

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ENTRE FIOS E DOBRAS: O TECER DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE
SANTA MARIA/RS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Luciane Silva Ramos

Santa Maria, RS, Brasil

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**ENTRE FIOS E DOBRAS: O TECER DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE
SANTA MARIA/RS**

por

Luciane Silva Ramos

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS) como requisito para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carmem Lúcia Colomé Beck

Santa Maria, RS, Brasil

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R175e

Ramos, Luciane Silva

Entre Fios e Dobras: o tecer da reforma psiquiátrica
no município de Santa Maria/RS / orientação por
Carmem Lúcia Colomé Beck. – Santa Maria, RS:
Universidade Federal de Santa Maria, 2009.
140p.

1. Sistema Único de Saúde (SUS) 2. Reforma
psiquiátrica 3. micropolítica 4. Enfermagem
I. Título II. Beck, Carmem Lúcia Colomé

CDU 616.89

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**ENTRE FIOS E DOBRAS: O TECER DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE
SANTA MARIA-RS**

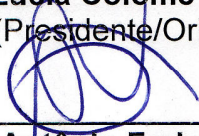
elaborada por
Luciane Silva Ramos

como requisito para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

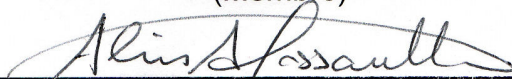
COMISSÃO EXAMINADORA:



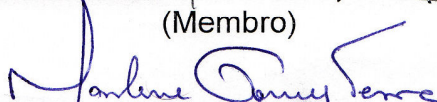
Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



Alcindo Antônio Ferla, Dr. (UFRGS/RS)
(Membro)



Ana Cristina Passarella Brêtas, Dra. (UNIFESP)
(Membro)



Marlene Gomes Terra, Dra. (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, 14 de dezembro de 2009.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que me acompanharam durante o meu caminhar:

À minha família, que produziu, desde meu início, referenciais em que eu pude confiar; em especial, ao meu companheiro compreensivo, meu porto seguro;

Ao Lucas e à Laura, os amores da minha vida;

Aos meus amigos do coração, que sempre comigo inventaram formas de se relacionar com o mundo de maneira mais leve e alegre;

A todos os companheiros do Movimento de Luta Antimanicomial;

À Carmem, minha orientadora, respeitosa com minhas diversidades e parceira nos meus devires;

Aos encontros, encontros especiais, no encanto de encontrar o Alcindo, muito acolhedor;

A todos os que fazem parte da história da Comissão de Saúde Mental;

A todos os “loucos pela vida”...

“Nós, os novos, os sem nome, os difíceis de entender, nós, os nascidos cedo de um futuro ainda não demonstrado, nós precisamos, para um novo fim, também de um novo meio, ou seja, de uma nova saúde, de uma saúde mais forte, mais engenhosa, mais tenaz, mais temerária, mais alegre, do que todas as saúdes que houve até agora [...] Da Grande Saúde, de uma saúde tal, que não somente se tem, mas que também constantemente se conquista ainda, e se tem que conquistar, porque sempre se abre mão dela outra vez, e se tem de abrir mão!”

(NIETZSCHE, 1999, p.206-7).

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

ENTRE FIOS E DOBRAS: O TECER DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS

AUTORA: LUCIANE SILVA RAMOS

ORIENTADORA: CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK

Data e Local de defesa: Santa Maria, 14 de dezembro de 2009.

Esta dissertação de mestrado em enfermagem teve como objetivo compreender como se organiza o trabalho, em particular as relações e interações na Comissão de Saúde Mental de Santa Maria, buscando evidências de atuação como espaço interseçor na consolidação da Reforma Psiquiátrica, no município. Tal escolha deveu-se ao fato de a pesquisadora ter participado ativamente do processo de implantação da Comissão de Saúde Mental, representando a gestão na esfera municipal, partindo da realidade dos serviços de saúde mental e da necessidade de (re)visitar a organização da rede municipal de atenção à saúde. Assim, se fez necessário olhar a micropolítica do processo da Reforma Psiquiátrica no contexto do Sistema Único de Saúde - SUS, no município, procurando perceber o que ali acontece, na perspectiva de ser este o espaço da Comissão de Saúde Mental, um espaço interseçor, indicador de uma relação instituinte. A fundamentação teórica está alicerçada no referencial de Merhy, dentre outros autores. A abordagem do estudo foi qualitativa, do tipo Estudo de Caso, utilizando-se as técnicas de análise documental, observação sistemática e grupo focal, com a totalidade dos sujeitos que compõem a Comissão de Saúde Mental, ou seja, 11 participantes. O material coletado foi analisado com base em Bardin, com a construção de quatro eixos temáticos. Como resultados, identificou-se que, desde a sua criação, a CSM configura-se como um importante espaço de interlocução constante entre os serviços de saúde mental e, principalmente, as unidades de saúde. Ressalta-se que foi a partir da CSM que se iniciaram as ações de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica, por meio da "Saúde Mental na Roda", que deu origem às "Assessorias em Saúde Mental para Rede de Atenção Básica". Logo, aposta-se em espaços coletivos, como os da CSM, por configurarem-se como espaços concretos, de lugar e tempo, destinados à comunicação, à escuta, à circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade, assim como de elaboração e tomada de decisão, buscando e possibilitando novos caminhos instituintes.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde – SUS (br.), enfermagem, reforma psiquiátrica, micropolítica, espaço interseçor.

ABSTRACT

Master Degree Dissertation
Post-Graduation Program in Nursery
Federal University of Santa Maria

AMONG THREADS AND FOLDS: WEAVING THE PSYCHIATRIC REFORM IN THE CITY OF SANTA MARIA, RS STATE

Author: LUCIANE SILVA RAMOS

SUPERVISOR: CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK

Date and local of defense: Santa Maria, December 14th 2009.

This master degree dissertation on nursery aimed to understand how the work is organized, in particular, the relations and the interaction in the Committee of Mental Health in Santa Maria, searching for evidences in acting as an intersection space in the consolidation of the psychiatric reform in Santa Maria. Such option occurred because the researcher took part actively in the process of implementation of the Mental Health Committee, representing the managers in the city, from the reality of services on mental health and from the need of (re)view the organization of the assistance in the city net. Thus, it is necessary to look over the micro politics in the process of the psychiatric reform in the context of the Unique Health System (SUS, in Portuguese), in Santa Maria, aiming to perceive what happens over there, in the perspective of making this a space of the Committee of Mental Health, an intersection space, indicating a instituting relation. The theoretical fundamentals are based on Merhy's reference, among other authors. The study approach was qualitative, like a case study, using the techniques of document analysis, systematic observation and focus group, adding up to 11 (eleven) people composing the Committee of Mental Health. The collected material was analyzed in accordance with, with the construction of four theme axis. Along with the results, it was identified that, since its creation, the Committee of Mental Health has become an important space of constant discussion among the services of mental health and, mainly, of the health units. It is pointed out that, from the Committee of Mental Health, the actions on the articulation between mental health and basic assistance actually started, by means of 'Mental Health in discussion', which originated the 'Assistance on Mental Health for the Basic Health Assistance'. Therefore, collective spaces are chosen, like the Committee of Mental Health, because are concrete spaces, in time and space, directed for communication, for listening and for the circulation of information about desire, interest and aspects of reality as well as for the decision making, trying to make possible new instituting ways.

Keywords: Unique Health System (SUS, in Portuguese), nursery, psychiatric reform, micro politics, intersection space.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Composição da Comissão de Saúde Mental do Município de Santa Maria/RS	50
Quadro 2 - Pautas das Atas das reuniões da Comissão de Saúde Mental do Município de Santa Maria/RS	61

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Ofício ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde	129
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	130
APÊNDICE C - Roteiro para Análise Documental.....	131
APÊNDICE D - Roteiro para Observação Sistemática	132
APÊNDICE E - Roteiro para Grupo Focal	133
APÊNDICE F - Fluxogramas construídos pela Comissão de Saúde Mental do Município de Santa Maria/RS	134

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Termo de Confidencialidade	139
ANEXO B - Carta de Aprovação CEP-UFSM	140

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 O processo de construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira	19
2.2 A Reforma Psiquiátrica no contexto do SUS	23
2.3 Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica: encontros e desencontros	25
2.4 A construção da Rede de Atenção à Saúde Mental	27
2.5 Mudança na Modelagem Tecnoassistencial[,] na Saúde Mental	29
2.6 Implicações da Enfermagem na construção do conhecimento em Saúde Mental	33
3 PERCURSO METODOLÓGICO	36
3.1 Cenário do estudo	37
3.2 Atores participantes do estudo	39
3.3 Coleta de dados	40
3.3.1 Análise documental	40
3.3.2 Observação sistematizada	42
3.3.3 Grupo focal.....	43
3.4 Tratamento dos dados coletados	44
3.5 Dimensão ética do estudo	45
3.5.1 Riscos.....	46
3.5.2 Benefícios.....	47
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	48
4.1 Eixo 1 - As dobras da comissão de saúde mental: entre potências em estado nascente e fluxos de seqüestro	48
4.1.1 A composição da comissão de saúde mental em constante transformação ..	49

4.1.2 Entre o protagonismo e a busca da institucionalidade: a organização da comissão de saúde mental.....	57
4.1.3 A capacidade de atuação profissional e a afirmação da Reforma Psiquiátrica	69
4.2 Eixo 2 - A rede de atenção em saúde mental: a modelagem tecnoassistencial em permanente tensão.....	72
4.2.1 Fluxogramas lineares: do encanto ao espanto.....	74
4.2.2 Fios soltos da rede: tensões que esgarçam o tramado da atenção	80
4.3 Eixo 3 - Entre as dobras da gestão: interesses, potenciais e máquinas de captura no cotidiano da comissão de saúde mental	84
4.3.1 Formalização da Comissão de Saúde Mental: o papel interrogado	88
4.3.2 A Coordenação de Saúde Mental e os ruídos.....	94
4.3.3 A produção de linhas de fuga: espaços de participação e a definição de rumos da Comissão de Saúde Mental	97
4.4 Eixo 4 - Desdobrando saúde mental na roda.....	100
4.4.1 Assessorias: um fio condutor da roda	107
4.4.2 Idéias nômade para novas saúdes.....	110
CONSIDERAÇÕES: PARA QUE OUTRAS DOBRADURAS SE FAÇAM	114
REFERÊNCIAS.....	119
APÊNDICES	128
ANEXOS	138

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta a temática do estudo, bem como as justificativas para sua escolha, as questões norteadoras, o objeto de estudo e os objetivos traçados.

A presente dissertação de mestrado está inserida na linha de pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, e teve como objeto de pesquisa o processo de trabalho da Comissão de Saúde Mental no contexto da Reforma Psiquiátrica, na esfera de gestão municipal do SUS.

Tal escolha deveu-se ao fato de minha participação ativa no processo de implantação da Comissão de Saúde Mental (CMS), de 2005 a meados de 2007, representando a gestão na esfera municipal. Teve como propósito discutir os rumos da Reforma Psiquiátrica no município, partindo da realidade dos serviços de saúde mental e da necessidade de (re)visitar a organização da rede municipal de atenção à saúde.

Desde então, muitos questionamentos me perseguem, principalmente, aqueles relacionados à indefinição do papel dessa comissão no contexto da gestão em saúde ou a sua relação com a gestão, tomando como foco deste estudo o espaço interseção¹ dessa comissão. Assim sendo, torna-se vital (re)visitar também um pouco a história da reforma psiquiátrica no Brasil, destacando aspectos relevantes e que “iluminam” a escolha dessa temática.

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve seu início na década de 80, e fortaleceu-se no decorrer da história de democratização do país, no compasso do Movimento da Reforma Sanitária. Esse processo deu-se em torno dos princípios da desinstitucionalização e desospitalização, como uma nova proposta de resgate dos direitos de cidadania dos portadores de transtorno mental.

¹ O uso desse termo é para designar o espaço de relação que se produz no encontro de “sujeitos”, isto é, nas suas interseções, e que é um produto que existe para os “dois” em ato, não tendo existência sem este momento em processo, e no qual os “inter” se colocam como instituintes em busca de um processo de instituição muito próprio, deste sujeito coletivo novo que se formou. Utilizo-me da grafia proposta por Merhy, que não pretende destacar, como na figura geométrica, as questões comuns aos dois conjuntos/sujeitos, mas as interfaces de alteridade que se produzem em ato no encontro (MERHY, 1997, 2005).

O Movimento da Luta Antimanicomial surge com ênfase no âmbito cultural, convidando a sociedade a discutir e reconstruir sua relação com a loucura, contando com a participação dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências.

A Reforma Psiquiátrica foi e continua sendo um processo político e social complexo, porque é composta por atores, instituições e forças de diferentes origens e que incidem em territórios diversos (governo federal, estadual e municipal; nas universidades; nos serviços de saúde; nos conselhos profissionais; nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares; nos movimentos sociais; e nos territórios do imaginário social, da opinião pública).

Nesse sentido, entende-se que o momento de formular uma política pública em saúde mental corresponde ao da expressão de uma construção histórica e processual, realizada por diferentes atores. E o seu valor está na efetivação do desejo coletivo e na criação de condições concretas para seu exercício, em sintonia com as lutas dos movimentos sociais.

Diante desse contexto, o interesse por essa temática decorreu da minha trajetória profissional, uma vez que venho desdobrando processos vividos e tecendo novos conhecimentos nessa área, entre as dobras da construção do SUS.

Na efervescência da VIII Conferência Nacional de Saúde, concluí a graduação em enfermagem e, no emaranhado da Saúde Coletiva, encontrei o fio da luta antimanicomial, no início dos anos 90, quando se iniciou minha participação no Movimento da Luta Antimanicomial.

Nos últimos anos, inserida em uma realidade da gestão da organização do sistema de saúde, entrelaçada com a atenção e a formação em saúde, com o desejo político de pensar, propor e fazer, assumi a Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria/RS e, em seguida, passei a participar das discussões junto à equipe multidisciplinar do Ambulatório Municipal de Saúde Mental. Essas reflexões estavam relacionadas às necessidades frente à crescente demanda de ampliação dos serviços de atenção à saúde mental, dentre outros aspectos. Assim, já de posse da portaria que regulamentava os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), partiu-se para a construção do projeto de implantação do primeiro CAPS no Município de Santa Maria/RS.

Nesse contexto, inaugura-se, em 2002, o primeiro CAPS II no Município de Santa Maria/RS, com uma equipe mínima multidisciplinar, movida pelo desejo de

fazer acontecer, de experimentar o novo, erguendo a bandeira do imortal Raul Seixas, que dizia que “sonho que se sonha sozinho, é apenas um sonho, mas sonho que se sonha junto torna-se realidade”.

Passados alguns meses, mais uma vez pela eminência da crescente demanda de usuários que necessitavam de atendimento na saúde mental, implanta-se, o CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD) e, no final de 2005, o CAPS Infantil.

Diante desse cenário, apresenta-se a crise no fazer cotidiano dos trabalhadores dos serviços de saúde mental, repleto de contradições e equívocos, frente aos velhos problemas de acesso (demanda reprimida crescente; previsão de alta nos CAPSs; falta de articulação entre os serviços de saúde mental, e desses com a atenção básica, dentre outros aspectos).

É importante ressaltar que esses aspectos se somam aos diversos motivos pelos quais os trabalhadores da Atenção Básica não prestam atendimento aos usuários portadores de transtornos mentais, sejam eles graves ou moderados. Esses motivos passam pela reprodução cultural do modelo hegemônico de saúde (encaminhamento ao serviço especializado); a falta de preparo para lidar com determinadas situações que vão além da capacidade diagnóstica e terapêutica; o desconhecimento dos serviços de saúde mental existentes, bem como a demanda específica de cada um desses serviços.

De qualquer modo, num contexto de mudanças, sempre chegará este momento da crise da equipe [...], “a crise como lugar de passagem, não de enlouquecimento definitivo, e sim como perda de limites espaciais, que devem ser experimentados para reconstruir um novo espaço” (CAMPOS, 2003, p.140).

Por compreender a complexidade do processo da Reforma Psiquiátrica para muito além da estruturação de serviços substitutivos, vejo que ela exige um esforço ainda maior da gestão e dos trabalhadores em saúde. Se trata de romper com a lógica do encaminhamento, impregnada no cotidiano dos serviços de saúde e, principalmente, de resgatar a cidadania do sujeito em sofrimento mental. Com essa mesma compreensão, a equipe diretiva, através da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria, propõe, como dispositivo para sair da crise, a criação de um espaço de discussão coletiva, no sentido de reorientar a assistência em saúde mental com base nas proposições da Reforma Psiquiátrica.

Dispositivo, conforme Barembliitt (2002, p. 135), “é uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos e devires, atualiza virtualidades e

inventa o novo radical”. Os dispositivos geradores da diferença absoluta produzem realidades alternativas e revolucionárias que transformam o horizonte considerado do real, do possível e do impossível.

O sentido proposto por Foucault (2008, p. 244) para o termo amplia, ainda mais, a capacidade explicativa do conceito de dispositivo e o uso que se pretende nesta produção:

Através deste termo tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. Em segundo lugar, gostaria de demarcar a natureza da relação que pode existir entre estes elementos heterogêneos. Sendo assim, tal discurso pode aparecer como programa de uma instituição ou, ao contrário, como elemento que permite justificar e mascarar uma prática que permanece muda; pode ainda funcionar como reinterpretação desta prática, dando-lhe acesso a um novo campo de racionalidade. Em suma, entre estes elementos, discursivos ou não, existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes. Em terceiro lugar, entendo dispositivo como um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência. **O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante** [grifo nosso].

É possível entender por dispositivo algo que se pode acionar, pôr em operação e, a partir disso, causar efeitos, movimentos e outros questionamentos e ações. Assim, em maio de 2005, constituiu-se a Comissão de Saúde Mental, composta inicialmente por representantes da gestão regional e municipal, e por trabalhadores dos serviços de saúde mental, da rede básica e das instituições formadoras.

Os encontros entre os membros da Comissão de Saúde Mental ocorrem desde maio de 2005, sendo que, inicialmente, foram levantadas questões importantes na abordagem e articulação do tema “Saúde Mental no município”. Nestes primeiros encontros emergiu a crucial necessidade de se conhecer as regiões de saúde do município, as unidades de saúde que as compõem, com a finalidade de ampliar o seu acesso à população, promover a troca entre as equipes sobre as questões de acolhimento do sujeito em sofrimento mental/psíquico e de sua família, bem como a inserção dos usuários que estão em tratamento nos CAPSs do município, em suas comunidades.

Esse grupo preocupou-se também em estruturar a construção de uma rede de atenção em saúde mental, incluindo todos os serviços de Atenção à Saúde Mental e de Atenção Básica em Saúde, realizando atividades de interação e integração com as equipes das Unidades Básicas de Saúde e com as equipes de Saúde da Família do município.

Para a concretização dessa proposta, muitos movimentos se fariam necessários, entre eles identificar profissionais com perfil e formação na área da saúde mental; disparar o processo de educação permanente para estes trabalhadores; apresentar para toda rede de atenção de saúde do município o papel do CAPS; e construir os fluxos desses serviços.

Foi desse espaço de construção coletiva, o espaço da Comissão de Saúde Mental, que tem como desafio analisar e revelar o sentido e a direcionalidade da Reforma Psiquiátrica na efetivação do SUS, na esfera municipal, que participei desde o início, como representante da gestão municipal. No entanto, por vezes, afastava-me, para dar lugar ao coordenador da Política de Atenção à Saúde Mental e, quando este se desligava, ou era desligado, eu retornava.

Durante o período em que participei da Comissão de Saúde Mental, muitos questionamentos me perseguiram, à medida que defendia, como militante do SUS, que uma política pública de saúde se constrói a partir das necessidades dos atores envolvidos e que esta era uma das principais marcas do Movimento Pela Reforma Psiquiátrica; e, sob o meu ponto de vista, este seria o espaço concreto dessa construção. Mesmo assim, talvez pela complexidade do tema, me sentia envolvida numa verdadeira trama de relações, de fios interrogativos por assumir posições, como representante da gestão, que de certa forma feriam meus sonhos e desejos de trabalhadora de saúde, de consolidar a Reforma Psiquiátrica no microespaço político do município.

Logo, apresento como **“fio interrogativo” deste estudo** a seguinte questão: A Comissão de Saúde Mental opera como um espaço intersseçor?

Na tentativa de responder a essa questão, parte-se do entendimento de espaço intersseçor, como

Sendo aquele onde ocorre a relação entre os sujeitos que “sujeitam” em certas situações e que “se sujeitam” em outras. Isto é, ora assumimos posturas instituídas e ora posturas instituintes. Esta identidade está em constante movimento, provocando um jogo de forças que pode desencadear novas possibilidades do sentir e do agir em saúde (MERHY, 2002a, p.14).

Nesta dissertação, serão utilizadas algumas analogias relacionando os resultados com “fios, linhas retas, dobras e desdobras”, sendo que, para Deleuze (2008, p.194), as linhas retas se assemelham, mas as dobras variam e cada dobra vai diferindo. Há dobras por todo lado, mas a dobra não é um universal. É um diferenciador, um diferencial.

Nessa perspectiva, as minhas inquietudes movimentavam-se entre dobras e (des)dobras, evocando alguns questionamentos, quais sejam: Qual é o lugar que a Comissão de Saúde Mental ocupa no microespaço político do município, no sentido de consolidar a Reforma Psiquiátrica? Como a Comissão de Saúde Mental vem atuando no contexto da Reforma Psiquiátrica, no município? Que espaços de governabilidade estão presentes na relação da Comissão com a Política de Saúde, na esfera municipal?

Por tudo isso, se faz necessário olhar a micropolítica² do processo da Reforma Psiquiátrica no contexto do SUS, no município, procurando perceber o que ali acontece, pois o que busco investigar é a possibilidade desse espaço da Comissão de Saúde Mental ser um espaço intersseçor, indicador de uma relação instituinte.

Assim, a formulação do problema de pesquisa configurou-se na seguinte questão norteadora: A Comissão de Saúde Mental é um espaço intersseçor, no sentido da consolidação da Reforma Psiquiátrica no contexto do SUS, na esfera municipal?

Para orientar a investigação, traçou-se como **objetivo deste estudo**:

- Compreender como se organiza o trabalho, em particular as relações e interações na Comissão de Saúde Mental de Santa Maria, buscando evidências de atuação como espaço intersseçor na consolidação da Reforma Psiquiátrica, no município.

² Micropolítica que é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontram (Merhy, 2002).

Ao alcançar esse objetivo, espera-se contribuir para uma (re)leitura do trabalho desenvolvido pela Comissão de Saúde Mental nesse contexto.

Esta dissertação apresenta, no Capítulo 1, Introdução, a temática da pesquisa, bem como a justificativa, a questão norteadora e o objetivo deste estudo.

No Capítulo 2 a revisão de literatura traz os autores que dão suporte à discussão dos dados encontrados. No Capítulo 3 é apresentado o percurso metodológico desenvolvido.

E no Capítulo 4 são relatados e discutidos os resultados obtidos nesta pesquisa, seguido das considerações finais (Capítulo 5).

2 REVISÃO DE LITERATURA

Na tentativa de conectar alguns dos fios interrogativos, não só nas bases da minha vivência profissional, foram lidos alguns pensadores e pesquisadores que buscam compreender este conjunto sistêmico e complexo que é a Reforma Psiquiátrica no contexto do SUS. Entre eles, Amarante (1995, 2007), Merhy (1997, 2002), Campos (2000, 2003), Ceccim (2005, 2006), Deleuze (2008), Foucault (2008), que me inspiram e, ao mesmo tempo, me desacomodam. Eles me levam a um permanente construir, desconstruir, reconstruir.

Assim, este capítulo apresenta uma síntese dos principais referenciais que deram suporte à efetivação desta dissertação. Os temas abordados tratam do processo de construção da Reforma Psiquiátrica, da Reforma Psiquiátrica no contexto do SUS, dos encontros e desencontros da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, da construção da Rede de Atenção à Saúde Mental, da mudança na modelagem tecnoassistencial na Saúde Mental e das implicações da Enfermagem na construção do conhecimento em Saúde Mental.

2.1 O processo de construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Embora contemporâneo à Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação do modelo manicomial, no auge da democratização, demarcada por denúncias de violência e maus-tratos impetrados aos doentes mentais de longa permanência em hospitais públicos feitas, principalmente, pelos trabalhadores de saúde mental.

A partir de então, inicia-se o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, protagonizado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que, dentre os seus princípios, questionava a lógica cartesiana da ciência médica, "o papel normatizador das instituições e a busca de uma transformação do ato em saúde" (AMARANTE, 1995, p.102).

Segundo o autor supracitado, a atual concepção de Reforma Psiquiátrica vem configurar um processo bastante inovador, original e prolífero, permeado por inúmeras iniciativas práticas de transformação, com o surgimento de novos atores e protagonistas, e uma emergente produção teórica, na qual novas questões surgem no cenário do campo da saúde mental (AMARANTE, 2008, p.14).

Nessa perspectiva, o processo de Reforma Psiquiátrica é um projeto de horizonte democrático e participativo. São protagonistas desse processo os gestores do SUS, os trabalhadores em saúde e, principalmente, os usuários e os familiares dos usuários dos CAPSs e de outros serviços substitutivos. Trata-se de um protagonismo insubstituível (BRASIL, 2005).

Argumenta-se ainda que a Reforma Psiquiátrica é um processo contra-hegemônico, ou seja um processo que caminha no sentido oposto ao da dominação da experiência subjetiva pelos aparelhos de poder, sejam eles jurídicos, políticos, sociais ou científicos (AMARANTE, 2008b, p.75).

Tendo inicialmente se concentrado em questões mais restritas ao âmbito técnico-assistencial, o MTSM caminha em direção à sua consolidação como um movimento social, com a incorporação de outros atores sociais (usuários, familiares, conselhos de saúde, sociedade civil organizada) ao movimento, a fim de ampliar o debate, marcando uma mudança epistemológica e estratégica do movimento.

