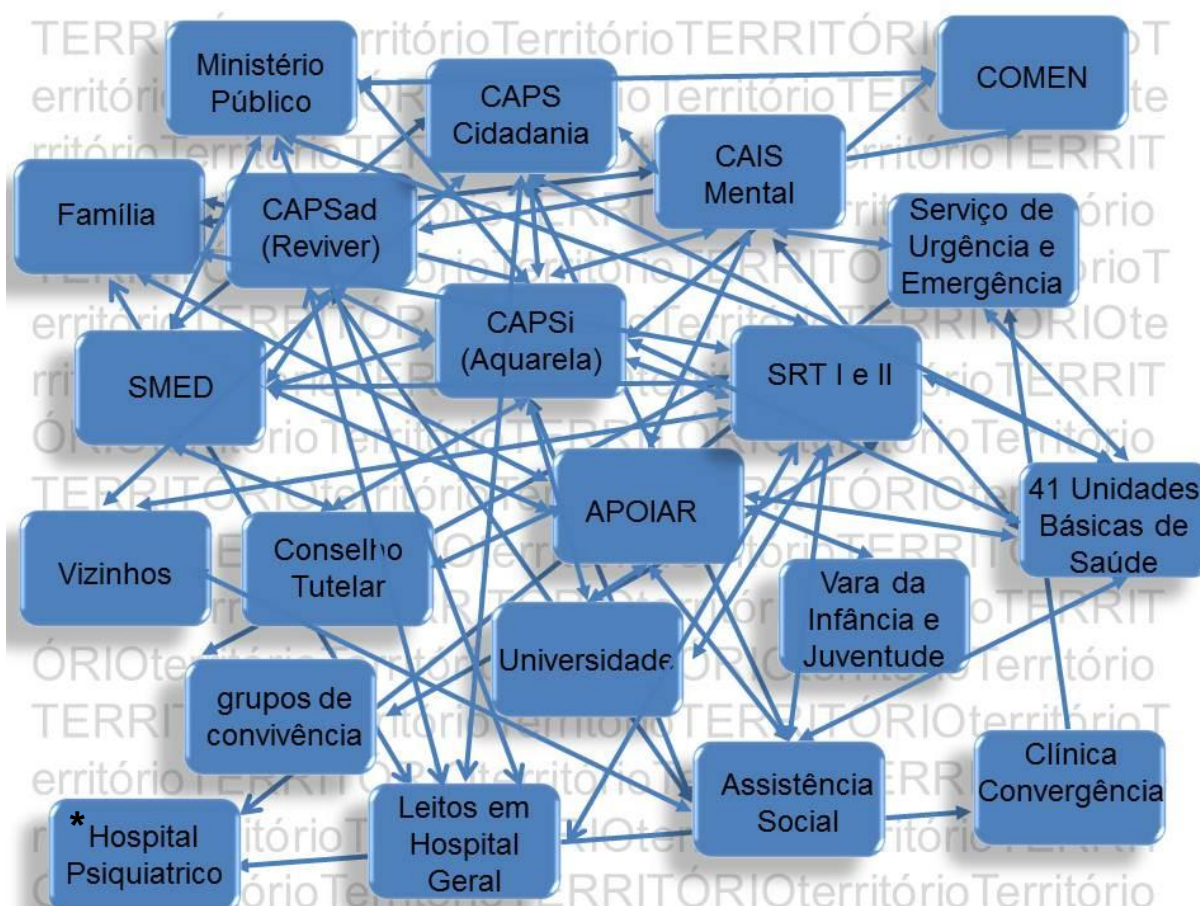


Figura 2 – Estrutura da rede de atenção em saúde mental do município de Caxias do Sul/RS².

² *Apesar de descrevermos que a configuração da rede de atenção em saúde mental do município de Caxias do Sul/RS conta com a figura do hospital psiquiátrico em sua estrutura, ao nosso entendimento, este se configura como um importante limitador no processo da Reforma Psiquiátrica, não somente, neste município, mas no Brasil. De fato, mesmo não sendo o hospital psiquiátrico um ponto central de comunicação dentro da rede faz-se preciso avançar, no sentido de configurar um processo, verdadeiramente, substitutivo.

Percebemos a presença de uma estrutura ampla contemplando diferentes equipamentos com diferentes características e diferentes níveis de complexidade que se complementam. Do ponto de vista de avaliação de estrutura a presença desta rede marcada por diferentes dispositivos – formais, informais, específicos de saúde e não - capaz de apoiar diferentes necessidades de atenção ao sujeito em sofrimento psíquico, seja este, um sofrimento leve, moderado ou grave caracteriza-se como uma característica inovadora. Por mais que há uma regulamentação de estruturação de atenção este município conseguiu montar uma rede com a capacidade de apoiar pessoas em diferentes graus de necessidade e tornar-se acessível onde quer que o usuário esteja. Na perspectiva de rede a complexidade não existe isoladamente, todavia, existe no momento em que se trabalha com diferentes conhecimentos, especialidades. Por isso, oferece uma atenção estruturada horizontalmente, e não em forma de pirâmide de complexidades.

Cecílio (1997) nos ajuda entender esta organização defendendo a ideia de que o sistema de saúde seria mais adequadamente pensado como um círculo, com múltiplas “portas de entrada” localizadas em vários pontos do sistema e não mais em uma suposta “base”, devendo este ser organizado a partir da lógica do que seria mais importante para cada usuário, no sentido de oferecer a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada.

Cabe destacar que com base no entendimento de uma estrutura favorável a inovações, podemos perceber a presença de uma visão ampliada de atenção compreendendo dispositivos formais e informais garantindo a integralidade da atenção ao usuário. Nessa perspectiva, este caráter de envolver diferentes políticas fortalece a intersetorialidade das ações em saúde favorecendo, desta maneira, o desenvolvimento de uma atenção resolutiva e eficaz frente ao portador de sofrimento psíquico. Uma vez que os direitos de morar e viver em sociedade extrapolam as políticas de saúde e adquirem outra dimensão entendida como social, política e econômica.

Este mesmo entendimento é compartilhado por Souza, Kantorski e Pinho (2009) entendendo que a reabilitação psicossocial é dependente de uma rede complexa, que somente a saúde mental não contempla. Por isso a necessidade de

articular-se com as diversas instituições políticas e sociais, pois se entende que a sociedade se faz no cotidiano de vida, nas trocas, nos envolvimento, nas negociações, nos pensamentos e nas relações entre os sujeitos.

A dinâmica da inovação pode ser interpretada, no esquema acima desenvolvido, a partir da presença das redes de comunicações que estariam permanentemente se reorganizando e remodelando este arranjo estrutural. Stallivieri, Campos e Brito (2007) referem que, depois de configuradas, as redes podem mudar o próprio ambiente no qual se inserem, favorecendo um enfrentamento coordenado de dificuldades, através de um processo de elaboração de convergências, do tratamento coletivo de informações e de busca de soluções, e da consolidação de um *locus* de acumulação de recursos coletivos específicos. Nesse aspecto, o arranjo formado não é estável e cada equipamento ao se relacionar com qualquer outro produz a emergência de novas camadas de comunicações, redes e organizações entre elas.

Neste contexto, os dispositivos de atenção estariam em transformação contínua e suas reconstruções seriam consideradas um nível de contínuas inovações incrementais sob as necessidades da demanda e do ambiente organizacional, que neste momento é pautado pela política de atenção do município. Ou seja, a inovação não decorreria então de uma sincronização *a priori*, nem se adequaria a uma ordenação proposta *a priori*. É justamente, neste emaranhado livre para novas formatações, flexível para distender-se ou retrair-se que se encontra um ambiente propício à geração de novas formas de acolher e cuidar o usuário em sofrimento psíquico e sua família de acordo com os recursos presentes na comunidade. Assim, a possibilidade de se estabelecer a acessibilidade do usuário em diferentes pontos da rede qualifica a rede quanto a sua maleabilidade e flexibilidade.

Desta maneira, podem-se construir diferentes redes complexas e maleáveis o suficiente para integrar outros nós que não somente aqueles específicos da área da saúde, como educação, assistência social, habitação, Ministério Público, etc, oferecendo diferentes possibilidades de atenção. Para Righi (2010), orientada pelas

propostas de Milton Santos³ no campo da saúde, a produção de redes não pode ficar restrita a articulação de serviços com características semelhantes. Faz-se necessário criar redes que valorizem o entorno territorial, ou seja, a produção de redes não-homogêneas.