Isso se deu a partir da realização do II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru/SP, em 1987. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, quando o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) passa a denominar-se “Movimento Nacional da Luta Antimanicomial”, sendo então lançado o *slogan*: “*por uma sociedade sem manicômios*”.

Nesse período, surge no Brasil, na cidade de São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

Em 1989, inicia-se um processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta (local de maus-tratos e de mortes de pacientes). Essa intervenção, com repercussão nacional, demonstrou a forma equivocada de tratamento, mas também a possibilidade de construir uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Ainda nesse ano, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da

pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país (BRASIL, 2005).

É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo, sendo que, em dezembro de 1991 e janeiro de 1992, foram publicadas as primeiras portarias do Ministério da Saúde no sentido de viabilizar, financeiramente, a mudança do modelo assistencial, além de regulamentar o funcionamento dos serviços de saúde mental (ALVES; GULJOR, 2005).

O Estado do Rio Grande do Sul foi um dos pioneiros na aprovação da lei que regulamentou a Reforma Psiquiátrica (Lei n.º 9716/92) e serviu de inspiração para a legislação federal que foi aprovada mais tarde. Durante a década de 80, a criação do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, instância do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, representou um importante articulador e mobilizador das forças sociais, na luta pelos direitos e atenção qualificada aos portadores de sofrimento psíquico. Esse momento também marcou a entrada de lideranças do MTSM nas secretarias estaduais de saúde, permitindo processos de intervenção nos hospitais psiquiátricos do país, assim como a expansão gradativa da rede ambulatorial em saúde e saúde mental, de equipes multiprofissionais e a humanização dos processos de reinserção social dentro de algumas instituições estatais.

A partir desse legado, o processo da Reforma Psiquiátrica potencializou-se com a realização de sucessivas Conferências de Saúde Mental, no sentido de construir um outro modo de pensar sobre a pessoa com transtornos psíquicos, não apenas identificando seu diagnóstico, mas ressaltando sua existência e seu sofrimento. Assim, se contextualiza o processo de saúde e doença psíquica, vinculando o conceito de saúde ao exercício da cidadania. Essa percepção diferenciada promoveu o debate social, muito enfatizado nos meios jurídicos, legislativos e nas questões relacionadas ao modelo assistencial da época.

A aprovação, em abril de 2001, da Lei n.º. 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica, que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da Lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (MELLO, 2007, p. 42).

Na seqüência, a publicação da Portaria nº. 336/02 e da Portaria nº. 189/02, que atualizaram a Portaria nº. 224/92, incorporaram os avanços que conduziram uma nova proposta de assistência em saúde mental. Nesse âmbito, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS assume especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental do país, configurando-se como dispositivo estratégico na remodelização hospitalar. Os CAPSs se propõem lidar com os transtornos psíquicos de maneira diferenciada da tradicional abordagem, requerendo a construção de novos conceitos para uma adequada aproximação e análise desses novos serviços, promovendo a produção de novas práticas sociais.

Os Centros de Atenção Psicossocial e os demais serviços de saúde mental necessitam estar articulados com a rede de saúde, assumindo nela um papel estratégico, como também estarem inseridos em outras redes sociais, a fim de poderem cumprir sua atuação primordial na inclusão das pessoas com transtorno psíquico. Integrar-se ao cotidiano do usuário e conhecer sua realidade vem potencializar os cuidados em saúde mental e a reabilitação psicossocial.

O território do indivíduo constitui-se, fundamentalmente, por seus interesses, conflitos, família, amigos, vizinhos, instituições e cenários. Entre eles, igrejas, escolas, trabalho, unidades de saúde. A partir desta noção de território, enfatizando a rede de atenção em saúde, percebe-se a necessidade de organizar uma rede na comunidade, com enfoque nas pessoas com transtornos psíquicos e nas suas famílias, amigos e demais interessados, promovendo às equipes de atenção básica em saúde, entre elas as Unidades Básicas e do Programa de Saúde da Família, subsídios necessários nos esforços de cuidado e de reabilitação psicossocial. O eixo norteador desse processo consiste na amplitude das importantes relações que compõem essa rede, composta por pessoas, sua existência, sofrimentos e a maneira como interagem nesse cenário.

Como nos afirma Merhy (2002a), é partir para novos mapas, para novos sentidos territoriais. Nessa perspectiva, a Reforma Psiquiátrica se constitui em um processo social complexo, compreendendo-se “complexo” não como uma redução à complicação, mas como uma “relação entre as parte e o todo” em que “o todo que está igualmente na parte [...]”, ou seja, onde “cada ponto contém a totalidade” (MORIN, 2004, p.14).

Do ponto de vista da gestão pública, há necessidade de implementar uma nova lógica de atenção à saúde mental. Isso representa um desafio que não tem

como alvo único as novas estratégias administrativas para organização e viabilização do sistema, mas exige mudanças fundamentadas na problematização das práticas, da maneira como cada qual se insere, se relaciona e interage com o mundo.

2.2 A Reforma Psiquiátrica no contexto do SUS

Alguns aspectos do SUS são fundamentais para o entendimento da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira, para os serviços substitutivos à internação psiquiátrica, bem como para a sua gestão.

Com a Constituição de 1988, a Saúde passa a ser um “direito de todos e dever de estado”. No caminho das mudanças assinaladas pela Reforma Sanitária, o SUS é criado a partir da aprovação da Lei Orgânica (Leis 8080/90 e 8142/90) e sua operacionalização é definida pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) que regulam o processo de descentralização das ações e serviços em saúde. Nessa perspectiva, o SUS define que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, como direção única em cada esfera do governo, atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade [...] descentralização refere-se à complexificação e à municipalização dos serviços, bem como do repasse de verbas; a integralidade refere-se à priorização das ações preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a participação da comunidade refere-se ao controle dos serviços e dos recursos da saúde por parte dos servidores técnicos e dos usuários por meio representativo em Fóruns e convenções municipais, regionais e nacionais (RIBEIRO, 2002, p.54).

Assim, além desses aspectos ligados à gestão, a questão da complexificação dos serviços também torna-se um desafio para as propostas da Reforma Psiquiátrica, na medida em que essa concepção prevê que haja atendimento em saúde desde o posto da unidade básica (procedimento menos sofisticado, por dispensar menos recursos e atendimento menos especializado) até os grandes hospitais (responsáveis por procedimentos mais “complexos”, que utilizam mais materiais e recursos, além de requererem um atendimento mais especializado).

Esta noção de complexificação pressupõe uma hierarquia determinada pelo tipo de serviço do SUS, na contramão da Reforma Psiquiátrica.

A hierarquização amarrou a proposta de Reforma Psiquiátrica aos moldes burocráticos e, com isso, forçou os novos serviços a se incorporarem na rede de saúde, caracterizando-os como primários, secundários ou terciários, o que faz classificar “crises e tipos de crises”. Dessa maneira, a hierarquização para a saúde mental é uma dificultadora para o acesso do usuário e deixa a desejar quanto à eficácia dos resultados (CAMPOS, 2000).

Nessa perspectiva, fazem-se urgentes novas formas de pensar a gestão e o trabalho em Saúde Mental, visando desconstruir o modelo médico-psiquiátrico clássico, que estabelece hierarquias, que coloca o hospital como centro das ações de saúde, estas, por sua vez, definindo lugares e modos de fazer saúde mental que sustentam o processo de exclusão social historicamente construído.

Segundo Lancetti (2006), no caso da saúde mental, a complexidade é invertida, no nível terciário, o da atenção hospitalar, onde as respostas são padronizadas, massificadas, elementares, centradas nas medicações sedativas, contenções ao leito, isolamento, entre outras. No nível primário, da rede básica, é que as ações devem ser mais complexas, pois implicam em lidar com a família, com as pessoas em crise, com a vizinhança, enfim, com os atores sociais no território em que vivem.

Nesse sentido, compartilho da ideia de que “o processo de desinstitucionalização torna-se a reconstrução da complexidade do objeto, cuja ênfase não é mais colocada na cura (a vida produtiva), mas na produção de vida” (KANTORSKI, 1992, p.35). Por isso, quando o conceito de saúde é compreendido no seu sentido mais amplo, desfazemos a conceituação com base na dualidade entre o normal e o patológico, na qual ser diferente estaria errado, demonstrando uma aproximação maior com a moral do que com a saúde (SILVA et al., 2004).

A estratégia de colocar a doença entre parênteses é, a um só tempo, uma ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade, e terminou por objetivar e coisificar o sujeito e a experiência humana (AMARANTE, 2007, p.67).

Esta maneira de olhar o ser humano em sofrimento psíquico mostra como precisam ser trabalhados os elementos que conferem à “integralidade do atendimento de saúde” (Diretriz Constitucional, 1988) uma forte capacidade de

impacto sobre a atenção à saúde, e que são essenciais para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde.

Então, para superar essas práticas, alguns estudiosos mencionam que é importante trazer para o cenário da saúde o acolhimento, o vínculo, a responsabilização dos profissionais para com os problemas de saúde sob seu cuidado, o desenvolvimento da autonomia dos usuários e a resolutividade da atenção (MERHY e ONOCKO, 1997).

As várias experiências de saúde mental, na organização de serviços consoante os princípios da Reforma Psiquiátrica, caracterizam-se pela necessidade de inovar, construir novas práticas que possibilitem a transformação de toda uma cultura em torno da loucura. Pois, conforme Morin (2004), o ser humano é, ao mesmo tempo biológico e cultural, e constituído de antagonismos de sábio e louco, trabalhador e lúdico, econômico e consumista; ele até mesmo participa de danças, magias e compartilha dos conhecimentos comprovados, mas também de ilusões.

Ao observar esse contexto, concordo com a noção de que “precisamos repensar a insuficiência de uma assistência fragmentada que persiste em não ver o ser humano na sua integralidade da condição humana, seja na saúde ou na doença” (TERRA et al, 2006).

2.3 Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica: encontros e desencontros

As linhas retas se assemelham, mas as dobras variam e cada dobra vai diferindo (DELEUZE, 2008, p.194).

Nascidas de um momento político comum e, por se caracterizarem como “movimento”, a Reforma Sanitária e a Psiquiátrica, na sua trajetória histórica de construção, ora se aproximam e ora se afastam.

Ambas são mobilizadas a partir dos trabalhadores inseridos na rede pública de atenção à saúde. Tanto a Reforma Sanitária quanto a Reforma Psiquiátrica buscavam a produção de uma mudança cultural na sociedade brasileira, tendo a “saúde” como foco do processo de transformação.

De acordo com Amarante (2005), assim como os trabalhadores de saúde mental, como forma de garantir algumas transformações “por dentro” do aparelho

institucional, se inseriram na tecnocracia do Estado, parte dos atores da Reforma Sanitária utilizou a mesma tática.

Como resultado desse afastamento, o autor supracitado chama a atenção para que a Reforma Sanitária vai se tornando um conjunto de medidas predominantemente administrativas das instituições assistenciais do setor saúde, sem o questionamento do modelo de análise e terapêutica ou das consequências derivadas da natureza desse mesmo modelo (AMARANTE, 2008a, p.22).

É interessante observar que, enquanto o movimento pela Reforma Sanitária propunha uma reformulação radical da assistência, com a criação de um Sistema Único de Saúde, descentralizado, hierarquizado e regionalizado, com a inovação fundamental que foi a garantia da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, poderíamos dizer que a Reforma Psiquiátrica avançou ainda mais.

Tal afirmação sustenta-se no pressuposto de que, se comparado com o movimento pela Reforma Sanitária, o movimento no campo psiquiátrico parece poder ir bem mais longe, no sentido das transformações mais propriamente qualitativas no âmbito do modelo de saúde que se implementa (AMARANTE, 2008a, p.21).

Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica é compreendida como um conjunto de transformações de práticas, de saberes, de valores culturais e sociais. É a construção de um novo lugar socio-político-conceitual-cultural para a loucura, de novas formas de lidar com a diferença, constituindo-se como um diagrama de forças em constante embate, em rearranjos provisórios, que tem como núcleo problemático a questão da alteridade, da diferença e da liberdade. Nesse sentido, ela é, de acordo com Fonseca (2007), “um analisador de uma crise maior, a crise que perpassa as próprias bases do humanismo moderno e nos impulsiona a realizar uma dessubstancialização daquilo que temos praticado e daquilo que nos tornamos” (p.40).

Assim, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, porém ele é marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

2.4 A construção da Rede de Atenção à Saúde Mental

A Política de Saúde Mental do SUS segue as determinações da Lei n.º 10.216/2001 e é referendada pela III Conferência Nacional de Saúde Mental (dezembro de 2001) e pelas Conferências Nacionais de Saúde. Ela tem, como diretriz principal, assegurar o acesso ao cuidado com qualidade, através da mudança do modelo de atenção (do hospitalocêntrico para o comunitário ou territorial).

Para Merhy (2002a), as modelagens tecnoasistenciais dizem respeito a certas formas de organizar os serviços, às configurações de conhecimentos e saberes que buscam vigência para ordenar o cuidado e a gestão, e aos jogos de poder dos diferentes atores. Essa definição destaca, para o plano de análise, as relações que se estabelecem entre os atores e a organização do trabalho na área, inclusive em relação à combinação das tecnologias utilizadas para o cuidado e para a gestão.

Compartilho a idéia de que a saúde mental é um dos poucos campos de conhecimento e atuação na saúde tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes (AMARANTE, 2007, p.15).

Diante disso, verifica-se a possibilidade de maior acompanhamento do paciente *in loco*, isto é, no seu território, no ambiente em que convive com seus familiares, em que mantém vínculos amigáveis, no seu local de pertencimento. Porém com o cuidado de não excluí-lo da circulação pela cidade, movimento importante na retomada de sua singularidade.

Nesse contexto, as unidades básicas de saúde tornaram-se um instrumento valioso para o atendimento às demandas em saúde mental, devido, entre outros fatores, a estarem próximas da comunidade, ou seja, à vinculação ao território-cidade, categoria fundamental para o processo de ampliação do cuidado do sujeito em sofrimento psíquico ou mental. Isto porque permite a utilização dos dispositivos coletivos, presentes na comunidade, como potencializadores da produção de saúde, uma vez que se aliam aos preceitos da Reforma Psiquiátrica de inserção desses sujeitos no convívio social.

Na clínica de situações do dia a dia das equipes de saúde da família, permeada por pacientes com hipertensão, diabetes, obesidade, processo gestacional e outras situações, considerando-se o conceito ampliado de saúde, a

saúde mental permeia todas as expressões do ser humano e pode ser auxílio valioso.

Isto é possível observar quando existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, na medida em que o sujeito em sofrimento possui necessidades que atravessam diversos campos. Diante disso, concordo com Alves e Guljor (2001, p.227), quando apontam que “o olhar é deslocado da doença para o conjunto de fatores que envolvem seu andar na vida”.

Por isso, pode-se dizer que toda doença possui um componente de sofrimento, porque todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde (BRASIL, 2003, p.3).

Cotidianamente, usuários portadores de sofrimento psíquico são identificados pelas Equipes de Saúde da Família. São casos que exigem intervenção imediata, pois podem evitar a utilização de recursos assistenciais mais complexos desnecessariamente.

A continuidade do cuidado depende da articulação entre atenção básica e saúde mental, contribuindo para a melhoria da assistência prestada e ampliação do acesso da população aos serviços.

Nessa concepção de cuidado, faz-se necessário planejar fluxos com ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar para uma rede cuidadora (sistema de referência e contrarreferência, como um tramado de cuidado, e não com centralização numa hierarquia vertical e burocrática do uso dos recursos assistenciais), permitindo a inclusão do usuário; e que este tenha conhecimento da estrutura do serviço e da rede assistencial, visando ser uma pessoa conhecedora, participante e influente dessa rede (CECCIM, 2005).

Logo, as Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial precisam organizar-se em “rede”, ou seja, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos (AMARANTE, 2007, p. 86).

Para tanto, faz-se necessário investir no desenvolvimento de habilidades para o trabalho em rede, e expandi-lo na organização da atenção focada na estrutura da rede básica e dos processos de hierarquização por encaminhamentos e devolução à porta de entrada. Essas mudanças só acontecerão com a participação dos operadores do SUS, seus trabalhadores.

No campo da saúde coletiva e, em especial, na produção do cuidado em saúde mental, estão sempre imbricados a coprodução de si, do outro e da política das coisas que fazemos e para quem fazemos.

A linha de cuidado pode ser tomada como fio da integralidade que trama a regionalização e hierarquização, em reconhecimento do poder local e segundo o elevado acolhimento dos usuários. Dessa maneira, a Rede de Atenção Básica é vista como um lugar estratégico e complexo de atribuições, tanto mais resolutiveira, para conjuntos cada vez maiores de problemas de saúde, conforme se der a distribuição das ações e serviços para alcançar a integralidade, sem prejuízo da qualidade da atenção (CECCIM e FERLA, 2006).

Para Silva (2005, p.6), pensar a interface da saúde mental e da atenção básica significa levar em conta a intersubjetividade entre os profissionais da equipe, a intersubjetividade entre profissional e usuários, e, ainda, a intersubjetividade do próprio usuário, como sujeito da experiência vivida.

Diante disso, há necessidade de se pensar outros modos de agir em saúde, no âmbito dos processos que conjugam o trabalho em uma perspectiva micropolítica do cuidar, em saúde (MERHY e ONOCKO, 1997). Pois, considerando o legado do SUS, não pode ser de outra forma, que não com a participação dos atores desse processo, ou seja, gestores, trabalhadores de saúde, formadores e usuários.

2.5 Mudança na Modelagem Tecnoassistencial, na Saúde Mental

É a partir da problematização e da luta pela efetividade de seus princípios, que o SUS e a saúde mental encontram o desafio de atender aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, em sua trajetória da desinstitucionalização.

Esses pressupostos configuram uma modelagem tecnoassistencial embasada na integralidade e centrada no sujeito com sofrimento psíquico. Isso implica em novas tecnologias de gestão e de atenção, consideradas como núcleos de conhecimentos e práticas em intersecção em processos de trabalho concretos.

Essas tensões têm permeado a formulação das políticas públicas contemporâneas na área da saúde mental, não no sentido de se estabelecer modelos, mas de criar, inventar, inovar.

Considerando que sempre qualquer invenção responde a condições históricas para sua origem, desenvolvimento e até manutenção, buscou-se o referencial de Campos (2000), o qual vamos chamar de modelagem, que é:

O desenho que formata toda experiência, que tem como pano de fundo um modelo que já foi experimentado. Assim sendo, modelagem passa a ser: fazer saúde num determinado local, com uma determinada história de inserção de serviços de saúde e em um determinado tempo histórico com seus protagonistas singulares (p.67).

Segundo Merhy (2002a), poder pensar modelagens dos processos de trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, que consigam combinar a produção de atos de cuidado de maneira eficaz com conquista de resultados, é um nó crítico a ser trabalhado.

Isso tudo nos remete a um dos ensaios em que Deleuze (2006) analisa questões colocadas por Foucault, em “As dobras ou o lado de dentro do pensamento”, quando Foucault afirma que é a prática que constitui a única continuidade do passado ao presente, ou, inversamente, a maneira como o presente explica o passado. Nessa linha de pensamento, Deleuze comenta que embora seja verdade que as condições não são mais gerais ou constantes que o condicionado, é pelas condições que Foucault se interessa, e segue dizendo:

Ele não faz uma história das instituições, mas das condições nas quais integram relações diferenciadas de forças, no horizonte de um campo social. [...] Ele não faz uma história dos sujeitos, mas dos processos de subjetivação, sob as dobras que ocorrem nesse campo ontológico tanto quanto social (DELEUZE, 2006, p.124).

Ao preconizar um processo de gestão que exige uma constante articulação entre os diferentes setores da sociedade, ao buscar a concretização da proposta de inclusão da saúde mental na atenção básica, como um dos propósitos do Pacto pela Saúde³ e, conseqüentemente, a viabilização da construção de uma rede de assistência, busca-se ampliar os espaços de discussão para efetivar a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Segundo Mello (2007), tendo em vista a compreensão do contexto em que está inserida a política de saúde mental, na atualidade:

³ Pacto pela Saúde 2006, novo instrumento para a gestão compartilhada do SUS.

A reforma trouxe ao debate científico da psiquiatria e da saúde mental o tema inóspito da organização dos serviços de saúde, saúde pública, acessibilidade, garantia da qualidade da atenção para toda a população. Aos poucos, a dimensão de política pública começa a agregar valor ao ensino e à pesquisa, clínica e epidemiológica, no campo da saúde mental (p.78).

Como em outras áreas do SUS, a gestão da política de saúde mental é tarefa complexa, descentralizada com diversos níveis de decisão e de controle social. “A formulação, a pactuação e a articulação das diretrizes propostas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental exigiram uma instância democrática e articulada de gestão pública deste processo” (BRASIL, 2007, p.6).

Diante do exposto, entende-se a política de saúde mental como política pública, traduzida como um sistema cooperativo entre sujeitos, na realização de diretrizes e ações coletivas, organizadas por lógicas voltadas para a garantia dos direitos sociais (PAIM e TEXEIRA, 2006).

Nesse sentido, a construção de políticas públicas deve estar conectada, comprometida com a coletivização da gestão, entendida aqui como vetores-dobras, com a publicização das relações entre trabalho (saberes), sujeitos (necessidades, desejos e interesses) e poderes (modos de pôr em relação saberes e sujeitos) (BARROS & BARROS, 2007, p.65).

Daí a advertência das mesmas autoras, ao revelarem que os vetores não estabelecem entre si relações deterministas ou determinadas, mas relações de intercessão, sustentadas num princípio de inseparabilidade e coextensão, de tal modo que tais vetores configuram-se bem mais como dobras de um plano de produção.

Então, publicizar inclui a possibilidade de permeabilizar os espaços institucionais no interior dos serviços de saúde, para neles atuar, associando a força instituinte do usuário, mesmo não estando ele fisicamente ali (MERHY, 2007, p.31).

A produção de saúde é uma tarefa coletiva que envolve um conjunto de trabalhadores, seus produtores e o encontro destes com os usuários, seus consumidores, no qual trabalhadores de saúde e usuários “produzem-se” mutuamente, tendo como instrumental, para esse trabalho, a subjetividade, o modo de sentir, de representar e de vivenciar necessidades.

Tanto os produtores, como os consumidores são instituintes de necessidades e atuam como forças, no espaço interseção produção/consumo, expondo suas

intencionalidades, desejos, processos de capturas que estejam sofrendo (KENYA, 2004, p.37).

Desse modo, para operar o campo da gestão em saúde, faz-se necessário o imbricamento da tecnologia e o significado da produção relacionada a consumo e a necessidade, o que, a partir daí, requer a construção de um espaço interseçor.

Este espaço interseçor é entendido como o que se produz nas relações entre “sujeitos”, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os “dois” em ato, e não tem existência sem o momento da relação em processo; no qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro (MERHY, 2002a, p.51).

Para Kastrup (2000), “os interseçores realizam uma operação de fecundação, forçando o pensamento e problematizando” (p.19).

Tudo isso nos remete à concepção de espaços da saúde, nos quais operam processos ruidosos, espaços estes que se transformam para atender as necessidades da população de seu território, respeitando a singularidade dos diferentes sujeitos, e onde interagem o gestor, o trabalhador e o usuário.

Para tanto,

Entendemos que o cotidiano institucional se expressa como uma dobra na qual, de um lado há o “cenário” do mundo das significações, [...] e não necessariamente compartilhados pelo conjunto dos agentes em situação institucional e, do outro lado, [...] opera um mundo distinto, o dos sentidos e sem sentidos, que se mostra através de “falhas” ocorridas no anterior (MERHY e COLS, 1997, p.116).

Isso nos leva a pensar na flexibilidade, na dinamicidade e nas brechas dos espaços da saúde que, por vezes, se aproximam e, por outras, se distanciam, em busca de novos caminhos instituintes.

Ainda, nesse contexto, o autor supracitado, afirma que:

Somos em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos como força de mudança. Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentidos, somos reprodutores de situações dadas [...] mesmo protagonizando certas mudanças, em muito conservamos. Entretanto, somos responsáveis pelo que fazemos [...] precisamos nos reconhecer em nossos afazeres (MERHY, 2002a, p.15).

2.6 Implicações da Enfermagem na construção do conhecimento em Saúde Mental

Para aprofundar as leituras e reflexões acerca dessa temática, prosseguiram-se as buscas nas produções científicas da Enfermagem em Saúde Mental, mais precisamente, em bancos de dados, com base em material já publicado. Assim, foram utilizados resumos de teses e dissertações encontrados nos catálogos do Centro de Estudo e Pesquisa em Enfermagem (CEPEEn), disponíveis no *site* da Biblioteca Virtual em Saúde – Enfermagem. E informações armazenadas em CD ROM, elaborado pela ABEN, correspondente ao período de 1979 a 2006, no qual o tema Reforma Psiquiátrica se fazia presente. A busca e seleção dos trabalhos ocorreram no período de 20 de setembro a 7 de outubro de 2008.

Na tentativa de aproximação ao objeto deste estudo, foram encontradas 44 publicações e, destas, apenas três apresentaram uma frágil interface, em se tratando da participação de diferentes atores, em espaços coletivos organizados, na construção da política de saúde mental.

Estudos realizados evidenciam a carência de pesquisas voltadas à organização dos serviços, que avaliem a eficácia das intervenções clínicas e a qualidade dos serviços de saúde da América Latina (ZORZETTO et al, 2007, p.196).

Os mesmos autores destacam que a produção científica do Brasil representa 0,4% da produção mundial, demonstrando crescimento nos últimos anos. Sendo que, em se tratando da América Latina, isto é muito pouco, para uma das regiões com as mais elevadas taxas de prevalência de doenças psíquicas do mundo.

Dentre as 44 publicações, 27 eram dissertações de mestrado e 17 teses de doutorado, as quais foram selecionadas através da criação de categorias temáticas.