Entendendo que o território social do sujeito configura-se como um ambiente fértil e rico de possibilidades obtém-se que os fluxos devem ser capazes de atender a complexidade da vida dos sujeitos e das construções de vida individuais que possibilitem a integralidade das ações. Nesse sentido, essas ações fogem do alcance da saúde e invadem outras esferas de atenção. E são para esses fluxos que olharemos agora.

Saraceno, Ascoli, Tognoni (2001) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) destacam que se faz crucial a integração do serviço de atendimento em saúde com as realidades da comunidade: população, rede de atenção básica em saúde, serviços de educação, instituições do Estado e particulares e demais organizações sociais. Para que essa troca possa acontecer, é importante que as equipes de todas as instituições mencionadas estejam dispostas a se inteirar e participar da vida social da comunidade. A partir desse entendimento é possível observar uma preocupação em estabelecer esses fluxos de forma a flexibilizá-los de acordo com as singularidades dos sujeitos por meio de construções conjuntas.

Caxias tem uma rede fortalecida, sólida, a gente tem parceria com o Ministério Público que nos ajuda a garantir os direitos das pessoas portadoras de sofrimento psíquico [...] a saúde e a assistência social em vários aspectos. Nós temos uma parceria muito grande com o albergue municipal, com a casa de passagem São Francisco que é uma casa para dependentes químicos que tem vínculos familiares rompidos ou fragilizados onde é feita toda uma etapa de motivação para o tratamento [G4].

Quando precisa contato com uma escola, com o pessoal da vinculação que trabalha também ligado a educação, assim, a gente procura, a gente liga, a gente se comunica [...] com o pessoal da abordagem de rua, eles vem pra cá, a gente vai pra lá, a gente conversa, a gente faz reunião [...] com o COMEN que é o Conselho Municipal de Entorpecentes [G5].

nós temos uma criança e um adolescente aqui, a gente tem que falar com a escola. Esse aqui tem que ir pra tal... tem que falar com a SMED, tem que falar com o Centro Comunitário, com o Centro Educativo [G7].

³ SANTOS, M. Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico informacional. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

Concretamente, essa interlocução baseada na co-responsabilização pode ser reconhecida, nas falas a seguir, através de discussões de casos conjuntos, atendimentos em parceria, capacitações, orientações e suporte. Esse envolvimento confere uma construção gradativa de um saber mais articulado e mais adequado para atender a complexidade da demanda de quem sofre e procura ajudar nos diferentes serviços de atenção.

a gente vai até as UBS fazer discussão de casos junto com o pessoal de outros núcleos também aqui da secretaria para articular a rede de saúde mental melhor. Então, se trabalha é divulgando a rede [G3].

Nós não passamos uma semana sem ir em alguma unidade (UBS), que são 41 no município, sem discutir caso, sempre tem caso e vão os próprios serviços e vamos nós aqui da gestão discutir juntos com a equipe lá. Tem sido muito rico, visita domiciliar chamamos o médico pra ir junto [G4].

com os abrigos também nós temos diversas crianças e adolescentes que tão abrigados. Daí nesses ambientes também a gente tem uma fala, a gente vai nos abrigos, a gente faz reuniões conjuntas [G7]

Esses movimentos, acima citados, são mais referenciados à Atenção Básica, mas não quer dizer que não atravessam outros dispositivos presentes no território. Nessa lógica os serviços de saúde mental, no papel de serviços especializados, não estariam desresponsabilizando-se de sua demanda, mas passando a atuar numa outra perspectiva, a de descentralizar esse cuidado, levando-o para mais perto do usuário sendo este o maior beneficiado.

A apreensão de que o campo da saúde mental é transversal a várias outras políticas sociais o deixa complexo, plural e multidimensional exigindo a diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão e construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado (BRASIL, 2010). Inovar, neste contexto, exige fluxos dinâmicos, com possibilidades de arranjos e rearranjos dos caminhos de acordo com as necessidades de saúde e social dos usuários cabendo aos gestores a mobilização da cooperação proativa de seus colaboradores.

Assim, a fala abaixo exemplifica este caráter coletivo de produzir saúde que está presente na rede de atenção em saúde mental de Caxias do Sul/RS.

penso que deva existir uma integração não só na política de saúde, mas deve existir uma rede bem estruturada que trate a segurança, que trate a saúde, a assistência, a educação, o esporte, o lazer e a cultura que são áreas que tem que fechar um cerco e vencer essa questão, principalmente do tráfico e do uso de dependências químicas [G1].

Nesse sentido, Teixeira (2004) refere que o *produzir saúde* é uma tarefa amplamente coletiva o que justifica o caráter intersetorial do trabalho em saúde. Desta forma, ele trabalha com a noção de redes de trabalho em saúde, entendidas como grandes *redes de conversações* por compreender ser este um esforço coletivo, envolvendo a participação de múltiplos agentes sociais que, direta ou indiretamente, contribuem para a melhoria das condições de vida e saúde de indivíduos e populações. Estas redes, por sua vez, passam a ser pensadas como *redes de trabalho afetivo*, no sentido de serem movidas, geradas e determinadas por emoções e afetos, ou seja, redes de produção de redes (redes sociais, de um comum, de produção de subjetividades e de sociabilidade).

As instituições são formadas por pessoas que se encontram, nesse entendimento, podemos dizer que a construção de redes se dá no cotidiano por meio das trocas e encontros estabelecidos. Desta forma, notamos nas falas dos gestores a presença de uma rede qualificada por relações onde os fluxos permitiram estabelecer trocas entre os envolvidos, ou seja, fluxo da rede é mais que poder transitar pela rede (encaminhamentos de um serviço para outro) é também um fluxo de afetos gerado por encontros (ESPINOSA, 2004).

a gente fala sempre a rede, os serviços [...] mas assim, a rede também são as pessoas e a rede tem que começar com uma pessoa. Eu acho que a gente esta num caminho, a gente estabeleceu aquela rede com as pessoas, a tendência é que futuramente, não sei pra quando, que a gente consiga amarrar isso enquanto serviço, mas assim ela não deixa de ser uma rede, também assim estabelecida com as pessoas [G8].

Essas relações atuam como alicerces que edificam uma rede de atenção conferindo um fluxo qualificado pela comunicação tornando-a altamente comunicável e relacional. Podemos dizer que cada equipamento da rede caracteriza-se como uma unidade sócio-técnica, ou seja, um ambiente permeado por trocas sociais (sócio) no qual um conjunto de saberes (técnica) conduz os indivíduos a agir e mobilizar os equipamentos, materiais e relacionais necessários no processo de cuidado (CASTELLS, 2008; FONTES, 2007; MARTINS, 2009).

De fato, essa qualificação relacional é fortemente influenciada pela iniciativa individual interna aos serviços em estabelecer acordos de cooperação com outras instâncias, a partir das necessidades do usuário conforme verificamos a seguir.

a gente já fez um caminho de falar com estas outras instâncias. Foi muito trabalhoso no começo e eu posso dizer assim que nem sempre as resoluções chegam a contento de todas as partes, mas a fala existe. Já existe, já tá instituída [...] a gente tem uma fala, a gente vai nos abrigos, a gente faz reuniões conjuntas [G7].

a gente faz trabalhos preventivos pra rede, nas escolas quando nos é solicitado [...] trabalhamos em parceria com a FAS com a educação com a saúde e a gente faz trabalhos assim preventivos, para pais, técnicos e comunidade em geral, levando o trabalho preventivo na questão dos maus tratos, da violência [G8].

conhecer as coordenações dos serviços e alguns profissionais dos serviços facilita quando a gente precisa de alguma coisa [...] os serviços não são fechados, a gente pode tá procurando, não tem questões de conflitos. Acho que são serviços que a gente consegue se aproximar [G9].

De fato, podemos observar acima que há estruturado uma rede de atenção marcada por uma tecnologia relacional muito clara. E é nesta esfera relacional que encontramos a significação para o trabalho exitoso, baseadas na responsabilização e no comprometimento com o sujeito social em sofrimento. Cabe ressaltar que a utilização deste sujeito na forma singular, e não tratado como atenção a uma clientela, é proposital por entender dever ser este o foco de atenção dos serviços: “o ser” “membro de um sistema microsocial” em sofrimento mental.

No entanto, algumas questões surgem como problema do ponto de vista estrutural e dos fluxos da rede de atenção em saúde mental.