Para o tratamento do material, utilizou-se a análise de conteúdo, que “faz parte de uma busca histórica teórica e prática nas investigações sociais” (MINAYO, 2006). É a proposta de trabalhar a hermenêutica baseada na dedução e na inferência.

Como técnica de análise de conteúdo, utilizou-se a análise temática sugerida por Minayo (2006). Seguiram-se as três etapas da análise temática, quais sejam: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A partir da análise, foram criadas cinco categorias, sendo elas: Ensino

de Enfermagem Psiquiátrica e em Saúde Mental; Assistência de Enfermagem; Desinstitucionalização; Reabilitação Psicossocial; Gestão (planejamento em saúde mental, produção de subjetividade, processo de trabalho, relações de poder, avaliação de serviços e formação política).

Em seguida, realizou-se a organização dos trabalhos por categoria, para interpretação e discussão dos resultados. Finalmente, buscou-se relacionar as produções científicas da Enfermagem com o contexto brasileiro no momento histórico em que as produções foram feitas, e também com os referenciais teórico metodológicos utilizados nas pesquisas.

Na análise e discussão dos resultados, nas cinco categorias, pode-se perceber o predomínio de estudos voltados à assistência de enfermagem psiquiátrica hospitalar, uma vez que, dos 44 estudos selecionados, apenas três abordaram o cuidado domiciliar. Quanto à categoria Ensino de Enfermagem Psiquiátrica e em Saúde Mental, os estudos apontaram concepções antagônicas da psiquiatria (reprodução na prática do modelo da psiquiatria tradicional e, na teoria, as concepções da Reforma Psiquiátrica).

Destaca-se, também, o aumento significativo das produções de enfermagem no contexto da Reforma Psiquiátrica, a partir de 2000, quando das primeiras normatizações dos serviços substitutivos ao modelo asilar, o que ainda não os caracterizou como estudos pautados na lógica da desinstitucionalização, e sim da desospitalização; assim como a reprodução da terapia medicamentosa “travestida” de projeto terapêutico e reabilitação psicossocial. Quanto à Gestão, apenas dois trataram do papel da gestão municipal na organização dos serviços, na perspectiva da participação dos usuários, trabalhadores de saúde e comunidade como um todo, em espaços de construção da Política de Saúde Mental pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Os demais estudos discutem a relação de poder, ainda predominante, do trabalhador de saúde sobre o usuário em sofrimento mental, o planejamento e a avaliação dos serviços descontextualizados da realidade.

Das 44 produções categorizadas, apenas uma preocupou-se com o perfil epidemiológico da população em sofrimento mental, sendo este o único estudo quantitativo.

Considera-se, que a Enfermagem, ao pesquisar e propor ações relacionadas à temática da Reforma Psiquiátrica, ainda está impregnada pelo modelo manicomial, fato que se justifica pela formação pedagógica tradicional e pelo predomínio do

modelo biomédico, pautado na fragmentação do saber teórico-prático. Por isso, o cuidar da pessoa em sofrimento mental, é mais um dos desafios a serem enfrentados pelos trabalhadores de saúde, talvez por nos levar a um olhar para si, e do dar-se conta do limite tênue da loucura.

Lidar com saúde, hoje, ultrapassa as fronteiras do saber técnico. Tem a ver com a vida, com o mundo que nos cerca e do qual fazemos parte. Lidar com saúde mental nos coloca à frente de um processo social complexo, de relações e interações, de um constante construir, desconstruir e reconstruir.

Nesse contexto, concorda-se com as afirmações de Kantorski et AL (2009), quando refere que

Academicamente, é interessante pensar que um “movimento” conhecido como reforma psiquiátrica (hoje uma opção institucionalizada), inicialmente rotulado como ideológico, chegou ao seu momento de dispor dos referenciais da ciência para avaliar os serviços e as práticas instituídas (p.275).

Diante disso, principalmente, na área da saúde mental, é visível a insuficiência da tradição científica em estudos voltados à organização do sistema, a partir da complexidade da gestão, no que tange às relações sociais. Isso acontece na medida em que a maioria dos trabalhos da enfermagem concentra-se, sobretudo, em temas relacionados com a assistência, a desinstitucionalização e o ensino de enfermagem psiquiátrica, e na saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Não se ensina a andar se não se ensinar a fazer caminhos, a construir percursos e trajetórias (AMARANTE, 2008, p. 69).

A pesquisa é a atividade básica das Ciências na construção da realidade, pois é ela que alimenta o ensino e nos coloca frente à realidade atual, vinculando pensamento e ação, ou seja, “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática” (MINAYO, 2004, p. 80).

Corroborar-se com a autora supracitada, na medida em que o que nos instiga e serve como mola propulsora para a realização de uma pesquisa, parte daquilo que vivenciamos e nos inquieta, e leva-nos à investigação, à busca de respostas, revelações, descobertas. Mesmo ancorados num referencial teórico, sabemos que cada situação é própria daquele espaço, num determinado tempo.

Por isso, opta-se pela proposta metodológica com abordagem qualitativa, do tipo Estudo de Caso, para responder ao objetivo desta pesquisa, que foi compreender como se organiza o trabalho, em particular as relações e interações, na Comissão de Saúde Mental, buscando evidências de atuação como espaço interseção, com apoio no referencial teórico-metodológico proposto por Merhy (1997, 2002).

A investigação qualitativa compreende a descrição e análise da realidade de diferentes formas de representar as experiências vivenciadas pelas pessoas, ou de experienciar um fenômeno. Há uma implicação entre o conhecimento sobre o mundo e os sujeitos que o constroem, numa relação dinâmica entre o sujeito e o objeto (LEOPARDI, et al, 2001; MINAYO, 2004).

Dessa forma, “a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais, a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos” (MINAYO, 2008, p.195).

Logo, a interpretação do fenômeno, atribuindo-lhe significados, é parte integrante do processo de conhecimento, tanto do sujeito pesquisador como dos atores.

A escolha pelo Estudo de Caso justifica-se tendo em vista que propõe desenvolver uma investigação empírica que focaliza um fenômeno dentro do seu

contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (YIN, 2006, p. 32).

Em sua essência, o estudo de caso, no âmbito da investigação avaliativa, visa apresentar ou esclarecer por que e como determinada decisão ou conjunto de decisões foram tomadas, visando ainda demonstrar o rumo de uma intervenção em curso e como modificá-la (MINAYO, 2004).

Esse método possibilita “a análise de uma situação natural, é rico em dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada” (LUDKE & ANDRÉ, 2007, p.18). É um método que proporciona descobertas, mesmo que o investigador utilize, inicialmente, o conhecimento prévio e pressupostos teóricos; nele, cada caso é um caso e se considera o contexto em que a realidade estudada está inserida, a partir do qual novas respostas poderão ser reveladas. Dessa forma, o estudo de caso se fundamenta “no pressuposto de que o conhecimento não é algo acabado, mas uma construção que se faz e refaz constantemente [...] o pesquisador estará sempre buscando novas respostas e novas indagações no desenvolvimento do seu trabalho” (LUDKE e ANDRÉ, 2007, p.18).

Assim, a escolha pela abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, revelou-se como a maneira adequada de extrair da realidade uma forma apropriada de compreender a questão-problema deste estudo.

A proposta envolvendo o estudo de caso também se estrutura a partir da temática escolhida e de minha trajetória profissional, que se consolidou na área da Saúde Coletiva, não só envolvendo as questões teóricas do processo da Reforma Psiquiátrica, como também as questões políticas inerentes ao contexto social mais amplo do qual fazemos parte.

3.1 Cenário do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida junto à Comissão de Saúde Mental do Município de Santa Maria/RS.

O Município de Santa Maria está localizado, geograficamente, no centro do Estado do Rio Grande do Sul, considerado o “coração” do Rio Grande, com uma

área de 1825 km² e uma população de aproximadamente 270 mil habitantes. É o principal polo assistencial da Macrorregião Centro-Oeste do Estado, e está habilitado na modalidade de Gestão Plena da Atenção Básica, conforme a Portaria nº 2.023/GM, de setembro de 2004.

Compõem a Rede de Atenção Básica à Saúde do Município de Santa Maria em torno de 31 serviços de saúde, sendo 18 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e 13 Unidades de Saúde da Família (USFs). Estão distribuídos por regiões sanitárias, com quatro Unidades na região norte, seis na região leste, sete na região oeste, quatro na região sul, cinco na região centro e seis nos distritos de Santa Maria. Ainda na região centro, encontram-se os serviços de atenção secundária[,] que são o Centro de Diagnóstico e Atenção Secundária – CEDAS, o Ambulatório de Saúde Mental do município e os três Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), sendo um para portadores de sofrimento psíquico crônico, um para atendimento infantil e um para dependentes de álcool e drogas.

Em maio de 2005, constitui-se a Comissão de Saúde Mental, com o objetivo de aproximar a saúde mental da atenção básica, envolvendo todos os Serviços de Saúde municipais e as instituições formadoras.

Essa comissão realiza reuniões em uma sala de um dos serviços de Atenção Psicossocial da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria/RS, com um cronograma de reuniões semanais, às segundas-feiras, com duas horas de duração (das 08:30h às 10:30h), nas quais são discutidas questões propostas em uma pauta construída no início de cada reunião, e com os registros feitos em ata.

Na ocasião da coleta de dados feita através das observações e grupo focal, a Comissão de Saúde Mental do município era composta por: coordenador da Política Municipal de Atenção à Saúde Mental, trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPSs (CAPS II Prado Veppo, CAPS AD, CAPS Infantil), trabalhadores do Programa de Redução de Danos, usuários, docente, mestranda do Curso de Enfermagem e acadêmico do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria.

Destaca-se que, em momentos anteriores ou posteriores a esta fase de coleta de dados, outros atores integraram essa comissão, como, por exemplo: trabalhadores do Centro de Atendimento a Vítimas de Violência Acolher; da Unidade de Internação Psiquiátrica Paulo Guedes, do Hospital Universitário de Santa Maria;

trabalhadores do Ambulatório de Saúde Mental; representante regional da Política de Saúde Mental; dentre outros.

Cabe ressaltar que os membros dessa comissão se fazem representar por adesão, através de convite feito pela Comissão de Saúde Mental (CSM), com aproximação desses sujeitos baseada em afinidade pessoal, política e/ou profissional com a temática proposta.

3.2 Atores Participantes do Estudo

Os atores participantes do estudo foram os integrantes da Comissão de Saúde Mental – CSM, a qual se configura como um espaço aberto, dinâmico, de liberdade de inclusão.

Compuseram este estudo 11 participantes da Comissão de Saúde Mental, dentre eles: trabalhadores dos serviços de saúde mental e de outros serviços de atenção à saúde do município; formadores e profissionais em formação. Desses, alguns possuíam formação específica no campo da saúde mental, e cabe destacar que apenas um era egresso do movimento de Luta Antimanicomial, sendo os demais oriundos de movimentos sociais.

Destaca-se que foram incluídos todos os participantes das reuniões neste estudo, tendo em vista que o *locus* de observação sistemática é o movimento, a dinâmica, o processo de trabalho dessa comissão. Evidencia-se ainda que, na avaliação dos dados coletados, os sujeitos deste estudo foram visualizados considerando-se o seu contexto, tempo de participação na comissão, representação, dentre outros aspectos.

Na apresentação e análise dos resultados, optou-se por inserir algumas falas dos participantes do grupo focal, sendo que os mesmos foram identificados pela letra A, significando Ator, seguida de número arábico conforme a ordem de apresentação das mesmas.

3.3 Coleta de Dados

De acordo com a proposta desta pesquisa de escolher o tipo Estudo de Caso, a coleta de dados deve basear-se em diversas fontes de evidências. Assim sendo, optei por utilizar a análise documental, a observação sistemática e o grupo focal realizado com todos os participantes da Comissão de Saúde Mental.

Este estudo de caso começou com a permissão para realizá-lo, e o trabalho de campo foi desenvolvido a partir de um planejamento detalhado, conforme propõe Martins (2006), a partir do referencial teórico e das características próprias do caso.

Posterior à autorização do Núcleo de Educação Permanente em Saúde do Município de Santa Maria/RS – NEPES (APÊNDICE A), entrei em contato com o coordenador da Política de Atenção à Saúde Mental, a fim de me apresentar como pesquisadora e de expor minha intenção de participar das reuniões da CSM, como forma de aproximação e reconhecimento do campo.

A seguir, em reunião da CSM, em março de 2009, apresentei o projeto, no sentido de obter autorização do conjunto dos integrantes, para realizar a coleta de dados programada para esta pesquisa. Por solicitação dos mesmos, enviei o referido projeto para o *e-mail* do grupo. Destaca-se que esta investigação cumpriu a Resolução 196/96 do MS.

A seguir, serão apresentados os aspectos relativos à coleta de dados, ou seja, a análise documental, a observação sistemática e as sessões de grupo focal.

3.3.1 Análise Documental

A análise documental pode se constituir “numa técnica valiosa de abordagem dos dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema” (LUDKE e ANDRÉ, 2007, p. 38).

Para a condução de um Estudo de Caso, a realização de pesquisa documental “é necessária para o melhor entendimento do caso e também para corroborar evidências coletadas por outros instrumentos e outras fontes,

possibilitando a confiabilidade de achados através de triangulação de dados e de resultados” (MARTINS, 2006, p. 46).

Nesta pesquisa, as **cópias das atas da** CSM foram disponibilizadas pelo Coordenador da Política de Saúde Mental, sendo que as mesmas foram analisadas no período de agosto de 2006 a setembro de 2008, para sistematizar os resultados encontrados nesse material.

Buscou-se identificar nos conteúdos dos registros das atas aspectos como: datas das reuniões, pauta da reunião, assinatura dos participantes e os encaminhamentos resultantes de cada reunião, com base no roteiro pré-estabelecido para análise documental (APÊNDICE C).

A partir da aplicação das diferentes técnicas de coleta de dados, sentiu-se a necessidade de acessar registros das edições da “Saúde Mental na Roda”, o Relatório da Política Municipal de Saúde Mental do ano de 2008 e a Proposta de Regulamentação da Comissão de Saúde Mental, tendo em vista que as atas continham referências à construção e encaminhamento para aprovação da proposta de regimento da Comissão (Colegiado gestor) e os fluxogramas de organização da rede de atenção à saúde mental do município.

Esses documentos foram obtidos através do *e-mail* do grupo, os quais foram construídos em conjunto pelos participantes da Comissão de Saúde Mental. O acesso a esses documentos foi feito tendo em vista que a pesquisadora é integrante do grupo.

Apesar da implementação da CSM ter ocorrido em maio de 2005, os registros das reuniões não foram sistematizados. Assim, foram analisadas 72 atas, relativas ao período de 16/08/2006 a 15/09/2008, ou seja, desde a abertura do livro até o último registro do ano de 2008, considerando que as referentes à segunda quinzena de setembro até o final de dezembro de 2008 não estão registradas.

A partir da análise das atas, os membros que compunham a CSM foram apresentados segundo a formação profissional, por meio de um quadro, e os temas que compuseram as pautas das 72 reuniões foram agrupados e apresentados por meio de um segundo quadro, com representação de frequência simples, seguidos da sistematização dos encaminhamentos. Esses dados serão trabalhados como recurso para ilustrar as análises, sem nenhuma pretensão estatística.

3.3.2 Observação sistemática

As técnicas observacionais são “procedimentos empíricos de natureza sensorial, ou seja, ao mesmo tempo em que permitem a coleta de dados de situações, envolvem a percepção sensorial do observador, distinguindo-se, enquanto prática científica, da observação da rotina diária” (MARTINS, 2006, p.23).

Neste estudo, optou-se pela observação sistemática, sendo esta uma das técnicas frequentemente utilizadas no processo de investigação tipo Estudo de Caso, à medida que possibilita a descrição precisa do fenômeno pesquisado.

A observação direta permite que o observador chegue mais perto da “perspectiva dos sujeitos”, por acompanhar *in loco* as experiências diárias dos sujeitos podendo, dessa forma, apreender o significado que eles atribuem à realidade que os cerca e às suas próprias ações (LUDKE e ANDRÉ, 2007, p.26).

Na observação sistemática, o pesquisador precisa elaborar um plano que estabeleça o que deve ser observado, em que momentos, bem como a forma de registro e organização das informações, considerando os objetivos do estudo.

Gil (2008, p.106) chama atenção para o fato de que é impossível observar tudo; por isso, a observação é seletiva. E, para “garantir razoável nível de objetividade, é necessário que o registro da observação esteja subordinado a algum tipo de amostragem”.

Conforme Ludke e André (2007), a decisão sobre a extensão do período de observação depende, acima de tudo, do tipo de problema que está sendo estudado e do propósito do estudo. Assim, nesta pesquisa, optou-se por realizar a observação sistemática das reuniões da Comissão de Saúde Mental, a qual foi iniciada em março de 2009, estendendo-se por mais seis encontros, assegurando-se a exaustão, repetição e qualidade dos dados coletados.

Para realização das observações, utilizou-se um roteiro (APÊNDICE D) e diários de campo da pesquisadora e de um observador nas reuniões da Comissão de Saúde Mental, no sentido de captar dados com mais qualidade, considerando-se que as manifestações dos participantes ocorriam de maneira verbal e não verbal.

As observações sistemáticas foram previamente combinadas com o grupo e ocorreram no período de 09/03/2009 à 13/04/2009, durante as reuniões da CSM, com duração aproximada de duas horas. A presença de um outro observador foi

essencial, tendo em vista que a pesquisadora já participou ativamente dessa comissão e que outro olhar ajudaria na leitura e análise desses dados.

3.3.3 Grupo Focal

O grupo focal se constitui num tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos. Para serem bem sucedidos, precisam ser planejados, pois visam obter informações, aprofundamento e interação entre os participantes, seja para gerar consenso, seja para explicitar convergências (MINAYO, 2008).

Cabe destacar que a técnica do grupo focal representa uma oportunidade de autoconhecimento, de autoafirmação, e revisão conceitual e de reflexão crítica acerca das atividades cotidianas (RESSEL et al, 2008, p.785).

Nessa perspectiva, a técnica do grupo focal foi realizada com os participantes da comissão, no sentido de favorecer o detalhamento ou aprofundamento de situações não explicitadas a partir da utilização das outras técnicas de coleta, além de possibilitar a observação da interação entre seus componentes.

Destaca-se também a importância desse espaço para a validação dos dados coletados nas atas e nas observações pelos participantes da Comissão de Saúde Mental, retornando-os de forma que pudessem “se aperceber” das questões relativas às relações e interações na CSM.

Parte dos temas trabalhados nos grupos focais emergiu dos achados nos documentos, das observações sistemáticas, dos registros do diário de campo e das percepções da pesquisadora. No entanto, ressalta-se que essa técnica possibilitou novas descobertas, na medida em que a análise, como prevê o estudo de caso, se deu de forma simultânea à coleta, quando um instrumento potencializava o outro.

Nesse sentido, o grupo focal é uma técnica que permite a obtenção de dados a partir de sessões grupais entre pessoas que compartilham um traço em comum.

Para tanto, participaram do grupo focal os integrantes da comissão que se fizeram presentes nas segundas-feiras previamente agendadas para a realização do grupo. Assim, foram realizadas duas sessões, uma em junho, e a outra no mês de julho de 2009. A primeira sessão foi realizada na sede do CAPS Prado Veppo, (local das reuniões semanais da CSM) e contou com oito participantes.

A segunda sessão, que foi realizada em uma sala de reuniões da Secretaria de Município da Saúde, contou com a participação de seis integrantes, que já haviam participado da primeira sessão. Esse local foi escolhido, a partir do mês de julho de 2009, para sediar as reuniões seguintes da CSM, como estratégia, considerando-se a necessidade de dar visibilidade e reafirmar esse espaço de construção coletiva junto à gestão municipal. Essas sessões foram previamente agendadas e acordadas com os integrantes da CSM, sendo que cada uma durou cerca de uma hora e trinta minutos.

As sessões do grupo focal seguiram um roteiro prévio (APÊNDICE E). Foram gravadas e transcritas para facilitar a análise, somando-se aos registros escritos feitos pelas observadoras.

3.4 Tratamento dos Dados Coletados

Analisar os dados qualitativos significa “trabalhar” todo o material obtido durante a pesquisa, sendo que, no Estudo de Caso, a análise dos achados deve estar presente ao longo dos vários estágios da pesquisa.

A tarefa de análise implica em organizar, relacionar todo o material coletado, procurando identificar nele tendências e padrões relevantes, e depois reavaliá-los, buscando relações e inferências num nível de abstração mais elevado (LUDKE e ANDRÉ, 2007).

Por se tratar de um Estudo de Caso, a técnica mais indicada nesta etapa da pesquisa é a Análise de Conteúdo, pois auxiliará o pesquisador no processo de descrição e compreensão do material escrito coletado, da pesquisa documental, bem como das falas dos sujeitos que compõem a estrutura do caso sob estudo (MARTINS, 2006, p.34).

A análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979, p. 42).

Para o desencadeamento do processo de Análise de Conteúdo, foram utilizadas as seguintes etapas: pré-análise, que consiste na organização e seleção do material a ser analisado; descrição analítica, que é o estudo aprofundado do material, orientado pelas proposições e referencial teórico; e escolha dos temas, os quais foram agrupadas em eixos e subeixos temáticos.

Esses foram permeados pela noção de ruído, muito presente ao longo dos achados. A ideia de ruído adotada foi sob a forma apresentada por Merhy (1997, 2005), aquela que vem da imagem de que, cotidianamente, as relações entre os agentes institucionais ocorre no interior de processos silenciosos até o momento em que a lógica funcional, predominante e instituída, seja rompida.

A partir deste processo, foram feitas interpretações dos dados coletados, em função dos propósitos do estudo.

Cabe lembrar que, na Análise de Conteúdo, o interesse não se restringe à descrição dos conteúdos, buscam-se entendimentos sobre as causas e antecedentes da mensagem, bem como seus efeitos e consequências (MARTINS, 2006).

Os dados coletados foram analisados por meio das três técnicas de coleta utilizadas nesta pesquisa: a análise documental, as observações sistemáticas das reuniões da CSM e os grupos focais com participantes dessa comissão. Na análise documental, se avaliou: as atas das reuniões da Comissão de Saúde Mental do Município de Santa Maria, o relatório das ações da Política Municipal de saúde Mental do ano de 2008, e a proposta de regimento interno da CSM.

Tendo em vista a associação de três técnicas de coleta de dados, optou-se por apresentar os resultados de forma integrada, uma vez que esses dados se complementam, além de atender ao preconizado pelo Estudo de Caso.

3.5 Dimensão ética do estudo

Após o registro e tramitações do projeto no Sistema de Informações para Ensino (SIE) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), o projeto foi registrado no SISNEP (Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos) e enviado para apreciação no Comitê de Ética da

UFSM (CEPE/ UFSM) para conhecimento, avaliação e posterior liberação para a coleta de dados.

Mediante parecer favorável do CEPE (ANEXO B) para a realização da pesquisa, foi realizado contato formal com o Responsável pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria – NEPES, para informar sobre o parecer e negociar a data para início da coleta dos dados.

Posteriormente, no momento do convite aos participantes para integrarem a pesquisa, foram explicados os objetivos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Esse Termo foi entregue em duas vias, ficando uma para o participante e outra para o pesquisador. Após a sua leitura, ambos assinaram, garantindo os preceitos éticos da pesquisa, conforme determina a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

O processo de consentimento informado visa, fundamentalmente, resguardar o respeito às pessoas. Isso se dá através do reconhecimento da autonomia de cada indivíduo, garantindo a sua livre escolha após ter sido convenientemente esclarecido sobre as alternativas disponíveis (GOLDIM, 2000).

Também cabe salientar que, para preservar a identidade dos participantes deste estudo, lhes foi assegurado o seu anonimato. Ainda, com relação ao material resultante da coleta de dados, destaca-se que este ficará de posse da pesquisadora compondo um banco de dados qualitativo.

3.5.1 Riscos

O estudo não apresenta riscos diretos aos participantes, porém a temática estudada pode apresentar algum risco indireto de ansiedade ou sofrimento psicológico para os integrantes da comissão, ao refletirem sobre o seu trabalho durante a participação no estudo.

3.5.2 Benefícios

Acredita-se que este estudo poderá contribuir com um referencial que ofereça subsídios para ressignificar o papel da Comissão de Saúde Mental junto à gestão local do SUS.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Pensar cada pessoa como um mundo e descobrir que entrar em contato com outros mundos ao mesmo tempo é simples e trabalhoso. Simples por se tratar de uma disponibilidade ao encontro e trabalhoso por envolver fatores como o tempo – uma história que se atualiza a todo o momento – e o espaço – geografia complexa cheia de relevos formados por corpos em movimento (CURCELLI, 2009, p.10).

A análise e discussão dos achados desta pesquisa serão apresentadas buscando estabelecer as relações entre o processo de trabalho da CSM, na perspectiva de que ele possa ser um espaço interssejor, no qual se estabelecem as relações entre os sujeitos.

Para isso, os resultados deste estudo serão contextualizados à luz dos referenciais teóricos que sustentam a análise.

Para fins de apresentação, as estruturas de relevância foram agrupadas em quatro eixos temáticos, quais sejam: Eixo 1 – As dobras da Comissão de Saúde Mental: entre potências em estado nascente e fluxos de sequestro; Eixo 2 – A Rede de Atenção em Saúde mental: a modelagem tecnoassistencial em permanente tensão; Eixo 3 – Entre as Dobras da Gestão: interesses, potenciais e máquinas de captura no cotidiano da Comissão; e Eixo 4 – Desdobrando Saúde Mental na Roda.

É importante destacar que a inspiração para a denominação desses eixos emergiu da leitura de autores como Merhy (2005), Rolnik (2007), Foucault (2008), Deleuze (2006,2008), Ferla (2004), dentre outros.

4.1 EIXO 1 – As Dobras da Comissão de Saúde Mental: entre potências em estado nascente e fluxos de sequestro

Transpor a linha de força, ultrapassar o poder, isto seria como que curvar a força, fazer com que ela mesma se afete, em vez de afetar outras forças: uma “dobra”, segundo Foucault, uma relação da força consigo. Trata-se de “duplicar” a relação de forças, de uma relação consigo que nos permita resistir, furtar-nos, fazer a vida ou a morte voltarem-se contra o poder (DELEUZE 2008: 123).