No aspecto estrutural não podemos negar a presença, na rede de atenção, do hospital psiquiátrico e da Clínica Convergência. O fato de estarem representados na ilustração não quer dizer que sejam nós de uma rede inovadora, na verdade esses serviços são percebidos como ruídos que corrompem a rede de atenção em saúde mental e destroem com todo um trabalho pensado.

veio num momento que talvez naquele momento fosse importante, por que a gente tinha uma demanda reprimida muito grande e alguma coisa tinha que ser feita, não se conseguia mais contratação de psiquiatra pra trabalhar na rede, não tinha concurso em andamento [...] talvez ela fosse uma coisa a curto prazo e agora esta se alongando [...] mas tem que começar a pensar como que isso aí vai se dar por que a gente tá realmente criando uma outra rede independente [G8].

O convênio com a Clínica Convergência - serviço terceirizado de atendimento psiquiátrico - é um limitador extremamente comprometedor da estruturação da rede de atenção. As terceirizações em geral têm sido um mecanismo adotado pelas gestões de modo a efetuar respostas rápidas às demandas existentes. No entanto, acarreta diversas consequências que, não só afeta diretamente ao trabalhador com toda precarização do trabalho, mas a gestão de um modo geral e, principalmente ao próprio usuário do sistema de saúde, quer seja pela má qualidade dos serviços prestados, quer seja pela falta de vinculação com o profissional de referência (CHERCHGLIA, 1999).

No caso de Caxias do Sul este convênio tem prejudicado de forma persistente a continuidade e a qualidade do atendimento da população por ser um serviço que opera totalmente a parte da rede de atenção em saúde mental, atuando contrariamente às preconizações da atual política de saúde mental, onde prevê uma atenção junto ao território direcionada para as redes sociais do usuário visando a reabilitação psicossocial do usuário.

Para internações psiquiátricas o município conta com leitos em hospital geral, mesmo em número insuficiente ou com limitações como ter disponibilidade somente para idosos no Hospital Pompéia e leitos psiquiátricos pediátricos no Hospital Geral, restando para adultos leitos na Clínica Psiquiátrica Paulo Guedes (Hospital Psiquiátrico), onde o município conta com cem (100) leitos SUS.

tem internações, mas procura-se que sejam paciente muito pontuais, os pacientes que estão realmente psicóticos, estão em surto vão pra clinica, saem do surto e voltam pra sustentar o tratamento a nível ambulatorial. Quanto menos internação melhor que é o que a Reforma atual preconiza [...] pacientes que tem patologias clínicas associadas, patologias clínicas que elas não conseguem fazer compensação lá a nível de Paulo Guedes, na Clínica Psiquiátrica, por que eles só vêem o paciente psiquiátrico puro, então se é diabético, insulino-dependente já não vai pra lá. Então aí a gente faz internações a nível de hospital geral [G10].

O acesso a internações psiquiátricas em hospitais gerais é parte integrante do contexto de Reforma Psiquiátrica Brasileira, como um dos componentes da Rede de Atenção Integral para atendimento aos portadores de sofrimento psíquico. A implantação de leitos de atenção integral em Hospitais Gerais faz parte do processo de reestruturação da assistência hospitalar. As discussões em torno deste tema foram

ampliadas com a formação do Grupo de Trabalho de Saúde Mental em Hospitais Gerais instituído pela Portaria 1899/08 destinada a elaborar diagnóstico da atual situação da implantação dos leitos e sugerir medidas e estratégias para a expansão e qualificação desses leitos (BRASIL, 2011).

Nós temos no Hospital Pompéia 4 leitos, mas pra pessoas acima de 60 anos, o (Hospital) Geral tem pra crianças, mas bem poucos leitos, as vezes eu fico com crianças aqui esperando 5 dias, 6 dias pra que vague lá e eu possa mandar um paciente daqui. E idosos muitas vezes também um tempão [...] as vezes a pessoa permanece aqui no PA um tempo sem necessidade até, e a gente acaba não tendo lugar aonde mandar, então acaba sendo um dificultador.[...] A Secretaria tem 100 leitos lá de hospitalização e a gente quando necessita a gente encaminha pacientes pra lá continua Paulo Guedes, tem alguns leitos no Geral pra pediatria e no Pompéia na questão do idoso, esses leitos só [G12].

Nesse sentido, a presença de leitos SUS no Hospital Psiquiátrico pode ser justificada, em parte, pela deficiente oferta de leitos em hospital geral, devendo ser esta uma política a ser fortalecida e estimulada. A integração e a articulação efetiva do cuidado dos Hospitais Gerais com a rede de atenção à saúde mental e a comunidade se coloca como um grande desafio para a Política de Saúde Mental, principalmente, por operarem na lógica de especialidades clínicas (BRASIL, 2011).

Do ponto de vista da presença de movimentos que conferem dinamismo à rede alguns impasses aparecem. Para alguns gestores este fluxo de dá em momentos bem pontuais e entre serviços bem específicos, não há nada instituído.

a gente vai sempre que é necessário, mas não existe assim uma rotina, não existe o habito de a gente estar sempre fazendo trocas com os outros serviços. [...] poderia ser melhor, deveria estar mais próximo, ter mais discussões, deveria fazer mais trocas, estar mais afinados, eu acho que a gente não chegou ainda num nível satisfatório de proximidade, discussão, de interação, eu acho que falta alguma coisa [G9].

tá muito dentro do quadradinho. E, assim, às vezes a interação de serviços, é insuficiente [...] é uma construção diária [...] É uma busca diária, não é fácil, claro, acho que se avançou, não dá pra dizer que não existe essa integração, mas acho que precisa avançar mais [G11].

Esta falta de direcionamento formal influencia diretamente na articulação entre os diferentes serviços de saúde mental. Como não há nada estabelecido formalmente o que acontece são articulações e encontros bem pontuais e entre alguns serviços específicos que atendem uma clientela semelhante.

A fala do gestor acima “*é uma construção diária [...] É uma busca diária*” [G11] exemplifica que, de fato, apesar dos avanços há dificuldades de comunicação de interação entre os diferentes dispositivos. Todavia, em que pesem os avanços, esses encontros serão sempre pontuais por serem pessoas diferentes e pelas necessidades se darem de forma e em momentos diferentes. Na saúde, mas principalmente, quando falamos de atenção em saúde mental faz-se necessário observar muitos outros fatores além dos exclusivos de saúde. São fatores familiares, sociais, de habitação, de educação entre outros que precisam ser avaliados para daí, então se aproximar, interagir e discutir com o coletivo.

Com alguns serviços específicos esta dificuldade é percebida, principalmente, pela falta de entendimento ou desconhecimento da política de saúde mental, pela falta de capacitação e pelo diferenciado processo de trabalho, conforme verificamos a seguir:

muitas vezes a FAS, a assistência social coloca o problema social em função da questão da saúde. Isso é uma questão que não conseguimos resolver até hoje por que a saúde passa como sendo uma questão social e o social passa como ele estar sempre na questão saúde e isso gera um atrito e, conseqüentemente, uma não resolução, onde tu acaba se repetindo as pessoas, os problemas [G12].

de processo do trabalho dos serviços mesmo [...] E outro serviço que me seria de retaguarda, ele já tem um processo de trabalho diferente. [...] teria que rever processo de trabalho [G7].

A gente sempre teve dificuldades com o órgão de procuração, mais especificamente com o Conselho que é com quem a gente mais trabalha, não tanto quanto temos hoje dificuldades [...] entraram conselheiros muito pouco capacitados [...] nesse sentido aí de entendimento hoje a situação chega pra eles, eles aplicam a medida mandam pro serviço, não fazem a parte deles que é aquela questão de ir *in loco*, de averiguar, de fazer uma abordagem adequada, sabe, de poder entender o que esta acontecendo, de poder evitar de mandar naquele primeiro momento para o serviço, que na verdade aumenta essa demanda reprimida nossa cada vez aumenta mais [G8].

Quando pensamos em cuidar os cidadãos, situados num mesmo território, e seus problemas de maneira integrada exige um planejamento articulado das ações e serviços. A grande dificuldade que ainda se observa, parece se relacionar à deficiente compreensão da interface política que esta diretriz assume, especialmente no contexto das políticas públicas e da dificuldade da gestão, dos serviços e dos

trabalhadores de saúde em romper com práticas orientadas pela centralidade da saúde, como campo definidor inquestionável de práticas.

De certa forma, as parcerias são uma forma de comunicação evidente entre os diversos setores da comunidade, tornando-se um forte disparador da inserção social do usuário. No entanto, o esforço de estabelecer um processo coletivo de atenção tem, necessariamente, que lidar com a tensão decorrente do modo pelo qual os atores de diferentes setores, com diferentes visões sobre um mesmo problema, se relacionam.