Este eixo temático apresenta e discute o processo de trabalho da Comissão de Saúde Mental do Município de Santa Maria/RS, sendo subdividido em subeixos, quais sejam: a composição da comissão em constante transformação; entre o protagonismo e a busca da institucionalidade: a organização das reuniões da comissão; e a capacidade de atuação profissional e a afirmação da Reforma Psiquiátrica.

4.1.1 A composição da Comissão de Saúde Mental em constante transformação

Para análise da composição da CSM, serão utilizados os dados coletados nas 72 atas das reuniões da comissão que ocorreram no período de 16/08/2006 a 15/09/2008, e também dos registros do diário de campo das reuniões observadas no período de 09/03/2009 a 13/04/2009. Eles foram complementados pelos registros das duas sessões de grupo focal realizadas para fins deste estudo.

Esses achados possibilitam descrever a composição da CSM, identificando os serviços e segmentos que participam desse espaço; a formação profissional dos sujeitos que coadunam no espaço dessa comissão e as discontinuidades de participação.

O Quadro 1, a seguir, apresenta a composição da CSM do Município de Santa Maria/RS, segundo a formação profissional e o total de participantes, nos anos de 2006, 2007, 2008 e 2009.

FORMAÇÃO	ANO	2006	2007	2008	*2009
Enfermeiro		04	05	03	02
Psicólogo		05	08	07	05
Educação Especial		01	01	01	01
Terapeuta Ocupacional		01	-	-	-
Fisioterapeuta		01	01	-	-
Assistente Social		-	02	02	-
Psiquiatra		-	-	01	-
Agente Comunitário		-	02	02	-
Redutor de Danos		-	-	01	-
Técnico de Enfermagem		-	-	-	01
Sem Formação		-	-	02	02
TOTAL		12	19	18	11

FONTE: Atas da CSM – Santa Maria/RS e *registros em diário de campo das observações realizadas.

Quadro 1 - Composição da Comissão de Saúde Mental do Município de Santa Maria/RS, segundo formação profissional.

Anteriormente à descrição e discussão destes dados, é importante salientar que as participações nessa comissão são voluntárias, não estando os serviços de saúde representados, especialmente porque a comissão até hoje não está oficializada na Secretaria do Município, não compondo o organograma desse serviço.

A participação de um integrante da Gestão Municipal na Comissão de Saúde Mental – CSM se deu no ano de 2006, principalmente, por meio da Diretoria de Atenção Básica e do Coordenador da Política Municipal de Saúde Mental.

Naquele ano, no que tange à formação profissional da Comissão de Saúde Mental, pode-se destacar que, dos 12 integrantes, três eram enfermeiros e quatro eram psicólogos, totalizando sete participantes, ou seja, 58,2% dos participantes. Esse dado se repetiu no ano seguinte, reduzindo gradativamente a presença dos enfermeiros nos anos subsequentes. Entretanto, os trabalhadores psicólogos se

mantiveram em número superior às demais categorias, em todo o período. Isso aponta para uma presença marcante desses trabalhadores, provavelmente com repercussões no andamento da comissão. É sabido que cada categoria profissional tem suas peculiaridades, o que evidencia suas ações e encaminhamentos. Além desses profissionais, atuaram naquele ano um terapeuta ocupacional, um fisioterapeuta e acadêmicos de enfermagem e de psicologia.

Diante disso, mais uma vez, somos levados a voltar ao tempo da implantação da CSM, em 2005, e trazer para este estudo a formação inicial dessa comissão, não só pelo caminho percorrido, comentado anteriormente, mas pela sua composição multidisciplinar, o que nos possibilita abrir uma fenda⁴.

Inicialmente, integravam a CSM, principalmente como trabalhadores dos serviços de saúde mental, o arteterapeuta, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicopedagogo, com as demais participações feitas por enfermeiros e psicólogos, sendo que, gradativamente, foram se agregando psiquiatras e agentes comunitários de saúde.

Considera-se relevante o caráter multidisciplinar, à medida que a diversidade de saberes, num espaço de construção coletiva onde o desafio de experimentar o novo frente à complexidade da área de saúde mental, se fazia e se faz presente.

Contudo, Curceli (2009) adverte que tamanha complexidade não diz de uma complicação, mas sim de possibilidades de combinações para desenhos de novos trajetos: atos de inventar, de experimentar. Encontros que buscam sempre a invenção de saídas, a combinação de diferenças que produzam o novo. Produções que movimentam não somente o usuário a ser cuidado, mas sim o espaço público de maneira geral.

Nesse sentido, concorda-se com Ceccim (2006b), quando este defende uma atuação sem delimitação, *a priori*, entre as profissões, e propõe uma "entredisciplinaridade", um lugar de sensibilidade e equilíbrio metaestável, em que todos os potenciais seguiriam se atualizando, e o equilíbrio não seria outro que não a transformação permanente de si, dos encontros, do trabalho.

Ainda, observando o QUADRO I, destaca-se a participação dos agentes comunitários de saúde nas reuniões da CSM, nos anos de 2007 e 2008, como

⁴ Uso este termo no sentido de momentos e espaços díspares e não lineares, disruptivos por excelência, onde emergem os processos reflexivos e criativos (STEWART, 1991).

trabalhadores, das Regiões Sanitárias por onde a “Saúde Mental na Roda” rodou ou estava rodando.

Isso nos leva ao encontro de Lancetti (2008), que muito tem experienciado e escrito sobre saúde mental na atenção básica, chamando a atenção para a importância do papel dos agentes comunitários de saúde, denominando-os de “paradoxais”, uma vez que eles são, ao mesmo tempo, membros da comunidade e da organização sanitária.

Para esse autor, a ação dos agentes comunitários de saúde, quando operada em singular parceria com outros membros da organização sanitária, torna essa relação uma arma fundamental para fazer funcionar esta máquina de produzir saúde e saúde mental (LANCETTI, 2008, p.93).

O autor supracitado acrescenta ainda que a potencialidade terapêutica desses trabalhadores, os agentes comunitários de saúde, leva a ações e paixões coletivas, solidárias, e tece fio a fio redes microssociais, revelando sua capacidade de incidir nos processos de produção de subjetividade (LANCETTI, 2008, p.94-95).

Quanto à participação dos docentes e acadêmicos de enfermagem e de psicologia de instituições públicas e privadas do município, destaca-se sua importância em todo o período, tendo em vista que os docentes são formadores e os acadêmicos são profissionais em formação nessa área, com convívio e oportunidade de aprendizado do processo de trabalho. A inclusão de acadêmicos somente da área de enfermagem e de psicologia pode ser entendida pela valorização e possível estímulo dado pelos docentes dessas categorias aos seus alunos, considerando, também, a implicação sociopolítica desses docentes, no contexto do Sistema Único de Saúde.

Conforme as atas, no período de janeiro a setembro de 2007, a Política Municipal de Saúde Mental ficou sem coordenador, o que interferiu no andamento da CSM, tendo em vista que esse participante também se ausentou da comissão. Assim sendo, a maioria dos participantes da comissão manifestou a necessidade da presença de um coordenador da política nas reuniões, como uma referência para os serviços de saúde mental do município, assim como para agilizar os movimentos da Comissão de Saúde Mental. Ainda nessa direção, sentiu-se a necessidade da participação da Coordenação Regional da Política de Saúde Mental da 4ª CRS, e a do Ambulatório de Saúde Mental deu-se durante esse ano, sendo que, em 2008, ocorreu de maneira esporádica.

Ainda no final do ano de 2007, houve mudanças nas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de Santa Maria/RS, com novas contratações de trabalhadores do município, o que gerou alteração no quadro de participantes da comissão.

O ano de 2008 foi marcado pelo ingresso espontâneo de dois usuários, sendo um deles vinculado à Associação dos Familiares e Amigos de Bipolares – AFAB e o outro à Associação dos amigos que vivem com HIV/AIDS.

Constata-se que a inclusão de usuários dos Serviços de Saúde Mental na comissão se caracterizou como mais um desafio para que esse espaço se legitimasse, cada vez mais, como um coletivo responsável por direcionar as ações da Política Municipal de Saúde Mental.

Nesse mesmo ano, somaram-se às reuniões da CSM um médico psiquiatra contratado com recursos da Política Municipal de Saúde Mental, com o objetivo de desencadear o processo de Apoio Matricial, além de trabalhadores de saúde mental de outros serviços.

Durante o período 2006-2008, se fizeram constantes as discussões em relação à representatividade dos serviços e demais instituições nas reuniões da CSM, com a intenção de potencializar cada vez mais esse espaço, com a participação de diversos segmentos da sociedade. Esse período foi marcado também por uma cobrança de regularidade da participação do Ambulatório de Saúde Mental e da Unidade de Psiquiatria do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, principalmente por esses serviços prestarem assistência em saúde mental e fazerem parte da rede de atenção à saúde mental.

Aqui se evidencia um aspecto que, em outros momentos, também aparece, que é o da ambiguidade relativa à institucionalização da Comissão de Saúde Mental. Apesar de os integrantes dessa comissão não decidirem pela formalização da mesma, eles estabelecem cobranças que teriam sentido, se os serviços de saúde mental do município tivessem assento nesse “espaço”. Novamente nos deparamos com as dúvidas e questionamentos acerca da necessidade da institucionalização dessa comissão no cenário municipal, tendo em vista que seu funcionamento fica prejudicado pela ausência de participação de outros atores que poderiam se somar a esse espaço.

Diante disso, pode-se considerar que tanto o Ambulatório de Saúde mental como o HUSM reafirmam seu lugar como “dispositivos tradicionais” em saúde

mental, os quais, em muitas situações, justificavam sua ausência nas reuniões da CSM tendo em vista uma excessiva demanda de usuários para atendimento.

Cabe ressaltar que, apesar dos esforços da CSM no sentido de integrar o HUSM como serviço de referência da macrorregião centro-oeste de saúde em internação psiquiátrica, o mesmo somente participou da CSM nos anos de 2007 e 2008.

Na sua forma tradicional, as práticas ambulatoriais não se ocupam da criação de redes, e sim a partir do que é demandado aos serviços. Nesse sentido, Pinto (2007) reafirma que, na forma habitual de trabalho dos ambulatórios de Saúde Mental, ou seja, a de conjuntos de consultórios, a criação ou ativação de redes sociais, intersetoriais, de apoio, é precariamente desenvolvida, devido ao corte operado nas ligações entre a demanda/sintoma/sofrimento e o campo social de onde provêm.

Ao resgatar a trajetória do ambulatório de saúde mental, o autor supracitado o identifica como o “paraíso do especialismo” e, na tentativa de justificar essa identidade, refere que:

Talvez, porque nele escondam-se, ainda, as práticas monodisciplinares, principalmente da psiquiatria, da psicologia e do serviço social. Ou porque colocar em questão a sua lógica ameace fazer ruir não só os especialismos, questionando a formação das diversas categorias profissionais da Saúde Mental, mas também mexer na tensão constante entre demanda e oferta nos Serviços de Saúde Mental (PINTO, 2007, p.158).

Alguns serviços, como o Acolher e o Centro de Atenção às Vítimas de Violência – CAVV, foram criados para o atendimento às vítimas de violência, e os Centros Regionais de Assistência Social – CRASs para descentralizar as ações de assistência social, vinculados à Secretaria Municipal de Assistência Social. A partir das mudanças administrativas decorrentes das eleições municipais de 2008, essas entidades foram desativadas, significando uma grande perda, considerando-se o avanço até então conquistado a partir da articulação de ações intersetoriais.

Destaca-se, com relação aos trabalhadores da Atenção Básica das quatro Regiões Sanitárias (Norte, Leste, Oeste e Sul), que os mesmos mantiveram sua participação desde a implantação da CSM, acompanhando, especialmente, o

percurso da Saúde Mental na Roda, e com isso ativando permanentemente a integração da saúde mental na atenção básica.

Em 2009, no início das atividades anuais, um novo trabalhador do Centro de Atenção Psicossocial infantil Capsi passou a participar, enquanto os demais membros da CSM permaneceram.

No entanto, ao observarmos o QUADRO I, evidencia-se o esvaziamento da CSM no ano de 2009, comparado ao número de participantes dos anos anteriores. Pode-se atribuir esse fato, possivelmente, à troca dos governantes municipais e às demissões que envolveram os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família – ESFs e dos Agentes Comunitários de Saúde – ACSs. Essas demissões ocorreram tendo em vista as irregularidades apontadas pelo Ministério Regional do Trabalho, no que tange aos processos seletivos dos Agentes Comunitários de Saúde no município. No que diz respeito aos trabalhadores das ESFs, isso se justificou pelos contratos emergenciais, considerados irregulares, a espera pela realização de concurso público para provimento dos referidos cargos.

As buscas ao livro de atas, quanto aos registros do ingresso de cada um dos sujeitos desta pesquisa, sejam eles trabalhadores dos serviços de saúde mental, de instituições formadoras ou usuários, foram complementadas quando do primeiro encontro do GF. Se realizaram no sentido de reviver o momento do ingresso no espaço da CSM, que se deu não só temporalmente, mas acompanhado da história em que essa adesão aconteceu, e também para identificar o caráter instituinte dessa comissão.

Durante a realização do primeiro grupo focal, foi perguntado aos participantes como se deu a inserção de cada um no espaço da CSM.

“A minha participação começou há uns seis meses [...] eu não procurei a CSM, nós, enquanto serviço, fomos procurados [...] foi interessante porque, nesse momento, a gente deixou de ser um órgão à parte, digamos, separados [...] a gente se permitiu uma troca, onde ninguém fica de fora desse contexto. Então, para mim, principalmente, é muito interessante e importante para o nosso grupo. (A1)

“Eu comecei a participar em 2005, fui convidado, me interessei [...] estou aqui desde aquela época”. (A2)

A partir das manifestações, evidenciou-se que a participação na CSM, primeiramente, se fez por meio de convite feito por seus membros, e que a maioria dos trabalhadores estava presente, por desejo de participar de um espaço de construção coletiva, muito mais por interesse individual, do que propriamente em nome de um ou outro serviço. Apenas dois participantes referiram sua participação em substituição ao colega do serviço, e, por motivo do chamamento do concurso, assumiram seus lugares.

“Minha inserção se deu após ter sido chamada pelo concurso. Eu entrei no lugar da que era psicóloga do CAPS. De uma forma ou de outra, eu acabei assumindo as funções dela, dentre as quais, a CSM e saúde mental na roda.” (A3)

“Eu comecei provisoriamente, enquanto a equipe se reestrutura e define quem irá participar.” (A4)

Percebe-se, ao analisar as falas acima, que, considerando a regularidade por parte dos trabalhadores dos CAPSs, diferenciam-se dos demais serviços de saúde mental, e a escolha de quem irá participar da reunião da CSM se dá a partir de discussões junto à equipe desses serviços. Esse fato pode sinalizar maior implicação dos trabalhadores desses serviços com as questões que tratam da saúde mental, onde os mesmos se colocam como representando os respectivos serviços.

Argumenta-se, ainda, que os mecanismos de representação seriam a estratégia de articulação entre os planos social e político, e de legitimação da intervenção realizada pelos atores considerados políticos (GUIZARDI e PINHEIRO, 2006, p. 370).

Depreende-se daí que, nesse cenário da CSM, representar está mais para participar, ao tomarmos o significado de representante, conforme o dicionário da língua portuguesa. O Houaiss (2004) refere que “representante” é quem recebeu poder para agir em nome de outro; aquele que legalmente age em nome de outro.

No entanto, muitos integrantes da CSM verbalizaram, mesmo não se considerando representantes dos serviços ou segmentos que compõem a comissão, sobre a importância da participação dos outros componentes da equipe, oportunizando a todos a experiência de compartilhamento desse espaço e sobre a possibilidade de implicação deles com a política de saúde mental. Porém, manifestaram um sentimento de perda, ao discutirem a possibilidade de se

afastarem da comissão, explicitado através das falas e expressões corporais observadas durante a realização do primeiro Grupo Focal:

“[...] nesse ano eu sugeri que fosse trocada a participação. Não houve interesse e eu até não insisti, porque eu também queria ficar um pouco mais. Mas, a partir do ano que vem, eu vou abrir essa oportunidade para os colegas e pretendo não vir mais.” (A3)

“[...] eu acho que existe esse medo de largar esse espaço e ser tomado de uma forma que não colabore tanto para o serviço, quanto com as pessoas que estão interessadas [...] parece que a gente saindo desse espaço, a gente, o serviço perde com isso, não vai ser debatido na equipe, as ações não vão ser tão valorizadas assim, pode até ser uma impressão errada.” (A5).

Ao analisar este eixo temático, destaca-se a composição da comissão de saúde mental em constante transformação, ou seja, com a chegada e saída de diversos participantes, os quais foram essenciais para a continuidade desse trabalho.

4.1.2 Entre o protagonismo e a busca da institucionalidade: a organização da Comissão de Saúde Mental

O olhar não é do tipo que se debruça sobre as mutações vividas neste processo, mas daquele que se constrói com elas e como parte delas (ROLNIK, 2007, p.15).

Outro fator relevante, ao analisarmos os registros das atas da CSM, é quanto à regularidade das reuniões. Os encontros da CSM acontecem semanalmente, exceto em momentos como o período de férias, sendo a suspensão das atividades previamente acordada com todos os participantes.

Constata-se que a maioria dos membros da CMS, quando do impedimento de participar das reuniões, lançam mão de um canal de comunicação justificando sua ausência, seja via telefone, contato pessoal ou por meio do *e-mail* do grupo, o qual foi criado em maio de 2007.

Ao observar que, no final de cada reunião, os presentes assinam a ata, considera-se os aspectos relacionados à elevada assiduidade como importantes, na medida em que se trata de um espaço instituinte.

A partir da análise do livro de atas, evidencia-se o caráter instituinte da CSM, na medida em que, a cada reunião, um participante assume a coordenação e o registro da mesma, denotando o compromisso de cada um com esse processo.

É importante salientar que o registro das reuniões, no período de setembro a dezembro de 2008, não consta no livro de atas, o que não significa que não existam. Tal fato foi identificado por um dos membros da CSM na primeira reunião de 2009, no momento em que o mesmo recebeu o livro para registrar aquela reunião. Frente a esse questionamento, o Coordenador Municipal da Política de Saúde Mental informou estar de posse dos registros em seu caderno pessoal. Em decorrência disso, essas atas não foram utilizadas para os fins deste estudo.

Nesse período, tanto a coordenação como o registro das reuniões centrou-se no Coordenador Municipal da Política de Saúde Mental, o que denota uma alteração importante no processo de trabalho da comissão, com concentração de um poder (delegado pela comissão) a um só participante da mesma.

Cabe destacar que, a partir da quarta reunião, dentre as sete observações feitas, o próprio Coordenador da Política de Saúde Mental manifestou seu constrangimento por estar ocupando esse lugar de coordenar, construir pauta e registrar as reuniões, referindo que isso poderia dar a conotação de “centralização de poder”. Frente a essas manifestações, propôs que a coordenação das reuniões da comissão circulasse entre os seus participantes.

A partir do momento que essa proposta foi colocada na roda, o silêncio tomou conta da reunião e, passado algum tempo, houve as seguintes manifestações:

“[...] quando o Coordenador da Política de Saúde Mental não coordenava a reunião, ficava tudo perdido.” (A5)

“[...] esse espaço é muito democrático, logo, não vejo centralização de poder, todos são responsáveis, porém temos que admitir que é uma responsabilidade a mais.” (A6)

“[...] parece pesado para o Coordenador, porém para todos nós é bem mais fácil que ele permaneça! Além do mais, ele tem trânsito livre na secretaria, facilitando os encaminhamentos da CSM.” (A7)

O silêncio fez emergir a lembrança de tempos atrás, em que, mesmo sem um Coordenador da Política de Saúde Mental:

“[...] as reuniões aconteciam sob a coordenação de um dos integrantes da CSM, porém, naquela época, a CSM centrava a pauta na organização da “saúde mental na roda.” (A5)

Mesmo que resistentes, os integrantes da CSM acordaram em rodar a coordenação das reuniões, a partir do mês seguinte, inclusive com a proposta de construção de ata coletiva, muito embora alguns referissem se sentirem despreparados para assumir “tamanho responsabilidade”, assim se expressando:

“[...] proponho que o rodízio comece por aqueles mais experientes, que participam há mais tempo da CSM.” (A7)

Por meio da participação nas reuniões da CSM, observou-se que as pautas das reuniões eram construídas no início de cada reunião e registradas em ata, reservando-se um espaço para o relato dos serviços.

Percebeu-se também que esses relatos centravam-se nas dificuldades encontradas pelos serviços, dentre as quais a falta de trabalhadores para compor a equipe mínima, principalmente dos Centros de Atenção Psicossocial. Além de outras relacionadas ao processo de trabalho, que incluíam dificuldades em atender a crescente demanda; os agendamentos; os encaminhamentos; a discussão de caso e as reuniões de equipe.

Nesse sentido, considera-se que esse espaço da CSM possibilita a discussão e análise de processos de trabalho dos serviços de saúde mental e dos demais que participam, com base na fala:

“[...] o potencial que tem esse movimento da CSM em provocar essas discussões em torno dos processos de trabalho, é único.” (A2)

No entanto, evidencia-se que o entendimento de processo de trabalho por parte desses trabalhadores aparece de forma equivocada, na medida em que o mesmo é centrado, basicamente, na lógica da organização administrativa. Assim, novamente esse espaço evidencia sinais de um espaço interseção, um espaço

comum de trocas, apesar de apontar para um olhar restrito do que seja a complexidade do processo de trabalho.

É possível inferir, por meio das falas, que o trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e destes com o usuário. De acordo com Franco (2006), são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos, e formam uma intrincada rede de relações. O mesmo autor chama a atenção para:

A imanência das redes nesse processo traz a ideia de pertença, isto é, os trabalhadores pertencem uns aos outros enquanto equipe que opera mesmo que na informalidade, pertencem também a uma rede maior que faz fluxos conectivos com outras equipes e unidades de saúde e tem suas conexões expandidas para o território da área da unidade ou equipe e o domicílio do usuário (p.464).

Outro aspecto relevante, e questionado durante o primeiro grupo focal, foi se as discussões da CSM eram levadas para os serviços e se as mesmas eram pautadas nas reuniões semanais de cada equipe, como forma de potencializar esse espaço para integração dos demais trabalhadores dos serviços que não estavam, semanalmente, nesta comissão.

A maioria dos serviços de saúde mental colocou que fazia parte da pauta das reuniões de equipe o relato das discussões da CSM. No entanto, o referido questionamento levou o grupo a refletir:

“[...] eu ainda não vi algo que parta das equipes para serem discutidas na CSM, é sempre aquilo que parte das reuniões da CSM que desencadeia discussão nas equipes.” (A5)

“A gente acaba levando coisas que a equipe sozinha não conseguiria pensar nessa dimensão mais ampla.” (A2)

Essas falas apontam para uma comissão que, a partir dos seus participantes, instiga a discussão nos mais diversos grupos que a compõem, apesar de as equipes não serem as que demandam as pautas. Além disso, fica explícito o papel da comissão em auxiliar na ampliação das discussões em torno de temas complexos, como os relacionados à saúde mental.

O Quadro 2 apresenta as pautas das atas da comissão, com o objetivo de analisar os temas que são discutidos e a frequência com que foram abordados, buscando evidenciar como os participantes trabalhavam nesse espaço.

PAUTAS	NÚMERO DE REUNIÕES	%
SAÚDE MENTAL NA RODA	71	27.84
Metodologia SM na roda	38	14.90
Assessoria/ apoio matricial	33	12.94
RELAÇÕES EXTERNAS DA CSM	48	18.82
Conselho Municipal de Saúde /Gestão	13	5.11
Ações intersetoriais	12	4.70
Formação Profissional	11	4.31
Formalização da Comissão	12	4.70
PAPEL DA CSM	47	18.43
Visibilidade da CSM (Participação em eventos, artigos, trabalhos de conclusão de curso, dissertações)	17	6.67
Organização do dia 18 DE MAIO	15	5.88
Resgate histórico da CSM	09	3.53
Reuniões interequipes	06	2.35
PROCESSO DE TRABALHO da CSM	46	18.04
Capacitações (divulgação de eventos, canais de comunicação)	21	8.24
Instrumentos formais (portarias, leis, financiamento)	07	2.74
Reuniões temáticas	07	2.74
Planejamento anual	06	2.36
Cuidar do cuidador	05	1.96
REDE DE SAÚDE MENTAL	43	16.87
Problemas na rede (Capacidade dos serviços, ampliação, falta de profissionais)	29	11.38
Construção de fluxos	14	5.49
TOTAL	255	100

FONTE: Atas da Comissão de Saúde Mental do Município de Santa Maria/RS registradas no período de 16/08/2006 a 15/09/2008

Quadro 2 – Pauta das atas das reuniões da Comissão de Saúde Mental do Município de Santa Maria/RS

Com relação aos assuntos que fizeram parte das pautas das 72 reuniões da CSM analisadas, predominou o tema da saúde mental na roda, o que evidencia essa estratégia como prioritária para a integração da saúde mental e atenção básica do município. As discussões giraram em torno da metodologia a ser utilizada nos encontros nas regiões sanitárias, de maneira que contemplasse as necessidades elencadas pelo conjunto dos trabalhadores das unidades de saúde que compunham as regiões de saúde. Outro assunto abordado dentro desse tema diz respeito às responsabilidades atribuídas aos assessores matriciais que desempenhavam o papel de apoiadores da rede de atenção básica.

Os outros assuntos envolveram aqueles relativos às relações externas da comissão, com ênfase na interface com o Conselho Municipal de Saúde, com outros serviços e com a discussão em torno da formalização da comissão. Isso se deu tendo em vista que essas relações externas podem ser facilitadas, favorecidas ou não, de acordo com a posição que a comissão ocupa na Secretaria Municipal de Saúde.