Na tentativa de facilitar esta articulação estão sendo criadas algumas estratégias de comunicação, capacitação e educação permanente, tanto a nível central pela coordenação de saúde mental quanto iniciativas independentes por partes de alguns serviços.

estamos agora dia 27/05 nos vamos ter uma reunião que já conversamos com a diretora da infância e a gente vai criar fluxos dos novos casos atendidos, daquelas situações de famílias de risco, vulneráveis, com os CRAS, CRES que tem agora pra poder estabelecer este fluxo de quando são atendidos aqui por nós, e quando esta família sair daqui poder continuar recebendo um monitoramento, um atendimento nestes locais na sua região [G8].

A fala do gestor, acima relatada, exemplifica a presença de movimentos horizontais de articulações, encontros e trocas entre os serviços de saúde mental e destes com os diferentes recursos presentes no território a fim de garantir a integralidade da atenção e integração de serviços. De fato, este é um movimento importante de negociação e discussão no coletivo para a resolução de um nó específico presente na rede. Esses movimentos nos remetem ao conceito de transversalidade da atenção (GUATTARI, 1981). Mas este é um assunto para o próximo capítulo.

5.2 Avaliação dos marcadores gerenciais

5.2.1 Presença de práticas gerenciais interativas

Nos modelos do padrão taylorista-fordista, a informação, seu acesso e o seu controle constituíram base essencial para o estabelecimento das hierarquias formais e informais de poder. Este poder, por sua vez, na Era do Conhecimento reordena as

funções da hierarquia em um rearranjo sócio-técnico - baseado na relação e função - muitas vezes imperceptíveis, pois mantém-se níveis de coordenações, mas mudam-se as relações (CASTELLS, 2008). O poder caracterizado pela hierarquização sempre esteve atrelado à detenção da informação, ou seja, quem possuía a informação detinha o poder.

Desta forma, desde que se instalou uma sociedade baseada na informação mudam-se totalmente as relações, por mais que uma sociedade em rede ou uma sociedade da informação não garanta o acesso do conhecimento a todos de forma globalizada. Notamos que há uma impossibilidade de se barrar determinado conhecimento que não havia numa sociedade mais centralizada isso de fato tem muita influencia na organização social, principalmente, no relacionamento entre as pessoas, e destas com os outros componentes sociais como a política, a economia, etc.

De fato, para o fomento de um ambiente favorável a movimentações e propício a invenções de novas práticas é fundamental uma atuação gerencial menos hierarquizada e mais flexível com ênfase nas relações horizontais e informais. Esta organização descentraliza a produção pela autonomização do trabalho, valorizando, assim, a criatividade e o comprometimento do trabalhador.

Segundo Santos (2011) a horizontalidade pode ser definida como zona de contiguidade que forma extensões contínuas de integração solidária, onde a sobrevivência do conjunto depende desse exercício de solidariedade, indispensável ao trabalho e que gera a visibilidade do interesse comum. Tal ação comum não é obrigatoriamente resultado de pactos explícitos nem de políticas claramente estabelecidas. A transversalidade pode ser entendida como uma comunicação multivetorializada construída na intercessão dos eixos vertical e horizontal. Estes diferentes arranjos garantem às práticas de saúde a possibilidade de diferenciação ou invenção, a partir de uma tomada de posição que faz dos vários atores sujeitos do processo de produção da realidade em que estão implicados (GUATTARI, 1981).

Podemos perceber, no contexto da atenção em saúde mental do município de Caxias do Sul, algumas iniciativas que tentam romper com a verticalidade da gestão, gerando espaços aquecidos de trocas, de comunicação e construções conjuntas. A presença de espaços de decisão descentralizados e flexíveis, ou talvez flexíveis porque descentralizados, como a presença de Conselho Gestor, assembleias, reuniões de equipe são exemplos práticos disso.

temos um conselho gestor dentro da área da saúde mental e temos um conselho de usuários que participa desta avaliação. Então, tudo que é feito e é decidido, é compartilhado. Compartilhado com o Conselho Gestor que é composto pelos nossos gestores de serviços, também é compartilhado com os nossos usuários e é referendado e é discutido no Conselho Municipal de Saúde [G1].

E todas as decisões que orientam, então, a política do município de acordo com a legislação e com a política nacional são tomadas em conjunto com essas coordenadoras de serviço [...] elas trazem também uma decisão em grupo, das equipes, então a coisa passa a ser, assim, por tabela uma decisão de todo mundo [G3].

como a gente tem reuniões sistemáticas com as coordenações a gente faz muito... se estabelece isso entre as coordenações, então a gente consegue ter uma comunicação mais facilitadora [...] mas eu acho que facilita um pouco porque são poucos os serviços e a gente consegue fazer essa troca [G8].

A presença de um conselho gestor confere à configuração da rede um fluxo de informação que ao mesmo tempo em que facilita a construção conjunta de estratégias de cuidado atua na consolidação de uma direção coletiva e democrática de planejamento da Política de Saúde Mental. De fato, o desafio das gestões no trabalho em rede está em estabelecer espaços capazes de gerar encontros e acordos entre os diferentes.

Nós temos trabalhado com uma política de Planejamento Estratégico Situacional que também é uma metodologia que favorece esse entendimento e essa forma de planejar, é de maneira horizontal e não vertical e que democratiza muito o sistema, faz com que as pessoas se percebam responsáveis pelas suas áreas de atuação. Eu acho que a contribuição que a secretaria tem nesse contexto é justamente formar novos gestores locais, formar gestores de serviço com essa concepção. Nós temos um organograma bastante definido já com essa política de que todos os gestores são responsáveis por essa integração [G1].

E nessa reunião elas discutem, então, todos os problemas e reavaliam o trabalho. E os encaminhamentos que são feitos. Além deste colegiado tem as reuniões setoriais. Cada serviço tem a sua reunião semanal pra avaliação do trabalho [G2].

porque se leva pro conjunto, também as dificuldades, e as questões que não estão à contento, no sentido de tá avaliando e tá pensando em conjunto, que no colegiado a ideia é que os serviços levem questões que não são só resolvidas a nível local, mas que haja um olhar de todos os serviços, enquanto rede para aquilo [G11].

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) representa um instrumento flexível capaz de adaptar-se às constantes necessidades de sistemas complexos acompanhando a dinamicidade da realidade, ou seja, o planejamento e a execução são consecutivos e influenciados pela incerteza (IIDA, 1993). Além disso, a construção do modelo leva em conta a participação de todos os atores envolvidos com a situação e considera o ponto de vista de cada um sobre o caso.

De certa forma, a atuação em rede é condicionada por incertezas, tensões, contradições e surpresas, o que de fato uma metodologia de planejamento tradicional, baseada em rotinas burocráticas, não suportaria. Assim, a aplicação do PES “nunca é uma obra “fechada”, mas uma espécie de “mapa” para dirigir o ator, para que as suas ações possam ser mais efetivas em cada momento da ação” (IIDA, 1993).

Faz-se importante destacar a participação do usuário dos serviços neste processo de decisão, não somente em relação ao seu tratamento, mas do conjunto de questões que envolvem a conformação da rede de atenção. Costa-Rosa (2000) destaca a importância da horizontalização das relações de poder tanto entre os trabalhadores quanto entre estes e os usuários referindo que isto atribui à clientela, à instituição e seus agentes um caráter de interlocução, e coloca que “é no espírito dessa interlocução que é possível preconizar a colocação em cena, da subjetividade e das práticas de intersubjetividade horizontal” (COSTA-ROSA, 2006, p.161).

têm assembleias de moradores, onde eles decidem as coisas no coletivo, as dificuldades são postas nesse coletivo, a equipe é uma equipe que põe limite, mas é afetiva ao mesmo tempo, que consegue fazer este balanço. Então, eu creio que com a gestão local isto já tá bem avançado, assim [G4].

Como verificamos muitos encaminhamentos partem de questões internas aos serviços, acordadas nas reuniões de equipe ou nas assembleias para serem discutidas no espaço do Conselho Gestor. Este movimento flexível e descentralizado ocorre de forma centrípeta, atuando a partir do microespaço de cada serviço em

direção à rede. De fato, estes movimentos marcados pelos processos decisórios correspondem ao organograma da empresa.

Assim, com processos descentralizados de decisão organiza-se uma estrutura que atua de forma mais horizontal do que hierárquica. Nesse sentido, Costa-Rosa (2000) refere a presença de dois tipos de poder - o poder decisório e o poder de coordenação – para compreendermos a horizontalização institucional. O poder decisório se constituiria na reunião geral da instituição e contaria com a participação da clientela (usuários). Já o poder de coordenação seria um poder dado em representação cuja função seria de coordenação e fazer executar as ações e decisões tomadas no coletivo.

Quando um sistema organizacional é considerado sob a perspectiva de uma gestão integrada e participativa, o fator “participação” é valorizado, pois permite às pessoas obterem mais conhecimento e comprometimento nos assuntos e questões fundamentais ou estratégicas. Este aspecto favorece a participação mais ampla possível dos interessados e seu envolvimento em tudo aquilo que é fundamental para o alcance dos objetivos organizacionais (VALLADARES; FILHO, 2003).

Justamente por ser, o Planejamento Estratégico Situacional, uma metodologia construtivista, este favorece o desenvolvimento da autonomia e do comprometimento do trabalhador através da liberdade do fazer no cotidiano. A fala a seguir exemplifica esta construção participativa e coletiva do processo de trabalho em atenção psicossocial.

Eles (coordenação de saúde mental) meio que delegam, então, pra gente e acreditam muito no trabalho da gente. [...] a gente tem autonomia pra decidir qual forma do processo de trabalho, essa coisa, é com a gente [...]. Não há um manual de como lidar com a crise em Residencial Terapêutico. Como lidar com a questão do dinheiro. A gente foi construindo isso na verdade por tentativa “Bom, vamos tentar desse jeito, não tá certo, a gente muda”. Que bom, por isso as reuniões de equipe são importantes, porque não tá dado. Então, tem que tentar, não dá de uma forma a gente experimenta de outra, daí assim por diante [G11].

Um dos resultados desta metodologia participativa é a construção de um ambiente pautado na liberdade, no comprometimento e na responsabilização dos trabalhadores pela sua clientela. Do ponto de vista avaliativo, estas representam

características relacionais que atravessam os marcadores gerenciais. As falas abaixo evidenciam estas características:

se o trabalho tem sido exitoso em Caxias deve-se ao fato de ter uma equipe extremamente qualificada, técnicos extremamente comprometidos e se vencer essas dificuldades a partir dessas divergências e da boa negociação e do bom diálogo. Com certeza, a partir daí se constroem boas propostas [G1].

as pessoas não estão preocupadas somente com o ir para o trabalho e terminar o trabalho e ir embora e acabou-se [...] todas as pessoas são muito comprometidas, ou a maioria das pessoas são bem comprometidas e eles se dedicam, elas vão buscar, elas vão atrás, elas batalham pra que as coisas aconteçam, eu acho que muito muito tem a ver com isso, com a dedicação, com o comprometimento, com o perfil das pessoas que estão nos serviços [...] a diferença não é o trabalhar por trabalhar, acho que é o trabalhar para que o serviço fique bom, que atenda as necessidades do usuário [G9].

Campos (2005) apresenta o Método Paideia ⁴ de Cogestão como uma forma e um modo de fazer as mudanças na saúde, considerando a produção de sujeitos mais livres, autônomos e corresponsáveis pela produção de saúde. É um método de gestão para coletivos onde pressupõe a inclusão dos diferentes sujeitos nos espaços de gestão visando a produção de novos modos de cuidar e de gerir. A inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão traz como efeito a ampliação da implicação e corresponsabilização do cuidado, uma vez que as definições, na forma da produção, seriam coletivas, ou seja, oriundas de pactos decisórios coletivos.

Assim, a presença desses espaços garante outro tipo de relação com os serviços, com os sujeitos, uma forma mais flexível e maleável de gerir, voltadas para a construção de um novo modo de cuidado que possibilite o reposicionamento do sujeito no mundo, considerando-se sua dimensão subjetiva e sociocultural. Tornam-se espaços de co-produções e criações de redes: redes de cuidado; redes afetivas; redes de um novo saber e fazer.

⁴ Trata-se de um método de gestão do trabalho que tem como pressuposto a construção da democracia organizacional e que tem como objetivo “aumentar a capacidade de análise e intervenção” dos coletivos. O método reconhece a importância, a pluralidade e a transversalidade das instituições entendendo as instituições não somente pelo seu aspecto de controle (instituições-máquinas), mas também pelo seu aspecto de produção de subjetividade passível de transformação e instrumentos para realização de desejos coletivos (CAMPOS, 2005; CUNHA; CAMPOS, 2010).

5.2.2 Conhecimento e aprendizado contínuo

Para além de formas organizacionais baseadas em redes de cooperação, a aprendizagem ganha destaque neste cenário atual de constantes mudanças. A informação passa a ser um elemento estruturante fundamental e processos educacionais são tidos como fatores preponderantes de formação e qualificação visando à superação de desafios.

Em geral a literatura (STALLIVIERI; CAMPOS; BRITO, 2007; CASSIOLATO; LASTRES, 2005; CHOO, 2003) apresenta o processo de aprendizado e a geração de conhecimento como ativos estratégicos das organizações, capaz de gerar vantagens competitivas e diferenciais de mercado. No entanto, este passa a ser o diferencial na atual sociedade do conhecimento.

A dinâmica de inovação é dependente de um processo de aprendizado em constante busca permeado pelas relações e interlocuções dos sujeitos que compõem uma rede. Por isso mesmo o processo de aprendizado é caracterizado como um processo interativo o que, de fato, a geometria de rede é o formato organizacional mais adequado para promover o aprendizado intensivo e contínuo para a geração de conhecimento e inovações.

Neste estudo, o processo de aprendizagem passa a ser entendido como estratégia gerencial essencial de organização de um ambiente, de certa forma, autônomo capaz de agregar valor aos processos de tomada de decisão, estimular a criatividade, a liberdade e o comprometimento dos trabalhadores. Nesse sentido, observamos que a questão do aprendizado é uma preocupação da gestão do município de Caxias do Sul, conforme verificamos a seguir:

a gente tá propondo várias capacitações dos profissionais [G2].

Então, se faz essa questão de articulação, se participa de atividades de educação permanente junto as Unidades Básicas de Saúde, por exemplo, ontem a gente teve uma capacitação bem pontual, uma capacitação com os agentes comunitários e só em saúde mental [G3].

nós temos também algumas Unidades Básicas fazendo uma proposta de educação permanente com iniciativa da própria unidade internamente, onde nós somos parceiros quando necessário e aí nesta formação permanente sempre o tema central acaba sendo a saúde mental ou alguma demanda específica dentro da saúde mental [G4].

Segundo Stallivieri, Campos e Brito (2007) o conhecimento gerado por meio de processos de aprendizagem por interação, como, por exemplo, as capacitações localizadas, ultrapassa a qualificação individual e passa a ser incorporado pela própria estrutura institucional nos procedimentos e rotinas e, principalmente, nos vínculos de interação entre os diferentes atores e desenhos institucionais.

é um estudo permanente [...] isso é fundamental, estudando os casos que são atendidos, por que daí tu vai aprendendo, a equipe interdisciplinar, as trocas entre um profissional e outro é fundamental, que é aí que você aprende. [...] É a busca permanente da formação nossa aqui, de poder todos estarem participando de uma discussão, de toda equipe poder estar participando, de não ser este caso é meu, do caso ser de todos, de poder trabalhar juntos, eu acho que isso é fundamental e aí as outras coisas vem, são consequência [G8].

Esta fala do gestor 8 exemplifica que, de fato, o conhecimento favorece o desenvolvimento de um sistema interativo e é por este sistema influenciado. Ou seja, o conhecimento ou a informação é o que move o sistema, produz interações e, estes movimentos geram novos processos de aprendizagem. Choo (2003) nos ajuda a compreender este processo dizendo que esse conhecimento é derivado das interações desenvolvidas em processos de aprendizagem que ocorrem no ambiente organizacional.

Essas questões para além de tornar uma organização mais participativa, atuam no sentido de melhorar o relacionamento entre os trabalhadores. No campo da saúde mental algumas iniciativas como o processo da Reforma Psiquiátrica, pode ser considerado uma inovação radical, por meio desta rompe-se radicalmente, principalmente, em relação a forma de tratamento ao portador de transtorno mental. No entanto, no decorrer de seu processo são necessárias inovações incrementais, ou seja, a introdução de qualquer tipo de melhoria no processo ou na forma de organização.

Chiavenato (2008) reforça que o aprendizado gerado por meio da percepção, reflexão, avaliação e compartilhamento de experiências gera um maior trabalho mental e cerebral, onde predomina a criatividade e a inovação em busca de soluções novas, produtos novos, processos novos, para agregar valor à organização e oferecer soluções criativas às necessidades dos clientes. Assim, as pessoas

passam a ser fornecedoras de conhecimentos capazes de agregar valor à organização e ao cliente.