Com relação às ações intersetoriais, a Comissão de Saúde Mental desenvolve um conjunto de ações junto, principalmente, às secretarias municipais de assistência social e educação, considerando a interface existente nas questões de geração de renda, relação com o Conselho Tutelar, aos serviços de atendimento às vítimas de violência e problemas de aprendizagem, acompanhamento de usuários dos CAPSs e quanto ao uso de drogas. A CSM também mantém contato permanente com o judiciário, discutindo questões relacionadas ao funcionamento dos serviços, dificuldade de profissionais especializados e capacidade instalada da rede de apoio hospitalar.

Com relação à formação profissional em saúde mental, a CSM é convidada e participa de eventos (semana acadêmica, rodas de conversa, bancas de trabalhos de conclusão, aulas para os cursos de enfermagem e psicologia abordando a política de saúde mental e a organização da mesma no município), discute junto ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria a relação ensino/serviço, discute os campos práticos e atuação dos profissionais em formação junto aos serviços de saúde mental.

As primeiras discussões sobre a necessidade de formalizar a CSM começaram em 16/08/2006, com a intenção de que ela fosse reconhecida junto à Secretaria e demais instituições. Nesse sentido, os membros da CSM elaboraram

um regimento interno que foi discutido durante as reuniões. Depois de finalizada a proposta do referido regimento, ela foi encaminhada para apreciação junto à Procuradoria Geral do Município, a qual não deu retorno. Posteriormente, essa proposta foi discutida junto ao Conselho Municipal de Saúde, em março de 2008, que recomendou que essa regulamentação se desse via Secretaria de Município da Saúde. Essas discussões sobre a formalização foram retomadas intensamente, no ano de 2008, por se tratar de ano eleitoral e os participantes da comissão manifestarem preocupação com os encaminhamentos que poderiam ser dados, frente às eleições municipais. Destaca-se que a discussão acerca dessa temática ainda tramita entre o Conselho Municipal de Saúde e a Secretaria de Município da Saúde, sem definição.

Pela relevância dessa temática e necessidade de discussão na comissão, bem como nos grupos focais, a mesma será aprofundada no Eixo 3, no subeixo: formalização da comissão: o papel interrogado.

O processo de trabalho da comissão também foi discutido em vários momentos, destacando-se os itens: capacitações (divulgação de eventos, canais de comunicação), uso de instrumentos formais (portarias, leis, financiamento), reuniões temáticas, planejamento anual e o cuidado do cuidador.

Quanto ao papel da Comissão de Saúde Mental, ele tem sido amplamente discutido nas reuniões, assim como a necessidade e os meios de dar visibilidade à comissão, a partir da participação de seus integrantes em eventos locais, estaduais, nacionais e internacionais. Também foi proposta a ideia da comissão escrever um livro contando a história da CSM. Com relação a esse movimento, ocorreram alguns encontros específicos para tratar de sua sistematização, mas, possivelmente, por ser algo novo, que não faz parte do cotidiano dos trabalhadores, essa proposição não avançou.

A partir dos grupos focais, foi possível registrar algumas falas dos participantes da comissão, as quais são trazidas a título de ilustração, referindo-se ao que representa, para cada um, o papel da comissão:

“[...] eu acho que este espaço propicia aprendizado [...] eu tenho desejo de estar aqui, mas também eu tenho o desejo de que outras pessoas participem. Eu tenho medo é que outras pessoas venham no sentido de cumprir algo burocrático, porque é interessante para o serviço estar lá. É mais do que isso. Mas, às vezes, eu ficava pensando... talvez venham aqui e digam: ‘Puxa!!!! nada a ver esse espaço [...] mas isso é só uma experiência que eles vão ter realmente participando.’ (A7)

“[...] a construção coletiva que tem aqui, de um saber coletivo que se constrói, faz com que não se esteja sozinho nos serviços, [...] não me imagino pensando sozinho.” (A2)

“[...] eu me surpreendi bastante, embora eu não tenha vínculo empregatício, a motivação de cada um de estar aqui dá bem pra ver.” (A8)

Essas falas evidenciam várias razões que motivam os participantes a integrar a comissão. Dentre eles, o desejo pessoal, o espaço de aprendizado, a importância de continuar o trabalho desenvolvido por outro colega e o espaço terapêutico que a comissão oferece aos seus participantes.

Nesse contexto, Rolnik (2007), no livro *Cartografia Sentimental*, afirma que:

“Não existe sociedade que não seja feita de investimentos de desejo nesta ou naquela direção, com esta ou aquela estratégia e, reciprocamente, não existem investimentos de desejo que não sejam os próprios movimentos de atualização de um certo tipo de prática e discurso, ou seja, atualização de um certo tipo de sociedade (ROLNIK, 2007, p. 58).

Em sentido semelhante ao acima exposto, Franco (2006) reforça o sentido de desejo expresso anteriormente pela fala de A7, como uma energia originária do inconsciente, com alta potência produtiva, que coloca os sujeitos aptos para a construção do novo, em processos instituintes (p.469).

Em relação à mesma fala, podemos utilizar a formulação de Merhy (2005), quando refere que o mundo do trabalho, nos encontros que provoca, abre-se para nossas vontades e desejos, condenando-nos também à liberdade e a estarmos diante de nós mesmos, nos nossos atos e nossas implicações (p.198).

A fala de A2 caracteriza a CSM como espaço de relações de um coletivo organizado, “desejante”:

É produção de saúde para mim, espaço terapêutico, amparo, onde se produz aprendendo e ao mesmo tempo se reconstrói a própria subjetividade (A2).

Nesse sentido, Franco (2006) lembra que a subjetividade pertence ao mundo do ser, o que não é necessariamente sabido, mas extremamente expressivo na produção do *socius*, que, no caso da saúde, é expressão do meio social de trabalho e produção que, para o sujeito trabalhador, é repleto de significações (p.471).

Assim, algumas das falas apontam para a comissão como um espaço intersseçor a partir das relações construídas, dos encontros, das trocas oportunizadas:

“[...] uma resposta para estas inquietações, um lugar que se socializa a nossa realidade.” (A5)

“neste espaço a gente pára para pensar as nossas práticas profissionais. Por isso só, já é válido.” (A7)

Evidencia-se, por meio das falas, a CSM com características de formação de um espaço “entre” as diversas especificidades, o que Merhy (2007) denomina de um espaço de intercessão, potencialmente criador e transformador para os próprios trabalhadores envolvidos.

Entretanto, Passos e Benevides (2000) entendem que o intersseçor seria algo desestabilizador, que provoca perturbação. Não se baseia na troca de conteúdos, e, sim, num movimento de diferir do outro para provocar a própria diferença. Também, ele deve ser entendido dentro de operações, através do contágio, do cruzamento, da desestabilização.

À luz desses autores, pode-se reafirmar a CSM como espaço intersseçor, a partir do caráter de forças que a constituem, como sujeitos do encontro. Porém, mantêm-se o questionamento, se tomarmos o fio da mudança, no sentido de romper o instituído e buscar algo que ainda está por vir.

Em trabalho de conclusão do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental, Curceli (2009), ao se referir ao trabalhador de saúde mental, aponta que, frente aos desafios desse campo: “O trabalhador se empenha para a criação de novos mundos através de investimentos do próprio desejo. O desejo de estar

implicado com esta nova proposta de cuidar em saúde, e mais, com a proposta de uma intervenção diretamente ligada a uma mudança social” (p.20).

Desejar, nesse caso, é o despertar de um modo de pensar-sentir-querer, não mais dos recursos humanos da saúde, mas de um ser/estar como coletivos organizados de produção de saúde (CECCIM, 2007, p.201).

Em outras palavras, Rolnik (2007) complementa: “O que capturamos é que, através de movimentos do desejo visíveis e invisíveis, houve produção de real social, e que o desejo é, fundamentalmente, essa produção” (p.45).

Destaca-se, como um dos pontos altos do grupo focal, a necessidade de um dos atores deste estudo de voltar no tempo, de olhar para trás, resgatando como tudo começou, o que provocou certa inquietação por parte dos que acompanharam a implantação da CSM, rememorando aspectos históricos relevantes para a construção da Política Municipal de Saúde Mental.

“Eu me lembro quando iniciou [...], era formado por gente que tinha um entendimento do que é Reforma Psiquiátrica e um entendimento de potência de um espaço coletivo, assim não era imposto, e sim quem estava a fim, quem acreditava, quem já tinha uma trajetória de pensar algumas coisas em relação à Política de Saúde Mental.” (A2)

A mesma fala também nos permite revisitar a composição inicial da CSM, em 2005, por profissionais de saúde egressos do Movimento da Luta Antimanicomial e outros que acompanharam esse processo, por necessidade de conhecer a história pulsante da Reforma Psiquiátrica, seja pelo vivido ou apresentado durante sua caminhada após o término da graduação, em decorrência da realização de Cursos de Especialização em Saúde Coletiva, Saúde Mental e da Residência Integrada em Saúde.

Destaca-se que a comissão, desde sua implantação, tem possibilitado a realização de trabalhos de conclusão de curso de alunos de graduação, de pós-graduação, com publicação de artigos, o que reforça a ideia de divulgação do trabalho realizado por esse grupo. Nesse sentido, retoma-se a discussão desse espaço como interseção na produção de conhecimento em saúde, a partir do cotidiano.

Nas discussões relativas ao processo de trabalho, cuidar do cuidador surgiu como um dos temas abordados. Essa necessidade partiu tanto dos trabalhadores

que participavam da CSM, como dos relatos das assessorias junto aos trabalhadores da atenção básica das Regiões Sanitárias, onde a Saúde Mental na Roda rodou. A CSM, por entender que os trabalhadores de saúde mental do município não teriam como assumir essa demanda, buscou apoio junto ao Centro Regional de Saúde do Trabalhador – CEREST, que hoje acompanha um grupo de ACS. Quanto aos demais trabalhadores, foi buscada uma parceria junto aos serviços assistenciais dos cursos de psicologia, sem sucesso. Os integrantes da comissão entendem que essa demanda requer uma posição dos gestores do município, no sentido de constituir um serviço de atenção à saúde do trabalhador.

Outra preocupação recorrente e pautada nas reuniões da CSM é o de envolver a comunidade, como um todo, nas discussões relacionadas ao tema saúde mental. Para tanto, a comissão tem se empenhado na organização e divulgação de eventos, principalmente do dia 18 de maio, com atividades nos serviços de saúde mental, instituições formadoras, mídia local, fóruns, seminários junto à Câmara de vereadores. Essa atividade tem mobilizado os participantes da comissão para formalizá-la, tendo em vista que a realização de eventos envolve orçamento, vínculos institucionais, etc., o que em alguns momentos é dificultado pelo caráter informal da mesma.

Com relação às reuniões temáticas, a comissão considera importante a necessidade de proporcionar momentos de estudo para seus integrantes. Assim, emergiu a proposição de reuniões mais curtas, com espaço para essa atividade, sendo que essa proposta vigorou por um curto período. Também foi organizado um pequeno acervo bibliográfico, com sede no CAPS Prado Veppo, local onde as reuniões da CSM acontecem.

Os problemas identificados na rede de saúde mental também foram elencados, quais sejam: capacidade de atendimento dos serviços existentes, a necessidade de ampliação da rede e a carência de profissionais para trabalharem nesse segmento.

Com relação, ainda, à rede de saúde mental, foi feita uma articulação com a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde e a Escola de Saúde Pública do RS, como parceiras no processo de educação permanente junto aos trabalhadores de saúde. Essa aproximação resultou em uma agenda permanente de encontros dos trabalhadores dos serviços de saúde mental do Município de Santa Maria e região, o que foi muito profícuo para todos os envolvidos.

Ao relatar o trabalho da Comissão de Saúde Mental, se destaca a complexidade desse processo, especialmente no que diz respeito aos encaminhamentos feitos por ela. Num dos encaminhamentos, em relação às dificuldades encontradas pelos serviços de saúde quanto à grande demanda, à falta de profissionais com formação na área, à carência de infraestrutura adequada nos serviços, entre outras, foi construída uma agenda mensal de reuniões intequipes dos CAPSs e ambulatório de saúde mental, no sentido de discutir os processos de trabalho desses serviços, bem como potencializar essas equipes em busca de solução para os problemas enfrentados.

Com relação ao financiamento, principalmente de recursos dos CAPSs, a Comissão propôs a criação de um conselho gestor dos CAPSs, com o propósito de efetivar o planejamento dos serviços e garantir a participação de outros segmentos nas decisões relacionadas ao funcionamento dos serviços e à transparência do processo como um todo. Essa proposição foi encaminhada para a Secretaria de Município da Saúde em 2006, sem retorno, sendo que a CSM também não demonstrou força suficiente para a efetivação da mesma.

Ainda, neste estudo, é essencial o olhar para a comunicação estabelecida entre todos os participantes desse movimento. Destaca-se que a comissão busca estabelecer vários canais de comunicação, inúmeras conexões entre seus integrantes, com o objetivo de, a partir do uso da tecnologia das relações, potencializar a comunicação, favorecendo o fortalecimento desse espaço como intersseção.

Para tal, lançou mão da criação de um *e-mail* do grupo para discussão das questões relacionadas à saúde mental, com o nome de “saúde mental na roda”, criado em 16 de maio de 2007, identificando-se como um canal de comunicação virtual, de discussão e troca de ideias entre os participantes da CSM e parceiros, através do qual são socializados artigos, teses, dissertações, divulgação de eventos, recados para todos. Esse canal de comunicação reúne cerca de noventa participantes, o que aponta para a sua legitimidade.

Também foi criado um Blog denominado “Saúde Mental na Roda”, em 22 de junho de 2009, dispositivo este de criação e fortalecimento de redes quentes em saúde mental; o qual se configura como espaço de interação entre as pessoas que se interessam e fazem a rede de saúde mental em Santa Maria/RS.

Isso nos remete ao que Rolnik (2007) considera:

Um pacto de trocas entre pessoas carentes, não de afetos, mas de coragem para criar planos de consistência de seus afetos e integrá-los aos outros planos de sua existência (p. 124).

Nesse sentido, esses dados anunciam um espaço virtual privilegiado para a comunicação e a formação teórica dos participantes. Entretanto, o que se observa, é falta de vitalização desse espaço nos encontros presenciais, da CSM, uma vez que esse material não é trazido para discussão nas reuniões.

4.1.3 A capacidade de atuação profissional e a afirmação da Reforma Psiquiátrica

As pessoas estão, como nunca, expostas a encontros aleatórios, a afetar e serem afetadas de todos os lados e de todas as maneiras: a se desterritorializarem (ROLNIK, 2007, p.89).

Um tema recorrente nas discussões que se realizam na comissão é relativo à articulação entre as práticas no cotidiano dos serviços e o perfil dos trabalhadores com as ideias centrais da Política Nacional de Saúde Mental e, em particular, com o processo de Reforma Psiquiátrica. Essa recorrência parece evidenciar que essa discussão oferece uma potencialidade para o crescimento do grupo, uma vez que visualiza o contexto como ponto de partida para as discussões, assim como busca aproximar a Política Municipal de Saúde Mental dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica foi um dos temas resgatados no segundo grupo focal, à medida que se percebia o quanto permeava toda a discussão nos encontros da CSM, porém isso não era verbalizado diretamente. Ao se lançar no grupo o questionamento sobre se a Reforma Psiquiátrica estava presente no cotidiano dos serviços de saúde mental, as manifestações foram no sentido de que nem sempre isso estava posto. Entretanto, ressaltaram o quanto seria necessária essa articulação, reconhecendo que muitos trabalhadores de saúde que compõe as equipes de saúde mental não carregam em sua bagagem referenciais teórico-práticos acerca da Reforma Psiquiátrica.

“Muito se tem experimentado em termos de práticas em saúde mental, porém não conectamos que isso vai ao encontro do que a Reforma preconiza e nos desafia.” (A3)

Evidencia-se, a todo o momento, a necessidade dos trabalhadores da CSM estudarem os aspectos teórico-metodológicos relacionados à Reforma Psiquiátrica e à Política de Saúde Mental, no sentido de fortalecê-los para intervenções na sua prática e no seu processo de trabalho.

Nesse sentido, o próprio Ministério da Saúde reconhece a necessidade de qualificar a discussão em torno das novas ações em saúde mental, ao afirmar que, em relação ao debate científico e à produção de conhecimento, o tema da saúde mental, como parte da saúde pública, está ausente na graduação e pós-graduação (BRASIL, 2002, p.2).

Denota-se que muitos participantes da CSM, especialmente os psicólogos, têm seu núcleo de conhecimento⁵ voltado para as questões da saúde mental. Entretanto, por outro lado, evidencia-se a formação acadêmica básica ainda centrada na clínica, na doença e distante da concepção das Políticas de Saúde.

Concorda-se com Campos e Soares (2003), ao afirmarem que:

É preciso resgatar, tanto no plano do ensino quanto no âmbito dos serviços, os conceitos sobre saúde-doença mental que iluminaram os princípios da Reforma Psiquiátrica – que parece ter se constituído como um movimento ideológico restrito – que não foram incorporados pelos sujeitos envolvidos (trabalhadores da saúde e usuários dos serviços de saúde), ficando comprometida dessa forma a superação das próprias práticas (p. 627).

Nesse contexto, parte-se do pressuposto que as práticas em saúde mental, se não forem embasadas por críticas e conceitos adequados ao papel dos sujeitos políticos⁶ na luta pela transformação das condições de vida e de trabalho, tendem à repetição e perpetuação dos mecanismos de controle do poder.

Essa ameaça se faz presente, ao retomarmos o Movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, nos quais os idealistas perderam-se no tempo, em busca

⁵ Campos (2000) define núcleo como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores em uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional.

⁶ Sujeitos políticos são tratados como aqueles que geram, com suas formulações e práticas, quadros discursivos referenciais de disputas para os sentidos das ações sociais e o conjunto dos agentes sociais “em cena”, Merhy, E. E. Saúde Pública como Política .

de legitimizar as conquistas realizadas até então, deixando pra trás os operadores das práticas cotidianas, criando um abismo entre os setores da saúde e da educação.

Na formação em saúde, frequentemente se oculta o caráter político-social dos processos formativos, como afirma Barros de Barros (2006):

Presos às perspectivas da “ideologia cientificista”, acredita-se na isenção política desses processos. Atrrelados ao cientificismo, não se procura analisar as matrizes sociais/políticas que orientam alguns dos postulados conceituais que norteiam as práticas de formação e o acabam produzindo (p.134).

Mais que isso, segundo Ceccim e Ferla (2009):

A formação dos profissionais de saúde, no entanto, tem-se mostrado um importante reservatório da resistência contra os avanços da cidadania em saúde, não absorveu esse histórico de lutas e projeto de sociedade, fragilizando-o, o que em última instância, não revertido, a fará participar do desmonte de um patamar de cidadania conquistada, exigindo da sociedade novo posicionamento e novo enfrentamento (p.446).

Ao falar da formação dos trabalhadores em saúde mental, Amarante (2008b) reafirma que essa formação precisa contemplar outras histórias epistemológicas, que não só as da clínica, outras concepções de modelos de atenção, as histórias e as trajetórias das experiências internacionais da Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido, corrobora-se com esse autor, quando diz: “é preciso entender que nossa convicção antimanicomial não nasceu como ‘pura ideologia’, mas como consequência do conhecimento e da verificação de estudos desta ordem” (AMARANTE, 2008b, p. 74).

Argumenta-se ainda, segundo Lancetti (2008), que a Reforma Psiquiátrica, longe de reduzir-se a bandeiras ideológicas, traz para a clínica uma exacerbação da complexidade.

Frente a essas constatações, Amarante (2008b) sugere que os sujeitos que trabalham em saúde mental poderiam receber, em sua formação, reflexões mais amplas, problematizadoras, sobre a complexidade da experiência humana. E questiona:

Quantos saberes que tratam do humano, da subjetividade, das relações sociais, nos são tremendamente úteis, além daqueles especificamente pois? Quanto utilizamos das contribuições provenientes da filosofia, da filologia, da antropologia, da sociologia, da geografia, da história, ou mesmo da literatura e das artes e da cultura? (p.70).

Em sentido semelhante ao acima citado, infere-se a necessidade da formação em saúde, principalmente em saúde mental, incluir as noções de campo de conhecimento⁷, rompendo a barreira do especialismo e estudando conceitos de acordo com as atuais políticas públicas, efetivando, assim, de modo mais agudo, a Reforma Psiquiátrica.

Isso nos leva ao encontro da concepção de educação permanente em saúde, que, segundo Ceccim e Ferla (2009), requer que seus atores se sintam convocados à criação, à abertura e ao coletivo, sempre uma novidade de afetar⁸ e ser afetado, caminhando na diversidade, construindo alianças, desconstruindo evidências (p.454).

A partir dessas considerações, se poderia esperar que a Comissão de Saúde Mental potencializasse o processo de educação permanente no interior dos serviços de saúde mental, no sentido de provocar mudanças efetivas nas práticas cotidianas dos trabalhadores, de forma impactante no cuidado ao usuário em sofrimento mental.

4.2 EIXO 2 – A Rede de Atenção em Saúde Mental: a modelagem tecnoassistencial em permanente tensão

O signo é o da teia, o da rede de proteção que ao mesmo tempo une e dá sustentação para quem perder o passo na travessia da corda bamba. (TÓFOLI, 2007, p.236).

⁷ A concepção de campo de conhecimento, segundo Campos (2000), diz respeito a um espaço de limites imprecisos, onde cada disciplina e profissão buscam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

⁸ Para Rolnik (2007), a própria palavra "afetar" designa o efeito da ação de um corpo sobre outro, em seu encontro (p.57).

Este segundo eixo apresenta os fluxogramas que a Comissão de Saúde Mental construiu para a atenção à saúde mental, bem como apresenta algumas tensões relacionadas às participações dos serviços, nesse contexto.

As discussões em torno da construção da rede de atenção à saúde mental permeiam as reuniões da CSM, desde sua implantação. No entanto, percebe-se a limitação por parte dos trabalhadores da saúde, no que se refere à concepção de rede, na medida em que a restringem à perspectiva de norma organizativa dos serviços, e não no sentido da articulação necessária para envolver todos os atores e instâncias que compõem o sistema.

Segundo Lancetti (2001), quanto à organização de serviços de saúde mental, a trama traçada pelo *modus operandi* e suas conexões com os recursos da comunidade devem ser considerados, pois qualquer processo terapêutico consiste na ressignificação do sintoma e, para isso, é preciso criar um dispositivo articulado à rede tecida pela organização de saúde.

Na mesma direção, Amarante (2007) chama a atenção para que as políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em “rede”, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos (p.86).

Nesse contexto, considera-se a importância da construção de uma rede de serviços de saúde e de demais serviços de outras redes sociais, assim como de outros setores afins. Essas redes visam atender à complexidade das demandas de inclusão social que se fazem necessárias para que os objetivos da Reforma Psiquiátrica sejam atingidos.

Por isso, tem-se convencionado que a articulação dessa rede se torna essencial para que, além dos Centros de Atenção Psicossocial, os demais serviços de saúde mental promovam o direcionamento local dos programas e da Política de Saúde Mental, no desenvolvimento de projetos terapêuticos e comunitários, além da integração com a rede de atenção básica em saúde.

Nessa perspectiva, Campos (2000) e Lancetti (2008) tecem crítica ao desenho da Política Nacional de Saúde Mental, balizada na rede de serviços substitutivos, quando, na opinião dos autores, esses serviços deveriam ser distribuídos territorialmente e com o funcionamento dos mesmos durante 24hs, se fazendo valer da lógica de substitutivos à internação psiquiátrica e como apoio à atenção básica, e não ocupando o lugar de complementares.

Na opinião de Curceli (2009), os CAPSs não devem ser considerados um aparelho substitutivo dos manicômios, e sim um dispositivo que busca substituir os manicômios pela cidade, e pelas incontáveis possibilidades de encontros que esta proporciona.

De acordo com Mello (2007, p. 57):

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. [...] A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária. É, portanto, fundamento para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais.

Diante disso, é possível imaginar que a CSM pode ser um importante dispositivo de gestão da Rede de Atenção à Saúde Mental, ao agregar aos serviços de saúde mental, serviços e instituições de diferentes setores (assistência social, universidades, HUSM, CEREST) nos assuntos pertinentes ao tema, contribuindo para implicação de diferentes sujeitos, como protagonistas no desenvolvimento de ações que potencializem autonomia e cidadania às pessoas com sofrimento mental.

No entanto, salienta-se que a construção de uma rede de serviços de saúde é uma atividade complexa, pois há sempre relações de poder, trabalhadores, atores políticos portadores de distintos projetos e interesses disputando a direcionalidade do sistema de saúde. Mesmo que este se encontre alicerçado legalmente em princípios e diretrizes, está diretamente implicado com a vida das pessoas, logo, permeado por relações afetivas, subjetividades e desejos circulando o tempo todo e em vários sentidos, como uma dobra.

4.2.1 Fluxogramas lineares: do encanto ao espanto

É inevitável quando uma personagem se revela “outra” do que fora até então, isso funciona como uma linha de fuga que esgarça toda a trama do enredo. A trama, neste caso, perde toda a força de encantamento que, até aquele instante, a tornava real (ROLNIK, 2007, p. 98).

A partir da análise das atas, identificou-se que, no período de dezembro de 2007 a junho de 2008, os participantes da Comissão de Saúde Mental voltaram-se à

construção dos fluxogramas da Rede de Atenção à Saúde Mental do Município de Santa Maria/RS.

Segundo consta no Relatório da Política Municipal de Saúde Mental do ano de 2008, o objetivo da criação desses fluxos é o de padronizar as informações acerca do sistema de referência e contrarreferência em saúde mental do município. Tendo a intenção de construir uma rede de atenção em saúde mental, na qual os usuários, apesar de frequentarem os serviços de nível secundário (CAPS) e terciário (hospitais), estivessem vinculados à Unidade de Saúde mais próxima da sua residência. Além da articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, juntamente com outras políticas públicas e recursos comunitários, buscando a construção do princípio da Integralidade da Atenção em Saúde Mental.