A estratégia do matriciamento de saúde mental na rede é o principal investimento da atual Política de Saúde Mental do município de Caxias do Sul. O matriciamento visa dar suporte técnico às equipes, bem como estabelecer a co-responsabilização (DIMENSTEIN et al., 2009). Para Campos e Domitti (2007) a estratégia de matriciamento compreende uma retaguarda especializada, tanto em nível assistencial quanto técnico-pedagógico. Pressupõe, assim, uma construção compartilhada entre a equipe de referência e os apoiadores, equipe de especialistas com a missão de agregar conhecimentos contribuindo com intervenções que aumentem sua capacidade de resolver problemas. Nesse sentido, o matriciamento realizado junto às Unidades Básicas de Saúde pode ser considerado uma forma de agregação de valor à organização e ao usuário.

Hoje a saúde mental tem feito um trabalho na nossa rede de Atenção Básica como um início de matriciamento. Hoje já se fala em matriciamento de saúde mental na rede, já se fala nos núcleos de atenção, nos NASF que também são suporte para as Estratégias de Saúde da Família que fazem essa transversalidade e nós já temos esse trabalho descentralizado em outras áreas da saúde como na área da nutrição, a área da atenção a saúde da criança, da mulher, do adulto. Já há experiências em Caxias dessa tentativa de transversalidade da especialidade, fazer todo esse vínculo na rede de Atenção Básica, fazer essa junção [G1].

E acho que assim, o matriciamento, por exemplo, daria muito mais força pra Atenção Básica que é onde eu acho que tá ainda nossa falha. [...] Acho que o que falta é a saúde mental tá inserida na Atenção Básica de forma mais eficaz, que não sejam repassados os casos, assim, diretamente pros serviços especializados [G3].

De fato, a incorporação de estruturas matriciais, como observadas anteriormente, funcionam como estímulo à produção e aplicação do conhecimento gerado. Assim, na fala a seguir podemos perceber que esta mudança contínua se dá no cotidiano dos serviços incentivados pelo aprendizado, baseados na iniciativa, responsabilização e comprometimento dos gestores/trabalhadores.

Nós temos agora trabalhado em pequenos grupos como gerentes buscando um melhor acolhimento nas unidades e um melhor inter-relacionamento entre as entidades assistenciais que nós temos e as não - assistenciais [G2].

bem importante, alias tudo o que engloba a interação entre as equipes de profissionais é importante. [...] por que uma pessoa especializada está transmitindo todo um conhecimento e auxiliando nas próximas ações [G12].

Para além de agregar valor a organização, o conhecimento funciona como elemento integrante de um todo, por meio dele são qualificadas e reforçadas as relações entre as unidades assistenciais. Torna-se uma forma de aproximação alavancando a responsabilização pela clientela. De fato, o conhecimento por si só de nada adianta se não tiver ação, comprometimento e responsabilização.

No entanto, alguns problemas referentes ao aprendizado, geração do conhecimento e formação são identificados pelos gestores, principalmente em relação a falta de capacitação e à formação acadêmica dos trabalhadores da rede

estamos muito distantes de uma qualidade ideal por falta de capacitação e formação específica nessa área [...] a formação dos novos profissionais ainda fica distante, mais vinculada a uma formação tradicional. Há um descompasso aqui entre a educação e a assistência a saúde que se oferece [G1].

Se a gente falar num âmbito geral a gente percebe que dependendo da instituição de ensino eles vêm assim com uma formação muito tradicional. E com muita dificuldade de enxergar como um todo. E eu sempre digo assim vem aquelas caixinhas fechadas, e que aí tu vai ter que abrir aos pouquinhos e começar a moldar. Tem algumas instituições que já têm uma formação mais aberta, mais comunitária que é bem mais fácil de ser trabalhado [G2].

Nesse sentido, o terreno da formação tem-se configurado como um grande impasse para a consolidação do processo da Reforma Psiquiátrica, principalmente pela cultura até então instaurada no campo da saúde mental (LOBOSQUE, 2009). De fato, estreitar os laços com o universo da formação torna-se num importante aliado para a transformação do modelo assistencial em saúde mental.

muito trabalhadores da saúde também trabalham na universidade, são docentes da Universidade e aí foram facilitadores de que estes estudantes viessem conhecer a rede de saúde mental, entende, então foi por causa de pessoas também que aconteceu isto, então pessoas que trabalhavam que traziam seus alunos aqui pra conhecer [G8].

As necessidades em saúde mental cresceram e se complexificaram exigindo uma permanente atualização e diversificação de estratégias de cuidado. Desta forma, aproximar a Universidade com a realidade não somente da saúde mental, mas da Saúde Pública e política do SUS como um todo tem sido uma estratégia adotada pela gestão para afinar esta distância favorecendo mudanças no sistema

curricular e formação complementar dos trabalhadores já atuantes na rede. Assim como sua formação acadêmica, a capacitação e educação permanente dos trabalhadores da rede tornam-se imprescindíveis para o desenvolvimento de práticas comprometidas com as propostas da Reforma Psiquiátrica.

6 Considerações Finais

Quando nos propomos a mudar a configuração da organização da atenção em saúde mental com formas estruturais e gerencias diferenciadas, esta causa reflexos, diretamente nas relações. Essas mudanças nas relações implicam em novos modos de atenção e gestão. Pode-se dizer que a configuração da atenção em rede é dependente e, também resultado, de novas formas de gestão baseadas na flexibilidade, trabalho em equipe, compartilhamento de objetivos comuns e participação ativa das pessoas envolvidas. No entanto, esta conformação é um processo de interação em contínua construção.

Notadamente, é possível observar em Caxias do Sul/RS algumas proposições relacionadas à promoção de um contexto para a inovatividade da organização de atenção em saúde mental.

Estruturalmente, a rede de atenção em saúde mental é avaliada qualitativamente de forma positiva por compreender um arranjo flexível e maleável o suficiente para integrar outros dispositivos, de acordo com as necessidades do usuário. De fato, o desenho organizacional em rede, composta por dispositivos de diferentes especialidades e complexidades que se complementam configura-se na estrutura fundamental para o desenvolvimento de novas formas de atender em saúde mental, além de qualificar o acesso do usuário onde quer que este esteja.

A rede não tem centro. A questão da centralidade em um único dispositivo dificultaria o fluxo de informações comprometendo o desenvolvimento de um ambiente dinâmico e interativo que sugere a configuração de uma rede de atenção. Assim, a presença de um arranjo organizado em redes dinâmicas, flexíveis e interativas facilita a comunicação entre os diferentes dispositivos, entre os trabalhadores e entre esta e os usuários, permite o livre percurso em seus diferentes equipamentos.

Seus fluxos são, diretamente, influenciados pelos elementos estruturais e gerenciais desta rede. A presença de fluxos de comunicação é realidade entre alguns serviços específicos que compõem a rede, porém em alguns casos esta é ainda uma perspectiva a ser construída. A articulação com outras políticas sociais amplia a produção social de saúde potencializando a estrutura da rede de atenção. Articular-se significa abrir o campo da saúde mental ao DIÁLOGO com outros segmentos e vice-versa.

Atuar em rede ou articular-se envolve mais do que apenas trocar informações. Estar em rede significa comprometer-se a realizar conjuntamente ações concretas, compartilhando objetivos e valores e atuando de forma flexível, transpondo assim, fronteiras geográficas, hierárquicas, sociais ou políticas. Nesse sentido, todos têm o mesmo nível de responsabilidade, que se transforma em coresponsabilidade, na realização dos objetivos da rede.

Desta forma, percebemos que os espaços de negociação e encontros como o Conselho Gestor, as reuniões de equipe, assembleias, discussão de casos conjunto concretizam-se como espaços de trocas e comunicação. Estas características conferem à rede avaliada um poder de contratualização, envolvimento, comprometimento e confiança entre seus membros e parceiros, pois favorece a construção conjunta de soluções e inovações.

Ao avaliarmos os limitadores da estrutura da rede de atenção em saúde mental de Caxias do Sul – RS alguns nós presentes na sua conformação produzem uma descontinuação do cuidado dificultando, sobremaneira, o desenvolvimento de um trabalho pensado e pactuado. Estes ruídos se concretizam na presença, ainda, do Hospital Psiquiátrico (Clínica Paulo Guedes) e no contrato de prestação de serviços com a Clínica Convergência. Estes são dispositivos que operam numa direção à parte da estrutura da rede, causando movimentos recíditos, no caso do hospital e da Clínica Convergência contrários a consolidação da reformação da reforma psiquiátrica.