O documento destaca que os fluxogramas devem ser tomados apenas como base de apoio para a referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde de Santa Maria/RS, pois, além dos serviços existentes no município, outros recursos devem ser mobilizados conforme a necessidade de cada usuário e a capacidade de cada serviço que compõe essa rede para atendê-lo.

Os fluxogramas (APÊNDICE F) foram organizados de acordo com as especificidades dos serviços a serem acionados, em função das diferentes situações de sofrimento mental. Dessa forma, foram criados quatro fluxogramas, um para cada tipo de sofrimento, sendo eles: Sofrimento Mental Leve e Moderado; Sofrimento Mental Grave; Usuários de Álcool e outras Drogas, e Sofrimento Mental na Infância e Adolescência.

Dessa forma, é possível perceber que o desenho dessa proposta se assemelha à configuração macropolítica da rede de saúde mental, quando da consolidação de uma política de serviços substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial, preconizada nos anos 2000 e sistematizada através da Política Nacional de Saúde Mental, a qual tinha como foco categorias específicas de transtornos mentais, reforçando a compartimentalização do campo da saúde mental, constituindo serviços conforme o agravo (BRASIL, 2004).

Depreende-se que, embora a intenção inicial de construção uma rede articulada contando com outros recursos, como nos refere Franco (2006), produzida a partir de múltiplas conexões e fluxos construídos em processos que criam linhas de contato entre agentes sociais que são a fonte de produção da realidade, as evidências apontam que os fluxogramas construídos centram-se nos

encaminhamentos instituídos através do sistema formal de referência e contrarreferência.

Assim, esse desenho termina por caracterizar essa rede como o que Alves e Guljor (2004) chamam de “uma assistência partida” (p.223). Nesse sentido, os autores reafirmam que as equipes de cuidado e os serviços precisam estar prontos para acompanhar a trajetória do sujeito em sofrimento, sem compartimentalizá-lo por especificidades de demanda ou repassá-lo, ao se depararem com a complexidade das questões (p.229).

É possível evidenciar, a partir dos desenhos dos fluxogramas, o predomínio da lógica taylorista, principalmente em se tratando de rede cuidadora, ainda impregnada pela prática hierárquica de atenção à saúde, por um lado pela acomodação dos trabalhadores e a condição de deixar de capturar o seu potencial criativo, e, por outro, pela influência de sua formação profissional.

Isso nos remete à formulação dos conhecimentos tecnológicos dos profissionais de saúde, segundo Merhy (2005) como divididos em valises, isto é, caixas de ferramentas tecnológicas que o autor denomina de “valises de mão, da cabeça e das relações” (p. 200). Na primeira, carrega-se os instrumentos (tecnologias duras), na segunda o saber técnico estruturado (tecnologias leves-duras), e na terceira as relações entre sujeitos que só tem materialidade em ato (tecnologias leves). Concorde-se com Franco (2006), quando coloca que o trabalho centrado nas tecnologias mais relacionais é de alta sofisticação e que é exigida uma grande energia para a operação deste processo de trabalho. E destaca:

Aqui o trabalho em saúde assume grande complexidade, porque cruza ao mesmo tempo os saberes – fazeres de diversos profissionais, atravessados por singularidades, em permanente processo de subjetivação⁹ e tudo isso impacta as práticas cotidianas e o modo de se produzir saúde (p.467).

Nesse sentido, compreende-se que os fluxogramas foram construídos com base nas tecnologias duras e leves-duras, sem considerar o “andar a vida” dos

⁹ Um processo de subjetivação, isto é, uma produção de modo de existência, não pode se confundir com um sujeito, a menos que se destitua este de toda interioridade e mesmo de toda identidade. A subjetivação sequer tem a ver com a “pessoa”: é uma individuação, particular ou coletiva, que caracteriza um acontecimento (uma hora do dia, um rio, um vento, uma vida...). É um modo intensivo e não um sujeito pessoal. É uma dimensão específica sem a qual não se poderia ultrapassar o saber nem resistir ao poder (DELEUZE 2008, p. 123).

usuários, o vínculo, a responsabilização, o acolhimento, comprometendo assim a autonomia do sujeito e a produção do cuidado.

Por outro lado, as contradições emergiram entre as falas de alguns dos atores que participaram ativamente da construção dos fluxogramas, trazendo uma concepção de rede contrária àquela expressa no desenho dos mesmos:

“[...] os dispositivos da Política Nacional de Humanização devem se fazer presentes não só aqui na CSM, como na Saúde Mental na Roda e principalmente nos serviços de atenção psicossocial, pensados como estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental, por manter nossas demandas aquecidas.” (A2)

“[...] considerando as necessidades dos nossos usuários, temos que considerar caso a caso. Não estou falando só dos planos terapêuticos, mas de pensar a organização dos serviços como redes quentes, permeada pelo vínculo, pela responsabilização.” (A5)

Percebe-se que há dificuldade por parte dos trabalhadores de conectar os fios da teoria com a prática, na medida em que pregam um discurso em defesa da construção de “redes quentes”, impregnado no imaginário da Política Nacional de Humanização, e constroem fluxogramas lineares, frios.

De acordo com Passos e Barros (2004), redes quentes são aquelas que se definem “por um funcionamento no qual a dinâmica conectiva ou de conjugação é geradora de efeitos de diferenciação, isto é, trata-se de uma rede heterogenética” (p. 12). Apostando em “formas de resistência experimentadas nos processos de subjetivação”. Os autores citados dizem que a direção da clínica pressupõe conectarmos-nos nas redes quentes produtoras da diferença (p. 13).

Nesses casos, Franco (2006) chama a atenção para que o cuidado vai se produzir na rede que se formou, e não na estrutura que permanece rígida sob o império da norma.

Serafim Barbosa Santos Filho (2007) reforça o acima exposto, ao comentar que, atualmente, é possível observar certa prescrição de regras e fluxos minuciosamente estabelecidos como normas, e superficialmente tratado como pactos, negociações, meios de viabilização, acompanhamento, e uma vigilância compartilhada para adaptações, correções de rumo e “saídas coletivas” (p.75).

No entanto, se entende que o trabalho em saúde, e principalmente em saúde mental, é sempre criação, o que nos remete ao trabalho vivo em ato. Nesse sentido,

Merhy (1997; 2002a) discute a potência instituinte do trabalho em saúde, do seu alto grau de governar a produção do cuidado, e que o trabalhador, nessa lógica, nunca será mero executor do prescrito, mas sempre um agente singularizador do coletivo.

Nessa perspectiva, Merhy (2002a) afirmar que:

O trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente (...). O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso em equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando com tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção (p. 48, 49).

O mesmo autor reafirma que a tecnologia das relações proporciona “dar conta dos encontros e relações de alteridades, com o outro: o usuário”. É que “ as profissões podem se encontrar desterritorializadas, e é por aí que o outro de nós, o usuário, penetra com seu complexo mundo de necessidades que vaza nossas capturas nucleares” (MEHRY, 2005, p. 202).

Desse modo, Emerson justifica a prioridade para as situações que envolvem a relação, como forma de agir micropoliticamente, dizendo: “que o lugar mais aberto para um agir em produção, não plenamente capturado, que denuncia todo o tempo o limite dos modos instituídos de se produzir atos de saúde, é onde atua a valise de relações, cheia de tecnologias leves e em ato” (MEHRY, 2005, p. 203).

Porém, Franco (2006) adverte que o caráter autoanalítico¹⁰ e autogestionário¹¹ presentes na rede que opera a micropolítica dos processos de

¹⁰ A autoanálise consiste em que as comunidades mesmas, como protagonistas de seus problemas, necessidades, interesses, desejos e demandas, possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um pensamento e um vocabulário próprio que lhes permita saber acerca de sua vida. Ou seja, não se trata de alguém que venha de fora ou de cima para dizer-lhes quem são, o que podem, o que sabem, o que devem pedir e o que podem ou vão conseguir. Este processo de autoanálise das comunidades se articula, se institucionaliza, se organiza para construir dispositivos necessários para produzir, ela mesma, ou para conseguir os recursos de que precisa para a manutenção e o melhoramento de sua vida sobre a terra. Barembliit (2002, p. 17).

¹¹ A autogestão é, ao mesmo tempo, o processo e o resultado da organização independente que os coletivos se dão para agenciar sua vida. As comunidades instituem-se, organizam-se e se estabelecem de maneira livre e originais, dando-se dispositivos necessários para gerenciar suas condições e modos de existência. [...] essas diferenças podem implicar hierarquias, mas as mesmas não envolvem escalas de poder. Os conhecimentos essenciais são compartilhados e as decisões importantes tomadas coletivamente (BAREMBLITT, 2002, p.139).

trabalho não está dado *a priori*. Ele é colocado como uma possibilidade e vai depender dos sujeitos que operam a rede e suas singularidades¹² (p.462).

O autor supracitado chama a atenção para o fato de que as redes que constituem a micropolítica do processo de trabalho se estruturam a partir de determinado território de saberes e práticas. Ele é semiótico e subjetivo, por isso:

Em certas situações é possível perceber redes em que estão presentes cenários de práticas serializadas, não singulares e com baixo nível de fluxos-conectivos, e ao mesmo tempo, no mesmo cenário, redes rizomáticas operando subjetividades desejanter em alta potência com o trabalho vivo em ato (p. 467).

O mesmo autor acrescenta ainda que imaginar a redes que operam na micropolítica dos processos de trabalho como rizomáticas¹³ significa pensá-las como algo que opera através das linhas de cuidado que dão segmento a inúmeros itinerários terapêuticos, que atravessam determinada equipe ou unidade de saúde (p.468).

Nesse contexto, ao analisarmos os fluxogramas da rede de atenção à saúde mental do município, observa-se que o trabalho prescrito é distinto do real. Reconhece-se que precisamos do prescrito; sem dúvida, a organização é necessária para toda atividade humana. Porém não precisamos nos engessar no prescrito, de tal forma, que ele interfira, ou até mesmo impeça a realização do trabalho.

No entanto, compreende-se que, para que o agir ocorra, depende muito mais do próprio trabalhador do que das forças externas. Logo, libertar-se das amarras do prescrito passa por uma reação ao instituído, enquanto que as práticas de liberdade são do âmbito do instituinte, uma implicação ética do cuidado de si.

Mesmo assim, é possível, a partir dessa análise, perceber o espaço da CSM como interseção, na medida em que o instituído e o instituinte estão presentes e em permanente disputa, gerando ruídos no cotidiano dos serviços de saúde, na medida em que os mesmos sinalizam, a todo o momento, a incapacidade dessa rede

¹² O conceito de singularidade se refere ao fato de não reconhecer um sujeito e um objeto uno, mas multiplicidades. Não há sujeito, mas sujeitos singulares, porque cada um atua conforme representações simbólicas que definem o modo de agir em determinado tempo e lugar específicos (FRANCO, 2006, p.462; 468).

¹³ Uma rede rizomática pressupõe conexões com os diferentes, pois o mundo que articula o campo da saúde é por si só heterogêneo, permeado por relações de poder, sistemas sociais de produção de subjetivações, e essa complexidade do "mundo da vida" se expressa em diferentes modos de compreender a realidade e de nela atuar (Franco, 2006, p.471).

prescrita de atender a necessidade dos usuários. Mas, ao mesmo tempo, o espanto, foram estes trabalhadores que participaram da construção desses fluxos, e que, na tentativa de resolver o problema da falta de “vaga”, tanto nos CAPSs como para internação, utilizam estratégias agenciadoras, dentro do espaço da CSM, não previstas nos fluxogramas traçados, a partir das relações estabelecidas entre os trabalhadores que fazem parte desse espaço.

“O paciente fica solto [...] caso tu não estivesses lá, nós não conseguiríamos internar, mesmo naquela situação.” (A9)

Isso nos remete mais uma vez à necessidade de rever as concepções de rede, de organização de um sistema voltado às necessidades reais dos usuários. Nessa perspectiva, pensar uma rede, como afirmam Campos e Figueiredo (2008), uma rede efetiva de ajuda e socorro ao usuário da Saúde Mental, e não uma teia na qual ele fique preso, sem acesso, perdido nos emaranhados da desresponsabilização, uma rede de salvamento e não de captura e impotência.

4.2.2 Fios soltos da rede: tensões que esgarçam o tramado da atenção

Entre as dificuldades identificadas, a partir dos achados empíricos desta pesquisa, para a construção da rede de atenção à saúde mental do Município de Santa Maria, aponta-se o distanciamento do HUSM, como serviço à parte. De certa forma, o lugar ocupado pelos hospitais universitários, como um fio solto, na medida em que ele, além de ocupar o lugar como centro formador, é referência em internação psiquiátrica para o município e macrorregião centro-oeste.

Segundo a análise das atas, pode-se evidenciar esse distanciamento, na medida em que as ações desenvolvidas vinculavam-se às iniciativas individuais dos trabalhadores da unidade de internação psiquiátrica do HUSM, sem, no entanto, haver um comprometimento institucional do referido hospital. Percebe-se que a intenção de integração desencadeada por esses trabalhadores com Centro de Atenção Psicossocial II Prado Veppo decorria da compreensão de que os mesmos

usuários transitam entre o hospital e o CAPS, pressupondo a corresponsabilização pela vida desses usuários.

“[...] sob o meu ponto de vista, é nosso papel, sim, promover esta integração principalmente com os CAPSs. Não estamos aqui para reproduzir a lógica manicomial, bem pelo contrário, devemos nos unir para fazer valer os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.” (A10)

A fala acima demonstra essa aproximação como estratégia de amenizar os traumas da ruptura do atual modelo de atenção à saúde mental para aqueles usuários que ainda mantêm o vínculo com a instituição hospitalar, sendo esta vista como serviço seguro de acolhida para o portador de sofrimento mental.

Segundo Merhy (2002), por mais que se amplie e se aprimore a rede básica, as pessoas continuam buscando as emergências e o hospital, talvez como uma estratégia intuitiva e “selvagem”, na busca da integralidade.

Corroboram com os achados os relatos dos representantes do CAPS ad, ao explicitarem a dificuldade de internação no HUSM, para desintoxicação dos usuários portadores de dependência química, sob alegação do reduzido número de leitos disponíveis no serviço.

Essa desconexão com um dos fios da rede desencadeou um alinhavar em busca de apoio assistencial hospitalar em município vizinho, referência microrregional em Álcool e Drogas, para outros municípios (exceto Santa Maria), o que contou com apoio da Coordenação Regional de Saúde Mental.

A participação da Coordenação Regional de Saúde Mental nas reuniões da CSM foi determinante na busca de alternativa que minimizasse os problemas enfrentados no cotidiano dos serviços. O que pode ser evidenciado por meio da fala de um dos membros da CSM:

“[...] a importância de conhecer cada serviço, organizar dentro e fora, não deixar o paciente solto, sem encaminhamento.” (A2)

O enunciado acima nos remete às afirmações de Franco (2006), ao referir-se à construção de redes na perspectiva da micropolítica do processo de trabalho em saúde. Para esse autor:

Vai-se tornando evidente que as redes são imanentes ao modo de produção do cuidado, seja em que nível ele se articula. Essa ideia de imanência é particularmente importante, pois nos fala de que sempre haverá a articulação de diversas unidades e equipes, saberes, fazeres, subjetividades, singularidades, atuando de modo correlato para fazer com que o cuidado se realize (p. 463).

Nessa perspectiva, ressalta-se a importância e a responsabilidade de um hospital público de ensino, não só pela formação dos profissionais com o perfil para atuar junto ao Sistema Único de Saúde, como também pela assistência atribuída a essa instituição, como integrante da rede de saúde do município. Nesse contexto, inserem-se as contribuições de Carvalho e Ceccim (2008), no que diz respeito aos cenários da formação:

É preciso relativizar o conceito de hospital-escola para o de hospital-ensino pertencente à rede de serviços de saúde, no qual a condição de ensino não se põe como escola para o tratamento de doenças, mas como estratégia complementar na rede de cuidados representada pelo sistema de saúde, cumprindo papéis de apoio matricial, avaliação de tecnologias, desenvolvimento de estratégias assistenciais e métodos de tratamento que possam ser gradativamente incorporados pelos serviços de alta resolatividade ambulatorial e acompanhamento domiciliar (CARVALHO E CECCIM, 2008, p.164).

Os registros no diário de campo evidenciam essa desarticulação referida anteriormente, caracterizando o HUSM como hospital-escola, conforme manifestações de membros da CSM:

[...] Isso já vem de muito tempo, o município desencadeou esse processo de buscar uma aproximação, muitos encontros aconteceram, mas, até então, tem sido uma via de mão única. (A2)

[...] Quando se fala em aproximação, essa é no sentido de uma relação recíproca.” (A7)

Destaca-se que muitas tentativas de aproximar a residência em psiquiatria com os serviços de Saúde Mental do município se deram por iniciativa da CSM, conforme registros efetuados por ocasião da implantação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i), quando os responsáveis pela residência em psiquiatria foram convidados à participarem da construção, do processo de trabalho

desse serviço. Oportunidade em que eles não manifestaram interesse, alegando que a residência não qualificava para o atendimento dessa demanda.

Depois de muitos encontros discutindo a necessidade de contar com o HUSM como parte da Rede de Atenção à Saúde Mental, segundo o relato de encontro de representantes da CSM com os coordenadores do HUSM, vislumbrou-se, mesmo que timidamente, a possibilidade de integração a ser desencadeada a partir da ampliação da residência em psiquiatria, na área de atendimento infantil, bem como do projeto da residência integrada em saúde, ambos em fase de implantação.

Frente ao exposto, corrobora-se com Ceccim e Ferla (2009), quando afirmam que:

Ainda é tênue na formação profissional a apropriação do Sistema Único de Saúde e ainda vigora um imaginário da saúde como prestação de serviços altamente tecnificados, com usuários tomados por padrões biológicos, com o processo saúde-doença constituído por história natural, com o hospital tomado como topo de uma hierarquia qualitativa de trabalho, com o emprego público entendido como alternativa de sobrevivência e produção de práticas coletivas, enquanto o trabalho de maior dedicação estaria no subsetor privado [...]. Um imaginário assim configurado está presente na formação, sendo produto construído e embasado em interesses corporativos e particulares (p.447-448).

Depreende-se daí uma das barreiras para o avanço das mudanças preconizadas pelo SUS, dentre as quais, a da Reforma Psiquiátrica, considerando a formação inadequada dos trabalhadores da saúde para lidarem com o novo modelo de atenção à saúde mental, voltado à implantação de uma rede integrada, de base comunitária, com ofertas complexas de atenção médico-social, sob a diretriz da reabilitação psicossocial, na medida em que as instituições formadoras, na sua grande maioria, eximem-se do processo político e social da saúde.

4.3 EIXO 3 – Entre as Dobras da Gestão: interesses, potenciais e máquinas de captura no cotidiano da comissão de saúde mental

A máquina de guerra nômade está, sempre, entre os pontos estriados, está no espaço liso entre os pontos, por isso se diz estar, sempre no entre, no interstício, na zona de fronteira que pode intervir nas dobras (CECCIM e FERLA, 2005, p.260).

Este terceiro eixo apresenta as relações entre a coordenação de saúde mental e os ruídos de comunicação, bem como os espaços de participação e a definição de rumos da Comissão de Saúde Mental.

A organização da atenção à saúde mental no Município de Santa Maria, historicamente, esteve relacionada à política de financiamento do Ministério da Saúde que induz à implantação de serviços de acordo com normas e portarias, desconsiderando as especificidades locais e necessidades da população.

A consequência dessa lógica de organização, vinculada a programas, com pouca possibilidade de flexibilização, compromete a construção de processos criativos e inventivos pensados pelos atores que preconizaram a reforma psiquiátrica como política pública, advinda da luta dos movimentos sociais.

Nesse contexto, foram implantados os CAPS no município, que, desde sua origem, têm enfrentado dificuldades, quer sejam estruturais, como: espaço físico inadequado, dificuldade de adesão do conjunto dos trabalhadores da área de saúde mental, desvinculação dos demais serviços de saúde do município; quer sejam relacionados ao processo de trabalho, à falta de planejamento ou ainda ao pouco entendimento do gestor em relação às implicações e especificidades desse campo.

Tem-se convencionado adotar a noção de campo voltada a um território bem delimitado. Cabe destacar, no entanto, que a saúde não constitui um campo, um território bem demarcado, muito pelo contrário, constitui-se como territorializações sempre abertas, sempre atravessada por linhas múltiplas, com fronteiras móveis e pulsáteis que nos obrigam à transversalidade constante. O que, aliás, é reconhecido e desenvolvido por Merhy, em sua obra. Nessa perspectiva, o autor chama a atenção no sentido de que:

Em saúde, governa desde o porteiro de uma unidade de saúde qualquer, passando por todos os profissionais de saúde mais específicos, até o dirigente máximo de um estabelecimento. Aliás, esta marca bem típica da saúde tem-se constituído em um dos paradoxos para as ações de governo: a necessidade de que a obtenção da qualidade de seu produto, o cuidado em saúde, é dependente do exercício mais autônomo de seus trabalhadores individuais e em equipe, mas esse exercício possibilita facilmente uma privatização dos processos decisórios e dos interesses em jogo (MERHY, 2002a, p.157).

Os estudos de Barros e Passos (2005) apontam para as diferenças conceituais entre campo e plano. No entendimento desses autores, campo se refere ao domínio da realidade constituída, e plano, à constituição dessa realidade.

Frente à expansão dos serviços, e à tensão exercida pelos níveis estadual e federal, por apostar na potência do município, na reorientação do modelo de atenção à saúde mental, por acreditar que é ali que as transformações acontecem, evidencia-se no município a indefinição em relação aos rumos da Política de Saúde Mental.

Porém, Barros e Barros (2007) chamam a atenção para que, no caso da saúde, há um outro vetor-dobra que se abre. Segundo as autoras, é a dobra das políticas de saúde. Nesse sentido, afirmam que não é possível propor, pensar a gestão em saúde, seja a gestão do sistema, seja dos serviços, seja a gestão da atividade, sem que se leve em conta o modo como essas políticas se constroem e o que nelas se reafirma como “público” (p.65).

Logo, múltiplos fatores têm comprometido o avanço da reforma psiquiátrica no município, na medida em que os trabalhadores não encontram, na gestão, o apoio necessário para o atendimento de suas demandas. Sendo este um dos temas recorrente entre as falas dos atores deste estudo:

“[...] há um descaso por parte da gestão em relação à saúde mental, que vem de muito tempo” (A5)

Observa-se a falta de “eco”, em se tratando do ponto de vista da gestão em relação às dificuldades encontradas pelos serviços de Saúde Mental do município, a partir da análise das atas. Destaca-se que, frente a um dos momentos de crise vivenciados pelos serviços de saúde mental, os membros da CSM resolveram oficializar, por meio de documento, tais dificuldades, no sentido de abrir espaço na agenda do gestor municipal para a discussão da política de saúde mental. Na

medida em que esse encaminhamento não desencadeou medidas necessárias para o enfrentamento e solução dos mesmos, a CSM partiu em buscar de suporte por conta do controle social.

A partir daí, a saúde mental integra a pauta da plenária do Conselho Municipal de Saúde – CMS, momento de tensão entre gestor e Coordenador da Política Municipal de Saúde Mental – CPMSM, que, passados poucos meses, é desligado. Segundo registro nas atas da CMS, o fato de representantes da CSM – leia-se o então CPMSM, juntamente com o conjunto de trabalhadores dos serviços, ao exporem essas dificuldades ao CMS, e este propor reunião extraordinária para tratar dessas dificuldades, o gestor força, junto ao CMS, a suspensão da reunião extraordinária; porém a mesma manteve-se, com a condição de que o relato das dificuldades dos serviços – leia-se por conta da incapacidade/descaso da gestão de resolvê-las, se desse de forma amena (Ata 03, de 30 de agosto de 2006).

Rememoro esse registro, mais uma vez como sujeito implicado nesse processo, num manifesto de indignação total, ao considerarmos que o representante da gestão, nesse período, além de egresso do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, ergue a bandeira em defesa do controle social.

Frente ao acima exposto, corrobora-se com Merhy (2006), quando afirma que:

A gestão democrática das políticas, bem como da operação do cotidiano dos processos produtivos em saúde, deve estar em interrogação o tempo todo nos coletivos, em círculos de tensões enriquecedoras (p.105).

Infere-se nesse contexto, que nem o gestor, nem o Conselho Municipal de Saúde, nem os trabalhadores aprofundam ou fazem referência a questões do cerne da política de saúde mental, centrando esforços nas questões de organização. Talvez por desconhecerem o processo de construção da mesma, inclui-se aqui a própria CSM, na medida em que os trabalhadores encontram-se em maior número participando desse espaço.

“Por outro lado, achei acessível o diretor geral, pois(,) o mesmo se mostrou interessado em receber relatórios mensais dos serviços, quanto ao número de atendimentos e das dificuldades.” (A3)

Nesse sentido, Arejano (2006), analisando as relações de poder nos serviços de saúde mental, reforça que a discussão sobre o processo da reforma psiquiátrica está centrada principalmente no caráter administrativo, sendo as questões técnicas, éticas e políticas contempladas por uma pequena parcela dos trabalhadores.

Diante disso, as dificuldades dos serviços de saúde mental, em especial dos CAPSs, em manter os profissionais, principalmente psiquiatras, estão vinculadas à disputa de mercado, diferença salarial entre os municípios da região. Dificuldades de pessoal e outras de infraestrutura dos CAPSs acompanham a implantação da Política de Saúde Mental no município, constituindo-se um paradoxo, ao considerarmos o Município de Santa Maria/RS como centro formador, inclusive, como já mencionado, com residência médica em psiquiatria.

No entanto, em um cenário educacional em que as práticas são tão valorizadas quanto as teorias, os trabalhadores e os gestores do sistema “podem” e “devem” exercer poder¹⁴ sobre as instâncias formadoras e produtoras de conhecimento acadêmico.

Nesse contexto, Ceccim (2005) afirma que a tônica da Educação Permanente:

É sua porosidade à realidade mutável e mutante as ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de profissionais e a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, auto-gestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade sendo afetado pela realidade/afecção) (p. 162).

Diante disso, devem-se considerar também as especificidades dos serviços de saúde mental, preconizadas pela Reforma Psiquiátrica, no sentido de implementar novas práticas que buscam subverter relações de dominação, desterritorializando as fronteiras do campo psi.

¹⁴ Uso o termo “poder” no sentido proposto por Foucault, isto é, relação de força com outras forças que ela afeta, ou mesmo que a afetam (incitar, suscitar, induzir, seduzir, etc.) (FOUCAULT, 2008).

4.3.1 Formalização da Comissão de Saúde Mental: o papel interrogado

Não é a linha que está entre dois pontos, mas o ponto que está no entrecruzamento de diversas linhas. A linha nunca é regular, o ponto é apenas a inflexão da linha. Pois não são os começos nem os fins que contam, mas o meio (DELEUZE, 2008, p. 200).

Evidencia-se a fragilidade de reconhecer o lugar dessa Comissão de Saúde Mental, ao analisarmos os registros das atas. Mesmo que, em todos os momentos de ingresso de um novo representante na CSM, seja contada a história que gerou esse espaço, desde seus primeiros passos, percebe-se que esse resgate soa como eco necessário para registrar, na memória de cada um, o papel da mesma, como se ele precisasse estar definido, acabado. Mas, também, por inúmeras vezes, ele é questionado.

Essa aparente falta de nitidez pode parecer negativa (ou menos produtiva), mas é através dela que se constituem espaços vazios, heterotopias nas quais circula o desejo, produzindo não só produtos, mas também realidades sociais e subjetividades diversas (RIBEIRO, 2002, p.79).

Isto dito, nos leva a colocar, na roda, a formalização desse espaço, o da CSM, na medida em que esta, pelo que já foi apresentado, tem uma sobrevida, é reconhecida pelo conjunto de trabalhadores em função dos movimentos que gera, ao inserir a atenção à saúde mental além das fronteiras das especialidades, por meio da “saúde mental na roda”.

Benevides e Passos (2005, p. 568) apontam para espaços de criação nos limites do alcance do Estado, mesmo que situados no seu interior. São interstícios relativamente livres do controle, à espera de ocupação. Cabe aos praticantes da Clínica em Saúde Mental perceber as possibilidades de abertura e atuação nesses espaços, munidos de conceitos próprios para tal.

Os autores acima citados argumentam ainda que construir políticas públicas na máquina do Estado exige todo um trabalho de conexão com forças do coletivo, com os movimentos sociais, com práticas concretas no cotidiano dos serviços (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

No entanto, Guizardi e Pinheiro (2006) lembram que a tradição hegemônica nas ciências políticas tendeu a encerrar o político nas instituições estatais, nas dimensões macrossociais, reportando a dimensão política do viver humano

unicamente ao plano do instituído, do normalizado. Nesse sentido, um dos componentes da CSM, durante as discussões sobre formalizar ou não, colocou:

"existe toda uma relação quando se fala de instituinte e instituído como uma questão política, né?!" (A1)

Nesse contexto, os registros das primeiras discussões da necessidade de formalizar a CSM surgem em agosto de 2006. Naquele momento, muito por conta não só das dificuldades de diálogo com a gestão, como também pela dificuldade dos integrantes de visualizarem, frente ao exposto, em nome de quem sairiam os documentos "formais" da CSM para as demais instituições, das decisões, agendas com outros serviços, convite para fazer parte desse espaço, enfim. Instalou-se naquele momento uma crise de identidade, e muitos questionamentos, relacionados ao lugar que essa comissão ocupa na gestão municipal.

Frente a esse cenário, ao analisarmos o contexto em que se insere a CSM, sob o ponto de vista dos que participaram da construção de um regimento interno, no período de março a junho de 2008, como instrumento, no sentido de regulamentar a CSM, eis que surge no corpo do texto a caracterização dessa comissão como **colegiado gestor** [grifo nosso]. E, por alguns momentos, levou-me a refletir, como sujeito implicado nesse processo, por participar de sua constituição, se realmente o espaço da comissão configura-se como colegiado gestor.

A condição de implicação interfere no estudo em dois sentidos, como nos aponta Merhy (2002b). Primeiro, nos obriga a tomar certas precauções críticas na análise das informações e dos discursos; e, segundo, nos autoriza a utilizar a memória das escutas e as percepções elaboradas nas interações vivenciadas no processo de gestão/dinâmica institucional, propiciadas pelas experiências de um sujeito implicado.

Diante disso, se, por ora, responde um dos fios interrogativos deste estudo, quando questiona o lugar dessa comissão no espaço micropolítico do município, registrado por esses atores como de colegiado gestor da Política Municipal em Saúde Mental, por outra, ele permanece solto, perseguindo caminhos de ser e estar reconhecido, instituído. Estaria sendo utilizada a palavra pela palavra, sem referir-se ao significado da mesma?

Isso nos leva ao encontro de um dos textos de Merhy (2005), onde ele afirma que nós é que engravidamos palavras. Logo, o autor adverte que não basta adotá-las no nosso falar, para nos sentirmos profundamente inovadores, à medida que as palavras, por si, não são portadoras de sentidos e significações.

Campos (2000), ao referir-se à construção de espaço coletivo, caracteriza-o como um arranjo organizacional montado para estimular a produção/construção de sujeitos e de coletivos organizados. Esses espaços coletivos podem tomar a forma de equipes de trabalho, conselhos de cogestão, assembleias, colegiados de gestão, reuniões unidades de produção, etc.

O mesmo autor chama a atenção para que a combinação dessas distintas modalidades de espaço coletivo conformam sistemas de gestão participativa. E destaca:

Os Conselhos de co-gestão e os Colegiados para gestão têm caráter duradouro (permanentes enquanto durem), são arranjos de funcionamento regular, com normas previamente acordadas, ou seja, tem caráter estrutural e aparecem como parte do organograma (CAMPOS, 2000, p.147).

Diante disso, aposta-se no desenho de novos arranjos organizacionais, horizontais, para uma gestão democrática, o que não se enquadra quando se trata de uma organização tradicional, verticalizada e centralizadora, com bases tayloristas.

Segundo Franco (2006), uma leitura que pode ser feita deste inovador arranjo organizacional é o da ineficácia das estruturas do organograma e o reconhecimento de que a vida produtiva se organiza pelas relações ou, melhor dizendo, conexões realizadas pelas pessoas que estão em situação; e se formam em linhas de fluxos horizontais por dentro das organizações.

O mesmo autor afirma que a formação de microrredes no interior da organização é eficaz para a condução dos projetos, colocando em segundo plano o funcionamento com base nas formações estruturais da organização (FRANCO, 2006, p.459).

Concordo com o autor supracitado, como sujeito implicado na construção do SUS, e por entender que, muitas vezes, a formalidade das estruturas organizacionais imobiliza os próprios trabalhadores da saúde.

Na concepção de Silva (2005), o colegiado gestor é um espaço destinado às tomadas de decisão, à transmissão de informações e à elaboração de propostas consoantes com as diretrizes da organização.

Já, no entendimento de Campos (2000), os colegiados de gestão criam um lugar mais ou menos protegido, onde as equipes de trabalhadores possam organizar-se e elaborar seus projetos e visão do mundo.

Vale lembrar, no que diz respeito às estruturas jurídicas, administrativas, corporativas e institucionais, que a capacidade de se cristalizarem dificulta e, muitas vezes, inviabiliza projetos dinâmicos e transformadores, mais próximos, coerentes e afinados com o cotidiano da vida (CARVALHO e CECCIM, 2008, p. 166).

Em se tratando da CSM, a análise dos achados, no percurso deste estudo, nos remete à noção de coletivos organizados, como nos propõe Ceccim (2005), de agrupamentos articulados por um fim. Sendo o objeto finalístico a produção de atos de saúde, esse objeto é que dá articulação ao coletivo-dispositivo, “em produção de encontro, de intercâmbio de provocações, de alteridade¹⁵”, não exigindo a identidade entre seus membros. A relação entre pessoas não serializadas constrói linhas de fuga do instituído, “onde não cabe o organograma, somente diagramas, emaranhado de linhas que se organizam e desorganizam para assegurar sua produtividade” (CECCIM, 2005, p.170).

As colocações de Ceccim evidenciam-se nas falas da maioria dos componentes da CSM, ao manifestarem o significado desse espaço:

“a partir desse espaço, a gente começa a deixar nossas demandas sempre ativas, não as reprimir tanto, enquanto trabalhadores, [...] a gente mostra uma potência de organização, principalmente nas nossas reivindicações enquanto grupo, a gente consegue se mobilizar mais fácil [...] a gente define várias coisas e está sempre aquecendo as demandas, se conhecendo, conhecendo um ao outro, criando confiança no outro” (A2)

¹⁵ De acordo com Ceccim e Cavalho (2008:144), a alteridade é a condição daquilo que é *outro* (alter), diferença daquilo que é *mesmo*. Entrar em contato com a alteridade é contatar o outro no si mesmo e não o encontrar o que de mesmo há no outro; sentir o outro; medir-se pelo outro; diferir de si mesmo como efeito do encontro.

“um lugar que permite trocas de conteúdos, e, principalmente, permitiu que eu visualizasse o conjunto dos trabalhadores. Sem essa minha participação aqui, isso não seria possível, pois os serviços operam numa lógica de isolamento, como se não fizessem parte de uma rede” (A1)

“[...] vejo o espaço da CSM como grande aglutinador, por ir muito mais além do campo da saúde mental [...] Um espaço assim sempre propicia aprendizado” (A7)

Nesse sentido, descaracteriza-se a intenção de formalização desse espaço como instituído, passando a fazer parte de uma estrutura organizacional. E, de acordo com o autor supracitado, vislumbra-se a potencialidade de um coletivo-dispositivo, onde não cabe o organograma, somente diagramas, emaranhado de linhas que se organizam e desorganizam para assegurar sua produtividade (CECCIM, 2005, p. 170).

Porém, no ano de 2009, marcado pela transição administrativa, denota-se o caráter centralizador da mesma, externado por decisões que desconsideraram a coordenação da política de saúde mental.

Evidencia-se o enunciado acima por meio das falas:

“[...] a gestão atropela, não considera a coordenação da política, além de desconhecer a realidade dos serviços de saúde mental, não existe diálogo” (A5)

“[...] e quanto à Saúde Mental na Roda, ficou definido que esta só poderá acontecer nas quartas, dia de reunião de equipe da Estratégia da Saúde da Família, e as listas de presença devem ser entregues à diretora de Atenção Básica” (A2)

“[...] a rede de saúde mental tem sido atravessada por uma agenda paralela, de encaminhamentos que partem direto da secretaria” (A3)

As falas acima nos remetem ao que Vasconcelos & Pasche (2008) comentam:

Os conflitos de interesse não são em si um problema para o SUS, mas elementos constituintes de qualquer política pública. Porém, a falta de transparência e de debate público nas instâncias de gestão do sistema compromete o desempenho e a legitimidade do sistema e se apresenta como um desafio importante a ser vencido (p.537).

Esse distanciamento da gestão municipal com relação à Política de Saúde Mental força a retomada da discussão em torno da formalização da CSM, e, durante as primeiras reuniões de 2009, mesmo não tendo clareza do impacto dessa intenção por parte da gestão, os membros da CSM manifestam-se favoráveis ao reencaminhamento da proposta de regimento, via Conselho Municipal de Saúde, para a legitimação desse espaço. E, segundo registro no diário de campo, o mesmo manifestou-se desfavorável e recomendou que essa formalização se efetivasse via Secretaria de Município da Saúde.

Frente ao exposto, essa discussão sobre a formalização da CSM foi pautada quando da primeira reunião do conjunto de trabalhadores dos serviços de saúde mental com a atual gestão. Porém, por meio da análise dos relatos registrados no diário de campo, evidencia-se o desconhecimento da máquina administrativa, no que tange às questões de estrutura organizacional, e quanto ao significado de uma instância colegiada, caráter eminente da CSM, por parte desses trabalhadores. E principalmente do representante da gestão, que solicitou ao Coordenador da Política que “tocasse em frente”, referindo-se à solicitação de sua formalização junto ao Secretário de Saúde do Município. Dentre as manifestações dos membros da CSM, destaca-se:

“[...] um dos caminhos é de legitimar os espaços que temos, entre eles o da CSM, como estratégia no sentido de minimizar o impacto da nova gestão [...] O desejo é que esse espaço continue vivo, é um espaço tão genuíno, pra gente torná-lo instituído, pode se perder [...] e que talvez em alguns momentos, equivocadamente ou não, uma das estratégias seja instituir. Mas, se a gente vai perder, é de se pensar...” (A7)

“[...] a aposta é potencializar o coletivo e avaliar estrategicamente os momentos de recuar e avançar.” (A2)

Depreende-se, a partir dos registros no diário de campo, que essas discussões da formalização ou não da CSM, de certa forma mobilizaram o olhar da gestão em torno da saúde mental. E também levantaram questionamentos importantes entre os membros da CSM, quanto a um possível paralelismo, caso regulamentada, considerando o papel da Coordenação da Política Municipal de Saúde Mental.

4.3.2 A Coordenação de Saúde Mental e os ruídos

O cenário atual coloca em evidência os ruídos¹⁶ provocados pela nova administração. Dentre eles, destacamos o que vinha sendo manifestado, nas primeiras reuniões do ano de 2009 da CSM, pelo próprio Coordenador da Política Municipal de Saúde Mental, sobre o desejo de sair desse lugar, o da coordenação, como um ponto forte, durante o segundo grupo focal.

O resultado das análises dos dados até então coletados fizeram emergir, como tema central do segundo grupo focal, as ameaças que acompanham a CSM, desde sua implantação, e que naquele momento evidenciavam-se com a saída do coordenador da política.

Nesse cenário, segundo Curceli (2009), estar entre o desejo de continuar e a interrupção brusca de um “caminhar junto” desencadeia uma sensação de caos que ressoa em várias faces da vida de cada um. Por existir essa ambiguidade, e por isso ser insuperável, há sempre uma angústia pairando no ar (p.23).

Principalmente pela necessidade de não abrir mão desse lugar, considerando a política reducionista da atual administração, que banaliza, de certa forma, o papel de coordenação de política, por caracterizar-se como centralizadora. E também por ter nomeado um cargo em comissão para assumir a coordenação administrativa dos serviços de saúde mental do município, que, por sua vez, até então nunca teria participado de discussões relativas à organização de serviços de saúde. E até mesmo por um total desconhecimento da política pública, em especial da Política de Saúde Mental e, conseqüentemente, da Reforma Psiquiátrica.

Diante disso, foi colocado na roda, como pergunta inicial do segundo grupo focal: Quem assume a coordenação da Política Municipal da Saúde Mental, a partir da oficialização da saída do coordenador? Considerando, frente ao exposto, que o papel de coordenador de política vai além da habilidade administrativa, pois exige do mesmo poder de articulação para dar conta da complexidade desse nível de gestão.

As primeiras manifestações soaram como amenizadoras:

¹⁶ Ruído, percebido aqui como algo necessário que se manifesta no espaço interseção, pois eles atuam como “sinais”, “indicadores” da inadequabilidade da estratégia, ou seja, da ação implementada. Os ruídos anunciam que há possibilidade de alterar o instituído (MERHY, 1997, 2005).

“[...] o momento é outro e bem mais favorável que em outros tempos que a política ficou longos períodos sem coordenador. Hoje fazemos parte de um espaço organizado, ainda não legitimado, mas reconhecido pelo Conselho Municipal de Saúde e por parte dos trabalhadores [...] será encaminhado o pedido oficial de afastamento do coordenador da política e sugerido que o colegiado gestor assuma a coordenação da Política, isso é o que já se discutiu.” (A2)

Imediatamente, a fala supracitada, inquietou o grupo, na medida em que:

“temos um coordenador administrativo, e quanto à coordenação técnica ficar sob a responsabilidade de um colegiado gestor, temo, como diz o antigo ditado popular: o que é de todos não é de ninguém” (A3)

Nesse sentido, Pimenta (2006) defende que o investimento na democracia institucional se concretiza por meio da construção de sistemas de cogestão, o que pressupõe uma nova lógica de distribuição do poder, e o desenvolvimento da capacidade de direção por um conjunto ampliado de pessoas, e não somente pela cúpula que dirige uma organização.

Na tentativa de elucidar de qual colegiado gestor estamos falando, afinal, para assumir a coordenação da Política Municipal de Atenção à Saúde Mental, foi questionado, então, sobre qual colegiado gestor estavam se referindo: nesse caso, o colegiado gestor formado pelos coordenadores dos serviços de saúde mental? Ou o do espaço da CSM e suas representações? Mais uma vez, evidencia-se a tese de Merhy (2005), de que nós é que engravidamos palavras. Não é pelo uso da palavra, em si, que ela irá significar algo inovador e, menos ainda, quando se trata de uma gestão centralizadora.

Por outro lado, a palavra, em si, nos leva a pensar na intencionalidade de seu uso, se por puro desconhecimento de seu sentido, em se tratando de estrutura organizativa, ou, estrategicamente, na intenção de assegurar esse espaço. Evidencia-se a falta de clareza, em relação ao propósito de um colegiado gestor, deixando a pergunta inicial sem resposta. E esta, ao ser retomada, fez emergir as contradições entre as falas:

“[...] isso não é relevante no momento. Mais uma vez, reforço que o que importa é o reconhecimento do colegiado gestor. E, quanto à coordenação da Política Municipal de Saúde Mental, teremos que amadurecer essa discussão.” (A2)

“[...] já, para mim, o que importa é o reconhecimento político da CSM, e que a gestão aproprie-se do que significa trabalho em saúde.” (A5)

Depreende-se, a partir dessa última fala, a intenção de reafirmar a potencialidade dos trabalhadores em saúde nos espaços de gestão. Nesse sentido, Franco e Merhy (2006) afirmam que o perfil de determinado modelo assistencial é determinado pelo trabalhador de saúde, agindo como dispositivo de mudanças capazes de detonar processos instituintes ante a organização de serviços de saúde.

Nessa perspectiva, encontramos, na obra de Gastão Campos (2000), a definição de espaço coletivo como um lugar e um tempo específicos, em que ocorrem encontros entre sujeitos, construindo-se oportunidades para análise e tomada de decisão sobre temas relevantes.

Ainda, para Campos (2000), os coletivos organizados para produção são grupos de pessoas que se organizam em função do compromisso de produzir valor de uso que tenha algum valor social; eles se constituem também em função de sua própria reprodução e do atendimento de desejos e interesses de seus membros. Portanto, a finalidade desses coletivos não é somente produzir valores de uso, mas também de constituir sujeitos e reproduzir os próprios coletivos.

Nessa direção de pensar os espaços coletivos, um dos participantes, no segundo encontro do grupo focal, pronuncia-se em relação ao afastamento do Coordenador da Política, e desabafa:

“[...] somado a isso, estamos vivendo no serviço, além da falta de profissionais na equipe, há um grande desinteresse, descomprometimento por parte de alguns profissionais da equipe com o andamento do serviço e, conseqüentemente, com os usuários. Sem falar que, sob o ponto de vista da atual gestão, os serviços de saúde mental que estão em pleno funcionamento são por conta do cumprimento da carga horária, não importando o grau de envolvimento da equipe ou que atividades vem desenvolvendo.” (A5)

Outra ameaça que persegue constantemente os que participam da CSM é a de não continuidade desse espaço:

“[...] o que é visto pela gestão é só a produção de cada serviço, o resto não interessa [...] os espaços de discussão não são valorizados.” (A7)

Diante disso, Pimenta (2006) adverte que o colegiado é povoado por diferentes sujeitos, alguns com capacidade de instituir novas relações nesse coletivo e na equipe, trabalhando para construir um novo modelo, e outros agindo para manter o instituído e reproduzir o modelo centrado na produção de procedimentos.

No entanto, Campos (2000) nos lembra que “não há sujeitado completamente instituído, por mais enquadrado que ele possa estar em uma dada situação, sempre haverá brechas, rachaduras e fluxos irremediáveis” (p.27).

Evidencia-se, nesse contexto, a CSM como espaço intersseçor, como lugar que possibilita a escuta dos ruídos do cotidiano institucional e, dessa forma, se coloca em permanente análise de seu processo de trabalho, buscando, com isso, a reconstrução e novos modos de gerir e operar o trabalho em saúde e suas relações.

4.3.3 A produção de linhas de fuga: espaços de participação e a definição de rumos da Comissão de Saúde Mental

Processos que se desencadeiam; variações infinitesimais; rupturas que se operam imperceptivelmente; mutações irremediáveis. De repente é como se nada tivesse mudado e, no entanto, tudo mudou. O plano que essa linha cria em seu movimento é feito de um estado de fuga (ROLNIK, 2007, p. 50).

Frente às ameaças da nova gestão, no que se refere ao desconhecimento da trajetória de construção da Política de Saúde Mental, é colocada na pauta da CSM a proposta de realização da Conferência Municipal de Saúde Mental, como estratégia de fortalecimento da Política Municipal de Saúde Mental, como linha de fuga¹⁷ que possibilitasse atravessar o espaço da gestão.

Tal proposição justifica-se, como lembra Pinheiro (2005), na medida em que as Conferências, como arenas políticas, também constituem espaços de disputas de canais de vocalização de demandas em saúde, no sentido de defini-las como

¹⁷ A linha de fuga opera contra as potências fixas, o instituído, a ordem estabelecida, produz desequilíbrios, possibilita a criação (MERHY, 2006).

prioridades políticas, assim como de participar da decisão sobre o modo de operacionalizá-las (p.18).

Essas discussões em torno da realização da conferência, segundo registro do diário de campo, foram centrais, nas primeiras reuniões da CSM, em março de 2009, num primeiro momento sendo pensada a realização da conferência para o mês de maio, como alusiva ao dia 18 de maio, dia Nacional da Luta Antimanicomial.

De acordo com Merhy (2006):

Os acontecimentos são lugares de encontro de “portadores de futuro” em sua micropolítica. As interseções entre seus territórios existenciais e de interesses ético-políticos possibilitam efeitos instituintes mútuos, posicionando os sujeitos implicados em situações de linha de fuga e abrindo alternativas de novos desenhos éticos e estéticos de indivíduos e coletivos (p. 102).

Cabe destacar que as discussões transitaram entre: A quem caberia chamar uma conferência, e que instâncias estariam envolvidas? Este seria o papel do Conselho Municipal de Saúde ou do gestor? Qual o interesse do gestor em chamar uma conferência? Onde entraria a CSM? No caso do gestor se manifestar contra a realização da Conferência Municipal de Saúde Mental, quais os encaminhamentos da CSM? Seria o de tensionar junto ao Conselho Municipal de Saúde?

Entre as manifestações dos membros da CSM, destaca-se:

“[...] desconhecemos os trâmites, mas podemos pensar na infraestrutura, local para a realização, divulgação, os temas que achamos importantes, e depois comunicamos à gestão quanto à intenção de realizarmos uma Conferência Municipal de Saúde Mental.” (A2)

“[...] a CSM não tem esse papel de chamar e assumir uma Conferência de Saúde Mental, até porque esta não é regulamentada, tem toda uma questão de financiamento, organização de pré-conferência...” (A11)

Com relação à fala acima, infere-se que, entre os membros da CSM, o usuário é um dos únicos que, por participar como conselheiro, e de fato ter participado de outras conferências de saúde, demonstra, mesmo que frágil conhecimento a respeito do processo de organização de uma conferência. O que reforça o distanciamento dos demais integrantes da CSM, os trabalhadores de saúde, dos fóruns de controle social.

Considerando a emergência do tema, foi acordado que a CSM convidaria um dos conselheiros para esclarecer, definir papéis e apropriarem-se da forma de organização de uma conferência.

O tema em questão passou a fazer parte da pauta das reuniões previamente agendadas não só com o Conselho Municipal de Saúde, como também com o representante da gestão. Essa movimentação provocou também a busca de material e referencial teórico, e dos relatórios das conferências anteriores.

Evidenciou-se, nesse momento, o desconhecimento por parte da maioria dos integrantes da CSM no que se refere às questões de organização de uma conferência, talvez por conta de não terem vivenciado esse processo.

Na medida em que essa maioria representa o segmento dos trabalhadores, autores como Campos (2000), Merhy (2002), Ceccim e Ferla (2005), Guizardi e Pinheiro (2006), entre outros, propõem repensar a gestão a partir da politização da técnica. Ou seja, tornar políticas as ações e seu cotidiano, no sentido de suas implicações. Em outras palavras, trata-se da explicitação, de “tornar público” o debate dos valores que permeiam e embasam as decisões.

Mais do que isso, Guizardi e Pinheiro (2006) colocam o desafio de pensar as possibilidades de participação política no cotidiano das instituições que compõem o SUS, no sentido de apontar que a democratização do sistema e das políticas públicas só se efetivará, se forem redimensionadas as relações institucionais, em que os homens coexistam como sujeitos políticos.

No entanto, mesmo que convencionalmente se reconheça a não apropriação, por parte dos trabalhadores de saúde, da questão política¹⁸, neste caso, é possível inferir o conhecimento dos mesmos com relação às implicações dessa dimensão, quando da realização de uma conferência.

¹⁸ Ao falarmos em política não nos remetemos, portanto, exclusivamente à esfera estatal, mas aos dispositivos e poder que configuram a produção de realidades sociais (Guizardi e Pinheiro, 2006, p.371).

4.4 EIXO 4 – Desdobrando Saúde Mental na Roda

Há dobras por todo o lado, mas a dobra não é um universal. É um diferenciador, um diferencial (DELEUZE, 2008, p.194).

Este quarto eixo apresenta a descrição da Saúde Mental na Roda, nas regiões sanitárias em que foi desenvolvida, bem como as assessorias e as ideias nômades para novas saúdes.