Quanto aos marcadores gerenciais, em seu aspecto avaliativo podemos perceber a presença de uma gestão central flexível e aberta para discussões o que

facilita muito o acesso e a comunicação entre os diferentes dispositivos da rede; a presença de um Conselho Gestor dentro da Saúde Mental qualifica a organização por se tornar um momento de compartilhamento e decisão conjunta, de avaliação e de monitoramento das ações; os serviços possuem autonomia para desenvolver seu trabalho; e as discussões de casos, atendimentos em parceria, orientações e suporte com a Atenção Básica, principalmente, na forma do matriciamento configura-se em uma ferramenta importante de qualificação do quadro de trabalhadores, diminuindo possíveis dificuldades na atenção nos diferentes pontos.

A presença de espaços de discussão como o Conselho Gestor, assembleias, reuniões de equipe são importantes momentos de um processo de contratualização, cujo efeito é a produção de modos de relação baseados em objetivos e metas pactuados em espaços públicos. No entanto, na avaliação de alguns gestores as reuniões do Conselho Gestor devem ter um caráter mais resolutivo e ser um espaço de construção conjunta.

Investimento em educação permanente dos trabalhadores, capacitação e divulgação da rede de saúde mental tem sido uma importante ferramenta da funcionalidade da rede de atenção. Muitos serviços que não específicos de saúde, muitas vezes, não possuem o esclarecimento necessário para responder adequadamente às necessidades da demanda. Desta forma, estes movimentos tornam-se imprescindíveis quando pensamos em estruturar uma rede aquecida calcada no comprometimento, envolvimento e responsabilização. Além de caracterizarem-se como espaços de socialização de informações fundamentais nos processos de inovação.

Dificuldades no fluxo da rede são percebidas, principalmente, pelo não entendimento da política de saúde mental por alguns órgãos, principalmente, pelo Conselho Tutelar e Fundação de Assistência Social. Essas dificuldades de comunicação e interação reforçam a necessidade de qualificar a rede gerando mais conhecimento, mais interação.

Gerenciar um ambiente atuante em rede ao mesmo tempo que possibilita articular vários saberes e habilidades em torno de uma atividade de forma dinâmica,

estimula a iniciativa, flexibilidade e participação dos integrantes. Isso fez com que as parcerias, orientadas pelos fluxos de encontros sejam o instrumento principal para a geração de um cuidado orientado pela integralidade.

De fato, a adoção de estruturas organizacionais flexíveis em redes de cooperação; práticas participativas de gestão com presença de processos decisórios mais horizontalizados e descentralizados; e fortalecimento do processo de aprendizado localizado conferem uma distribuição do poder e da informação na organização como um todo, o que, de fato pode gerar à organização valores como instabilidade, imprevisibilidade e incerteza. Todavia, talvez esta seja a chave para a superação de paradigmas e práticas instituídas. O estudo mostrou que é preciso mais interação, comunicação, questionamentos capazes de desestabilizar e gerar mudanças.

Em que pesem os resultados, os mecanismos mediadores de inovação estão longe de serem bem definidos. Todavia, este estudo conseguiu oferecer ferramentas fundamentais para o fomento de estratégias de atuação, de incentivo, motivação e controles de processos de forma a absorver e implementar as informações já existentes, tornando-se relevante para o processo de consolidação de “novas” políticas de saúde. E, principalmente no contexto, da atenção psicossocial indicar novas possibilidades de arranjos estruturais, posturas gerenciais e relacionais do cuidado em liberdade que buscam favorecer o rompimento com as intervenções rígidas em relação à vida dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Referências

AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 202p.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, 120p.

AMARANTE P.D.C.; TORRE, E.H.G. Avaliação em saúde Mental: da mensuração diagnóstica e psicopatológica em direção à complexidade no campo da saúde e das políticas públicas. In: PINHEIRO et al. **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. CEPESC:IMS/LAPPIS: ABRASCO, Rio de Janeiro. 2007. p.41-61.

AMORIM, A.K.M.A; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14; n.1; p.195-204, 2009.

BALESTRIN, A; VERSCHOORE, JR; JUNIOR, ER. O Campo de Estudo sobre Redes de Cooperação Interorganizacional no Brasil. **RAC**, Curitiba, v.14, n.3, p.458-457. 2010.

BARBIERI, J.C.; SIMANTOB, M.A. **Organizações inovadoras sustentáveis: uma reflexão sobre o futuro das organizações**. São Paulo: Atlas, 2007. 112p.

BARBIERI, J.C. (Org.). **Organizações inovadoras: estudos e casos brasileiros**. Rio de Janeiro: FGV, 2003. 158p.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado de saúde. **Rev Saude Publica**. v.41, n.1, p.150-53. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial**. Brasília. Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210p.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 10 out. 2011.

_____. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. **Plano municipal de saúde de Caxias do Sul**, Caxias do Sul. RS, 2006. 53p.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos

Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. 56p.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004. 86p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica – O vínculo e o diálogo necessários**, 2003. 7p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Inovação gerencial em serviços públicos de saúde e cidadania** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde; elaborado por Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 80p.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2ª ed. 2005. 240p.

CASSIOLATO, J. E.; LASTRES, H. M.M. **Sistemas de inovação e desenvolvimento: as implicações de política**. São Paulo: São Paulo em Perspectiva, v.19, n.1, p.34-45, jan./mar. 2005.

CASTELLS, M. **A Sociedade em Rede**. v.1, 11ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008. 698p.

CECILIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ**. Rio de Janeiro, v.13; n.3, p.469-478, jul-set, 1997.

CHERCHGLIA, M.L. **Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos**. Recursos Humanos em Saúde. CADRHU Natal. Edited. 1999. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U3T5.pdf>. Acesso em: 17 out. 2011.

CHIAVENATO, I. Administração Geral e Pública. Ed. Campus. 2ª ed. 2008. 536p.

CHOO, C. W. A **Organização do Conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões**. São Paulo: Senac, 2003. 426p.

CHRISTENSEN, C.M. **O dilema da inovação**. São Paulo: Makron Books, 2001. 261p.

CONDE, M. V. F. & ARAÚJO-JORGE, T. C. Modelos e concepções de inovação: a transição de paradigmas, a reforma da C&T brasileira e as concepções de gestores de uma instituição pública de pesquisa em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, n.3, p.727-741, 2003.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P, organizador. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.141-168.

CROSSAN, Mary M., APAYDIN, Marina. A Multi-Dimensional Framework of Organizational Innovation: A Systematic Review of the Literature. **Journal of Management Studies**, 2009.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Método Paidéia para Co-Gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Org & Demo**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.

DIMENSTEIN *et al.* O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde Mental. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

ESPINOSA, B. **Tratado Teológico-Político**. Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda, 3. ed. 2004. 376p.

FONSECA, M.G. Evolutionary Economics, Complexity and Institutions. **Anais do Segundo Seminário Brasileiro da Nova Economia Institucional**. Campinas, 2001.

FONTES, B.A.S.M. Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. **Revista de Ciências Sociais**. n.26, p.87-104. Abril. 2007.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. 8ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva. 2008. 560p.

FRANCO, T.B. et al. (orgs.). **A Produção Subjetiva do Cuidado – Cartografias da Estratégia Saúde da Família**. Hucitec, São Paulo, 2009. 164p.

GUATTARI, F. Transversalidade. In: GUATTARI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 1981. p.88-105.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park (USA): SAGE Publications, 1989. 294p.

_____. **Effective evaluation**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 1988. 423p.

_____. **Effective Evaluation. Improving the Usefulness of Evaluation Results Throug Responsive Naturalistic Approaches**. San Francisco: Jossey-Bass Pub. 1985.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20 sup. 2: p.331-336. 2004.

IIDA, I. **Planejamento estratégico situacional**. *Prod.* [online]., vol.3, n.2, p.113-125. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prod/v3n2/v3n2a04.pdf>> Acesso em: 10 out. 2011.

JUNQUEIRA, L.A.P; INOJOSA, R.M; KOMATSU, S. **Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza**. In: XI Concurso de Ensayos del CLAD “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones”. Caracas, 1997.

KANTORSKI et al. Avaliação qualitativa no contexto da reforma psiquiátrica. **SMAD**, (Ed. Especial) Nov; 6; p.387-408. 2010.

KANTORSKI et al. Contribuições do Estudo de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v.1, n.1, jan-abr. 2009 (CD-ROM).

KANTORSKI, L. P. **Redes que reabilitam - avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL)**. Relatório/ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, Ministério da Saúde; Coordenação Luciane Prado Kantorski – Pelotas, 2011. 418p.

KANTORSKI, L.P.; MIELKE, F.B.; TEIXEIRA JUNIOR, S. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. **Trab. Educ. Saúde**, v.6 n.1; p.87-105. 2008.

KNOX, S. The boardroom agenda: Developing the innovative organization. **Corporate Governance**, v. 2, n. 1, Bradford, UK, p.27-36, 2002.

LANCETTI, A. **A Clínica peripatética**. Hucitec: São Paulo, 2007. 128p.

LEMOS, C. Inovação na era do conhecimento. In: LASTRES, H.M.M., ALBAGLI, S. (orgs). **Informação e globalização na era do conhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Campus. p.122-144. 1999.

LOBOSQUE, A.M. A formação em saúde mental: ousemos avançar. Texto apresentado no Seminário Nacional Saúde Mental: os desafios de formação. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, em Belo Horizonte. MG. 2009, Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/formacaomentallobosque.pdf> Acessado em: 19/11/2010.

MACHADO, Denise P. N. Organizações inovadoras: estudo de fatores que formam um ambiente inovador, **RAI - Revista de Administração e Inovação**, São Paulo, v.4, n.2, p.05-28, 2007.

MANUAL DE OSLO: **Proposta de Diretrizes para Coleta e Interpretação de Dados sobre Inovação Tecnológica (OCDE)**. Traduzido pela FINEP, 3ª edição, 2004. Disponível em: http://www.finep.gov.br/imprensa/sala_imprensa/manual_de_oslo.pdf. Acesso em 23 set. 2010.

MARTINS, P.H. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (orgs.) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p.61-89.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5. p.1411-1416, set-out, 2004.

MELLO, M.L.B.C; FILHO, A.A. A gestão de recursos humanos em uma instituição pública brasileira de ciência e tecnologia em saúde: o caso Fiocruz. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro 44(3):613-36, Maio/Jun. 2010.

MERHY, E.E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. Editora Hucitec: São Paulo, 2002. 189p.

OLIVIERI, L. **A importância histórico-social das Redes**. Revista do Terceiro Setor. Jan/2003. Disponível em: <http://www.rits.org.br>. Acesso em: 23 set. 2010.

PITTA, A. **Tecendo uma teia de cuidados em saúde mental**. In: VENANCIO, A.T. A.; CAVALCANTI, M. T. **Saúde Mental – Campo, Saberes e Discursos**. Rio de Janeiro: IPUB – CUCA, 2001.

QUEIROZ, A.C.S. Modelos Organizacionais para Inovação. In: **Inovação Organizacional e Tecnológica**. Daniel Augusto Moreira, Ana Carolina S. Queiroz (Coordenadores). São Paulo: Thomson Learning, 2007. p.79-100.

RIETRA, Rita de Cássia Paiva. **Inovações na gestão em saúde mental: Um Estudo de Caso sobre o CAPS na Cidade do Rio de Janeiro**. 1999. 141p. (Dissertação em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP). Rio de Janeiro.

RIGHI, L.B. Redes de Saúde: Uma Reflexão sobre Formas de Gestão e o Fortalecimento da Atenção Básica. In: **Cadernos HumanizaSUS**, v.2, p. 256. 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf. Acesso em: 13 out. 2011.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via – A Reforma Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos Países avançados. In: NICÁRIO, Fernanda (org). **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.17-59.

SALLES-FILHO et al. **Ciência, Tecnologia e Inovação. A reorganização da pesquisa pública no Brasil**. Editora Komedi. Campinas, 2000. 413p.

SANTOS, M. Por uma outra globalização. Ed. Record. 19ª ed. 2011. 176p.

_____. O trabalho do geógrafo no terceiro mundo. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. Manual de saúde mental. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. 84p.

SCHUMPETER, J. Capitalismo, socialismo e democracia. Rio de Janeiro. Fundo de Cultura, 1961.

SIGOLLO; W.; PRESTES ROSA; L. E. Introdução. In: BOOG, G.; BLOOG, M. (Orgs.). **Manual de Gestão de Pessoas e Equipes**, FEA/USP. São Paulo: Gente, 2002.

SLAPPENDEL, C. Perspectives on Innovation in Organizations. **Organization Studies**. v.17,n.1, p.107-129, 1996.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; PINHO L. B. Reforma Psiquiátrica, movimento antimanicomial e o modelo de reabilitação psicossocial: conversando sobre liberdade e cidadania. **Rev Enferm UFPE (On-line)**, Pernambuco, v.3, n.3, p.330-36. jul/set. 2009.

STALLIVIERI, F.; CAMPOS, R. R.; BRITO, J. Capacitações tecnológicas de micro e pequenas empresas inseridas em redes tecnoprodutivas: o caso da eletrometal-mecânica em Joinville (SC). **Revista. Econ. contemp.**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.439-474, set./dez. 2007.

TEIXEIRA, R.R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. *working-paper* apresentado na **Research Conference on: Rethinking “the Public” in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America** Center for Iberian and Latin American Studies University of California, San Diego. 2004 April. Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>> Acesso: 26 out. 2011.

TOMAÉL, M. I.; ALCARÁ, A. R.; DI CHIARA, I. G. Das redes sociais à inovação. **Ci. Inf.**, Brasília, v.34, n.2, p.93-104, maio/ago. 2005.

VALLADARES, A; FILHO, J.G.L. Gestão contemporânea de negócios: dimensões para análise das práticas gerenciais à luz da aprendizagem e da participação organizacionais. **Rev. FAE**, Curitiba, v.6, n.2, p.85-95, maio/dez. 2003.

VAN DE VEN, A. H.; ANGLE, H. L.; POOLE, M. S. **Research on the management of innovation: the Minnesota studies**. New York: Oxford University, 2000. 719p.

VARGAS, Eduardo Raupp de. **A dinâmica da inovação em serviços: o caso dos serviços hospitalares no Brasil e na França**. 2006. 282p. Tese (Doutorado em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS).

VARGAS, Eduardo Raupp de. **Inovação em serviços: Casos de hospitais Porto-Alegrenses**. 2002. 114p. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS).

VERSCHOORE, JR; BALESTRIN, A. Fatores Relevantes para o Estabelecimento de Redes de Cooperação entre Empresas do Rio Grande do Sul. **RAC**, Curitiba, v.12, n.4, p.1043-1069, Out./Dez. 2008.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**. Natal, v.9, n.2, p.373-79. 2004.

WETZEL, Christine. **Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo**. 2005. 291p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP).

YIN RK. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Bookman, 2005. 212p.

APÊNDICES

Apêndice A - Carta de autorização do coordenador da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Pelotas, 15 de abril de 2010

Declaração

Declaro para os devidos fins que **Fabieli Gopinger Chiavagatti**, pós-graduanda do curso de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas esta autorizada a utilizar parte dos dados coletados na pesquisa Redes que reabilitam: avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial - REDESUL, para elaborar a sua dissertação de mestrado intitulada "**Inovação organizacional na rede de atenção em saúde mental: um estudo avaliativo**". Ressalto que esta dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a aluna esta ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com o coordenador do projeto.

Luciane Prado Kantorski
Coordenadora do Projeto de Pesquisa

ANEXOS

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética

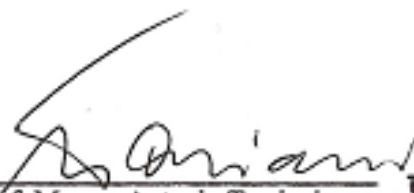


**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PELOTAS, 14 de janeiro de 2009.

PARECER Nº 073/2009

O projeto de pesquisa intitulado: **"REDES QUE REABILITAM- AVALIANDO EXPERIÊNCIAS INOVADORAS DE COMPOSIÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL(REDESUL)"**, está constituído de forma adequada, cumprindo, nas suas plenitudes preceitos éticos estabelecidos por este Comitê e pela legislação vigente recebendo, portanto, **PARECER FAVORÁVEL** à sua execução.


Prof. Marcos Antonio Torriani
Coordenador do CEP/FO/UFPEL

Prof. Marcos A. Torriani
Coordenador
Comitê de Ética e Pesquisa

Anexo B – Consentimento Livre e Informado para participação na pesquisa

	 Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Departamento de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional 
---	---

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Estamos apresentando a você o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada "Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (**REDESUL**)", autorizando a observação, a entrevista, e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial.

Garantimos o sigilo e anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como, a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa.

Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário. Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos do estudo; do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

RG DO PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com:
 Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas
 Prof^a. Luciane Prado Kantorski. Rua Gomes Carneiro nº 01
 Telefone/Fax: 53-2786473. E mail: kantorski@uol.com.br