A descrição deste eixo está embasada nas atas e nos registros feitos pelos integrantes da Comissão de Saúde Mental, os ativadores, em cada uma das regiões sanitárias em que ela rodou.

Visando a articulação da Rede de Atenção em Saúde Mental, a Comissão de Saúde Mental elegeu, como estratégia, a “Saúde Mental na Roda”, espaço de diálogo e discussão tendo como principal objetivo a troca e a integração entre os serviços de saúde mental e a rede de atenção básica do município.

Ancorados nos pressupostos da educação permanente em saúde, a CSM optou por utilizar a “roda”, por possibilitar um espaço de debate e construção coletiva, onde todos podem influir e provocar movimento, tanto os que realizam as ações e serviços do SUS, quanto os responsáveis pela formação em saúde. Essa interação permite identificar necessidades, construir estratégias e políticas de desenvolvimento nas áreas de formação de trabalhadores de saúde.

Nessa perspectiva, Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que a roda serve para alimentar circuitos de troca, mediar aprendizagens recíprocas e/ou associar competências, e, ainda, chamam a atenção para o fato de que todos os que entram na roda têm poderes iguais sobre o território de que falam (p.57 -59).

Ainda, segundo Ceccim (2005), trabalhar com o conceito de roda é particularmente relevante nessa construção, por compreender que o “processo político requer a produção ativa de coletivos, de protagonismo e de autonomia” (p.3).

Como o município é dividido em cinco Regiões Sanitárias, para estruturar o trabalho a ser realizado em cada uma das regiões era convidado, num primeiro momento, a participar da reunião da comissão, o coordenador e trabalhadores de saúde de cada unidade, de cada uma das regiões sanitárias, para apresentação da proposta “Saúde Mental na Roda”. Ainda era o momento para que os mesmos

colocassem suas dificuldades em relação ao atendimento aos usuários portadores de transtornos mentais, a fim de instrumentalizar os integrantes da comissão na organização da “Roda”. Nessas situações, era reiterado o convite para que esses trabalhadores continuassem participando das reuniões da CSM.

Cabe destacar as razões elencadas pelos trabalhadores da Atenção Básica, no que se refere ao não atendimento dos usuários portadores de transtornos mentais, dos amenos aos de maior risco. Destaca-se que essas dificuldades passam pela reprodução cultural do modelo hegemônico de saúde, reforçando a lógica do encaminhamento ao serviço especializado; a falta de preparo para lidar com determinadas situações que vão além da capacidade diagnóstica e terapêutica; o desconhecimento dos serviços de saúde mental existentes; e a demanda específica de cada um desses serviços.

Surgiram também necessidades por parte dos trabalhadores de lidar com suas angústias e as da comunidade; de perder o medo de lidar com o usuário em sofrimento mental, assim como o de álcool e drogas, e com as situações de violência na comunidade, sem o acompanhamento de um profissional da área.

Frente ao exposto, foi iniciada, como piloto, a “Saúde Mental na Roda”, na Região Norte, ainda em 2005, sendo realizados cinco encontros quinzenais, com duas turmas de trabalhadores (nas quartas e nas sextas-feiras), para envolver o maior número de profissionais da saúde das diversas categorias.

A seguir, será descrito como a roda girou na região sanitária norte, oeste, leste e sul, com a perspectiva de aproximar o leitor desse processo metodológico.

Na região norte, os encontros tiveram como sede a Unidade Básica da Vila Kennedy (USK), os quais foram coordenados por dois trabalhadores de saúde mental que fazem parte da Comissão de Saúde Mental, no período de outubro a dezembro de 2005.

Participaram dos encontros os trabalhadores das unidades de saúde dessa região sanitária, entre eles, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No primeiro momento, foi apresentada a proposta da Comissão de Saúde Mental do Município e a metodologia da “Roda”.

O Método da Roda, de acordo com Campos (2000), vislumbra a possibilidade de se construírem outros modos de produção, de acordo com as necessidades sociais, em que seja considerado cada sujeito, cada agrupamento, cada movimento, produzindo novas necessidades.

Nesse sentido, procurou-se conhecer os temas relacionados à saúde mental que os participantes gostariam de discutir nos encontros subsequentes. Os principais temas foram relacionados a conhecimentos sobre saúde mental em seu aspecto amplo (conceito de saúde mental, tipos de doença mental, formas de tratamento e reforma psiquiátrica), bem como a necessidade de conhecer os serviços de saúde mental do município e formas de encaminhamento. Depreende-se daí a fragilidade teórica dos trabalhadores, vinculada, especialmente, às questões clínicas, reforçando o modelo hegemônico em saúde, além do desconhecimento dos serviços de referência de saúde mental do município.

O reconhecimento da rede de atenção à saúde mental se deu *in loco*, tendo em vista que todos os trabalhadores de saúde optaram por realizar uma visita aos serviços de saúde mental, já que, para a maioria, eram até então desconhecidos. Lotou-se um micro-ônibus da Secretaria de Saúde do Município e partiu-se para o reconhecimento do espaço físico e do funcionamento de cada serviço que presta assistência em saúde mental.

No último encontro, todos receberam um instrumento de avaliação da dinâmica proposta, a fim de contribuir no processo em construção.

Uma dupla de trabalhadores dos serviços de saúde mental mantém uma agenda permanente com essa Região, efetivando encontros mensais e proporcionando um suporte qualificado às equipes das unidades na discussão de casos, acolhimento e encaminhamentos.

A partir desse relato, evidencia-se a possibilidade dos primeiros movimentos da “saúde mental na roda”, em desacomodar parte dos trabalhadores da Atenção Básica, no sentido de reverem suas práticas e seu olhar em relação aos usuários com sofrimento mental, e àqueles que necessitam de cuidados, como os diabéticos, hipertensos, gestantes, enfim, evidenciando a necessidade de os trabalhadores aprofundarem conhecimento na área da saúde mental.

Diante disso, é possível identificar “Saúde Mental na Roda” como processo de educação permanente, de formação, acionador de movimentos de estranhamento, de desacomodação, de “perguntação” e de implicação, potência para um coletivo diferir de si mesmo e de dobrar novas práticas (CECCIM e FERLA, 2009, p.453).

Destaca-se que os trabalhadores de saúde mental e os demais integrantes da CSM são ativadores da Roda e distribuem-se de acordo com a temática proposta

em cada rodada. Em 2006, ela ocorreu na Região Oeste, através de cinco encontros, tendo sido incluído nos mesmos o tema da violência.

Analisando os registros das atas, quando dos relatos das rodadas, foi destacado que, nos primeiros encontros da Saúde Mental na Roda, na Região Oeste, alguns trabalhadores esperavam que as rodas ocorressem por meio de palestras.

Isso nos remete aos questionamentos da insuficiência dos trabalhadores, bem lembrada por Franco (2007), colocando-os como grupo “sujeitado” aos processos pensados por uma instância diretiva, inseridos na ideia de educação continuada, no qual a continuidade da “transferência de conhecimento” é necessária para suprir uma formação suposta como deficitária para os serviços de saúde.

Destaca-se, a partir da análise das atas, que essas discussões foram propulsoras do girar da roda nessa região, na medida em que se reafirma a proposta de educação permanente da “Saúde Mental na Roda”.

Em 2007, ela ocorreu com os trabalhadores em saúde das Unidades de Saúde da Região Leste. Foram nove encontros, com a presença de, em média, 15 trabalhadores. Destaca-se que, nessa roda, além das trocas de experiências, discussões de casos, foi utilizado o material de apoio “Protocolo de Saúde Mental de Curitiba e as Cartilhas da Política Nacional de Humanização – PNH”, com objetivo de facilitar a leitura do contexto do Município de Santa Maria.

Com relação à roda na Região Leste, “drogadição” foi um dos primeiros temas propostos pelo grupo, que levantou questões como: O que leva uma pessoa a procurar as drogas? Qual o momento de fazer o encaminhamento do usuário aos serviços especializados, considerando a questão do vínculo? O que seria uma intervenção bem sucedida?

A importância da escuta e do cuidado com os usuários e suas famílias, o sentimento de impotência experimentado na busca pela resolução dos casos também foram debatidos. Outro tema discutido foi a saúde mental na infância e adolescência, partindo-se do levantamento daquilo que era entendido como um problema, nessa fase do desenvolvimento, o que possibilitou trazer à tona a discussão das manifestações comuns nessa fase, bem como os fatores de promoção de saúde e de risco, além do importante papel da família.

Curiosamente, o grupo passou das discussões a respeito da infância para o tema do idoso, cuja especificidade não é abordada na capacitação das Equipes de

Saúde da Família. Os dois últimos encontros centraram-se em torno da relação do profissional de saúde com o usuário, o que levou ao estudo do conceito de “Clínica Ampliada”¹⁹.

A partir desse relato, é possível identificar a potência da Saúde Mental na Roda, como disparadora do processo de educação permanente em saúde, em nível municipal:

“[...] o pessoal do Núcleo de Atenção Básica da Secretaria vê a Saúde Mental na Roda “atravessando” todas as políticas.” (A2)

Essa fala remete à reflexão acerca da importância da Saúde Mental na Roda como mobilizadora de discussões que, possivelmente, não ocorreriam se esse processo não estivesse em andamento. A proposta metodológica de partir do diagnóstico de necessidades dos trabalhadores, para organizar a roda, oportuniza um movimento que perpassa outras políticas de saúde.

No segundo semestre de 2008, a CSM realizou a 4ª Edição da Saúde Mental na Roda, naquele ano direcionado aos trabalhadores de Saúde da Região Sul. Segundo registros desses encontros, foram abordados temas como saúde mental na atenção básica, acolhimento, clínica ampliada e formação de redes, permeando as necessidades específicas apontadas pelo conjunto de trabalhadores dessa Região.

Logo, a cada “rodada” inicia-se mais um desafio, respeitando as particularidades de cada região que, até o momento, têm proporcionado como resultado, além da motivação, importantes trocas, interações e integrações. Promovendo um aprimoramento não apenas técnico-científico, mas de fundamental ganho na construção desta nova percepção em saúde mental, na qual se identificam os fios, as tramas, os nós, os emaranhados, enfim, as conexões necessárias para se tecer a rede.

Com o girar da Roda, percebeu-se a potência da mesma, no sentido de disparar um processo de produção coletiva entre a Atenção Básica e a saúde mental, de forma a construir práticas nas quais os serviços tornam-se corresponsáveis pelos usuários.

¹⁹ A clínica ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo limite, não a impeça de viver outras coisas na vida (CAMPOS, 2003).

Nessa perspectiva, os trabalhadores acreditam que algumas mudanças significativas ocorreram a partir da Saúde Mental na Roda:

“[...] o contato do nosso serviço aqui com as unidades básicas mudou bastante a forma como se dá o encaminhamento, tanto de lá pra cá, quanto nosso para as unidades, facilitou muito [...] a gente consegue fazer um melhor contato [...] é um mérito da Saúde Mental na Roda fazer com que a saúde mental seja discutida na ponta. [...] Percebo que existe valorização da equipe” (A5)

Parte disso justifica-se quando, ao final de cada rodada, os trabalhadores são convidados a avaliar os encontros da Roda, sendo reconhecidos pelos mesmos como um importante espaço de compartilhamento de experiências, medos e inseguranças, auxiliando na busca de resolução de conflitos e angústias inerentes ao trabalho nessa área.

Isso nos remete à definição do trabalho em saúde mental dada por Merhy (2004), em que este faz uso da metáfora “olho do furacão”, relacionando-a com o lugar que os trabalhadores de saúde mental ocupam no campo da Saúde Coletiva, por entender que esta sintetiza o grau de complexidade envolvido na construção e, conseqüentemente, na análise dessa prática:

A noção de que o trabalho no campo da Saúde Mental – que se dirige para desinterditar a produção de desejo e, ao mesmo tempo, gerar redes inclusivas, na produção de novos sentidos para o viver no âmbito social – é de alta complexidade, múltiplo, interdisciplinar, intersetorial e interprofissional que, em última instância, só vinga se estiver colado a uma “revolução cultural” do imaginário social, dos vários sujeitos e atores sociais, ou seja, se constituir também como gerador de novas possibilidades anti-hegemônicas de compreender a multiplicidade e o sofrimento humano, dentro de um campo social de inclusividade e cidadanização [...] [e propõe]: partamos do princípio de que já sabemos fazer um monte de coisas e que, também, não sabemos outras tantas, ou mesmo, fazemos coisas que não dão certo; e com isso, vamos apostar que é interessante e produtivo construir escutas do nosso fazer cotidiano para captar esses ruídos, neste lugar onde se aposta no novo, mas se está diante da permanente tensão entre o novo e o velho fazer psiquiátrico e/ou seus equivalentes MERHY, 2004:4-6).

Nesse contexto, considera-se a Saúde Mental na Roda como um dispositivo de educação permanente dirigido aos trabalhadores da Rede de Atenção Básica que, inicialmente, visava sensibilizá-los para a temática, bem como trabalhar conceitos e informações básicas acerca do campo da saúde mental, e que agora

tem disparado discussões de modelo de atenção, tanto nas reuniões da comissão quanto nas rodas.

Vale lembrar, como refere Ceccim (2005), que:

Para ocupar o lugar ativo da Educação Permanente em Saúde precisamos abandonar (desaprender) o sujeito que somos, por isso mais que sermos sujeitos (assujeitados pelos modos hegemônicos e/ou pelos papéis instituídos) precisamos ser *produção de subjetividade*: todo o tempo abrindo fronteiras, desterritorializando grades (gradis) de comportamento ou de gestão do processo de trabalho [...] Se somos atores ativos das cenas de formação e trabalho (produtos e produtores das cenas, em ato), os eventos em cena nos produzem diferença, nos afetam, nos modificam, produzindo abalos em nosso “ser sujeito”, colocando-nos em permanente produção. O *permanente é aqui-e-agora*, diante de problemas reais, pessoas reais e equipes reais (p.167).

O autor supracitado, ao referir-se a uma educação da saúde por toda parte, remete-nos à formulação da Educação Permanente em Saúde ou, dito agora de outro modo, à pedagogia em ato na invenção cotidiana da saúde (CECCIM, 2008, p.21).

Embora gerada por meio da CSM, muitos registros apontam a centralização das discussões das reuniões dessa comissão na Saúde Mental na Roda, como já sinalizado por meio do Quadro que apresenta as pautas das reuniões.

Desse modo, em março de 2009, período de observação desta pesquisa, foi proposto pelo Coordenador da Política de Saúde Mental do município constituir um grupo de estudo, no sentido de dar mais consistência para os ativadores da Roda e maior suporte para a rede, deslocando a dinâmica da Roda para fora das reuniões da CSM.

“Penso em reservarmos um tempo para discutir melhor e planejar Saúde Mental na Roda, acho que seria interessante”. (A2)

Frente ao proposto, foi consensual entre os participantes da comissão que essas discussões acontecessem a cada quinze dias, com a participação dos ativadores da Roda, dos apoiadores matriciais das quatro Regiões Sanitárias por onde Saúde Mental na Roda já rodou e ainda vai rodar, além dos demais interessados em participar.

Nesse contexto, foram retomadas as discussões com relação à construção formal (escrita) do projeto “Saúde Mental na Roda”, para que o mesmo fosse

encaminhado e registrado junto ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEPS, da Secretaria de Município da Saúde, como projeto de educação permanente em saúde.

Diante disso, se aposta na Saúde Mental na Roda como algo novo, sujeito a modificações, que se desdobra, se amplia e se aprofunda, ora apoiando-se nos pressupostos da construção política, utilizando-se de referenciais teórico-metodológicos, dentre os quais o de território, para sua organização, e ora apoiando-se na experimentação²⁰.

4.4.1 Assessorias: um fio condutor da Roda

Desafio necessário e, de qualquer modo, insuperável, da coexistência vigilante entre macro e micropolítica, díspares, mas complementares e indissociáveis na produção da realidade psicossocial (ROLNIK, 2007, p. 67).

A continuidade do processo de interlocução com o conjunto de trabalhadores das Regiões Sanitárias, onde “Saúde Mental na Roda” já rodou, se mantém através de uma agenda permanente, mensal, de uma dupla de trabalhadores de saúde mental, os assessores, em cada uma das Regiões, como facilitadores do processo.

Por meio dos relatos das assessorias, dos contatos com os serviços de saúde mental e dos instrumentos de avaliação ao final de cada rodada, em cada uma das quatro Regiões Sanitárias, os quais são apresentados e discutidos permanentemente nas reuniões da CSM, evidencia-se a contribuição da “Saúde Mental na Roda” no processo de trabalho das equipes e, principalmente, o apoio aos Agentes Comunitários de Saúde – ACS.

Lancetti (2008) lembra que são esses trabalhadores, os agentes comunitários de saúde, que descobrem pessoas em prisão domiciliar, psicóticos graves que não chegam aos serviços de saúde mental ou que estão com problemas para os quais a psiquiatria não está preparada, como os violentados, os ameaçados por traficantes ou por gangues, dentre outros (p. 49).

²⁰ A experimentação entendida aqui como construção cognitiva que decorre da escuta poética de uma questão problemática. Esta questão, de acordo com Ceccim e Ferla (2005), registra uma gênese (ou história), contando de uma instabilização (de uma dissipação da energia que conservava uma

Nesse sentido, destaca-se a importância da continuidade das assessorias prestadas pelos trabalhadores de saúde mental, como suporte às equipes da atenção básica. E, principalmente, aos ACS, na medida em que são eles que, cotidianamente, se deparam com situações da vida dos usuários, e por serem esses trabalhadores apontados por aqueles detentores do saber hegemônico, como os menos capacitados para lidarem com os problemas de saúde mental.

Diante disso, ao referir-se ao campo de atenção à saúde mental, Curceli (2009) ressalta que cada um dos trabalhadores desse cenário se envolve com a complexidade de linhas que se cruzam a todo o momento, de saberes de várias ordens, de olhares focados em diferentes ângulos, percepções e cores. Portanto, não é possível descartar nenhum desses saberes como pormenorizado (p.17-18).

No entanto, observa-se que, apesar da avaliação positiva em decorrência das assessorias, como suporte para a atenção básica, esse processo gerou insegurança, ansiedade entre os trabalhadores de saúde mental, por não conseguirem responder à grande demanda do cotidiano dessas equipes e, principalmente, pela dificuldade de encaminhamento dos usuários com sofrimento mental.

Segundo Onocko Campos (2005), cada vez que um caso cria alguma angústia na equipe, ele é encaminhado a outra, até que sejam dominados o medo ou a sensação de impotência.

Mais do que isso, a mesma autora chama a atenção para que a solução macropolítica, referindo-se à política de encaminhamento aos serviços especializados, por si só, sempre será insuficiente, na medida em que a oferta gera cada vez mais demanda, se não operarmos desvios nas formas de produzir saúde. E reafirma, em relação aos trabalhadores de saúde, que “o turbilhão de emoções que nos acompanha no trabalho é inseparável de nossa condição de humanidade” (ONOCKO, 2005, p. 580).

Cabe ainda destacar que, na maioria das vezes, o tema da construção de rede foi discutido nas reuniões da CSM, o que possibilita afirmar que a concepção de rede limita-se à regulação dos serviços, no estabelecimento de regras e fluxos, sem olhar o “andar a vida” dos usuários. Em decorrência disso, tem causado transtornos e desgaste para o trabalhador da saúde que atua “na ponta”, que se

dada ordem) e que começa a desordenar-se, deixando escapar novas formas de singularização (p.258).

sente incapaz frente ao sofrimento do usuário e preso às amarras de organização do sistema.

Perante esse cenário, alguns observadores ou analistas do trabalho em saúde apontam, então, que uma micropolítica do trabalho em saúde se oporia, ou poderia resistir, à macropolítica do gerenciamento, da protocolização, da corporativização ou das racionalidades. Porém, outros analisadores, de acordo com Ceccim e Merhy (2009), se referem à micropolítica do trabalho sob uma condição esvaziada de criação e, portanto, sem poder de resistência, apontada como macropolítica de menor escala.

Nesse sentido, a sensação de impotência somada à precarização do trabalho e dificuldades ligadas à infraestrutura, salários, vínculos, direitos, burocracia excessiva, subvalorização, bem como à falta de investimento em processos de educação permanente, fazem com que as atitudes dos trabalhadores da saúde, segundo Santos-Filho (2007), variem da apatia às tentativas de efetiva participação, resultando em negação, recuo, resistência, superação, improvisação, etc., mesclando-se perspectivas e saídas “criativas”, “inventivas” e também desgastantes, geradoras de sofrimento (p. 75).

Essas situações são agravadas, muitas vezes, ao constatarmos que em geral, as instituições de saúde não têm valorizado a saúde mental do trabalhador, o que se expressa pela ausência de oportunidades, como os grupos de apoio e os espaços para compartilhar sofrimento (BECK, DENARDIN e GONZALES, 2005, p.483).

No entanto, Merhy (2005) chama a atenção para que “o mundo do trabalho nos encontros que provoca, abre-se para nossas vontades e desejos, condenando-nos, também, à liberdade e a estarmos diante de nós mesmos, nos nossos atos e nossas implicações” (p.198).

Diante dessa realidade, precisamos assumir uma postura transformadora das nossas práticas, principalmente por reconhecermos que a qualquer momento poderemos ser usuários dos nossos próprios atos (MERHY, 2005).

Assim, compreende-se a necessidade do olhar do cuidado voltar-se para dentro. De acordo com Maia (2006):

Cuidado de si que se desdobra na abertura à diferença, daquele verdadeiro cuidado de si que não se separa do cuidado com o outro, necessário à relação interseçora, por meio do qual este si não pode ser um impermeável ao fora, mas um dentro-fora ao mesmo tempo, de tal forma que só pode transitar através de uma fronteira nômade, sempre em movimento (p.177).

Assim, evidencia-se a importância dos assessores junto às equipes das unidades de saúde, objetivando integrar a saúde mental na atenção básica.

4.4.2 Ideias nômade para novas saúdes

Há também uma superfície invisível, incrustada nas dobras do corpo, com forças em movimento, afetos, devires, alteridades (FERLA, 2004, p.98).

Assim como os trabalhadores da atenção básica sentem-se despreparados para lidar com a complexidade das questões da saúde mental, os trabalhadores da saúde mental também necessitam de apoio, principalmente em relação às assessorias, como sinalizado anteriormente. Infere-se que os mesmos exercem o papel de apoiadores matriciais, com base nos referenciais de Campos (2003), embora não tenham se apropriado desse referencial e careçam de qualificação.

Nesse sentido, ao analisar as atas, evidenciam-se inúmeras tentativas, por parte da Coordenação da Política Municipal em Saúde Mental, de buscar suporte teórico para qualificação das equipes dos CAPSs, tanto em nível estadual como nacional.

Muito embora os aparatos legais contemplem as questões relacionadas à educação permanente dos trabalhadores da saúde, a exemplo disso, em 2005, foi implantado um mecanismo de estímulo à supervisão clínico-institucional dos CAPSs (PT MS/GM n.º1.174/2005) e aprovada a proposta do Projeto “Escola de Supervisores”. Isso é posto a partir do entendimento de que é necessário transformar o modelo assistencial, para assegurar às equipes dos CAPSs, ambulatórios, serviços de saúde mental em hospitais gerais e atenção básica, especialmente àquelas que se encarregam da atenção a pacientes com transtornos mentais severos, um mecanismo de supervisão das atividades terapêuticas e de gestão. Um dos integrantes do grupo focal assim se manifesta nesse sentido:

“[...] esse desconhecimento da atual Política de Atenção à Saúde Mental e da dinâmica dos serviços por parte da gestão se coloca como um entrave. Quanto às supervisões institucionais, mesmo se tendo o recurso, poderá não ser liberado” (A5)

A supervisão, além de prover orientação técnica para as equipes, também auxilia na discussão da dinâmica de interação da própria equipe e da equipe com o território, sendo ainda um valioso dispositivo de aperfeiçoamento da gestão e de apoio à equipe terapêutica, nos aspectos relacionados à tensão laboral.

Anterior à supervisão clínico-institucional, o Ministério da Saúde, no sentido de aproximar saúde mental e atenção básica, editou uma circular “Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários”. Esse documento foi o responsável por delinear algumas diretrizes para essa aproximação, propondo o Apoio Matricial da Saúde Mental às Equipes da Atenção Básica.

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas da saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de referência. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização, através de intervenções junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (BRASIL, 2003, p.4).

Nesse contexto, a Comissão de Saúde Mental, após inúmeras discussões de avaliação desse processo de Saúde Mental na Roda, propõe novos arranjos organizacionais em rede, com a implementação de Apoio Matricial. Leia-se, nesse momento, com base nas normativas, na política, na medida em que se evidencia esse arranjo quando das assessorias, a partir da Saúde Mental na Roda.

Nesse sentido, Campos e Figueiredo (2008) chamam a atenção para o fato de que:

Se os profissionais não tiverem espaços de reflexão e formação permanentes para processá-las, que sejam capazes de realimentar constantemente a potencialidade do apoio matricial, enquanto arranjo transformador das práticas hegemônicas na saúde, isso pode dificultar o trabalho com apoio matricial (p.148).

As colocações das autoras supracitadas levam a interrogar: Seria mais uma vez a dificuldade de conectar a teoria à prática? Ou: Mesmo se podendo inferir que,

embora se mantenham os encontros semanais da CSM para discussão, articulação e avaliação dos rumos da Reforma Psiquiátrica no município, este ainda não seja um espaço compreendido como promotor de mudança, de trocas, de aprendizado? Seria então possível afirmar que o apoio matricial não seja mesmo reconhecido como tal?

As primeiras discussões junto à gestão, no sentido de viabilizar a contratação de profissionais como Apoiadores Matriciais, se iniciaram em agosto de 2007, autorizada em dezembro desse mesmo ano, com a contratação de um psiquiatra para toda a rede de atenção básica do município, por um período de 12 meses, quando o mesmo passou a participar das reuniões da CSM.

Em janeiro de 2008, o Ministério da Saúde editou a Portaria 154, que criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a finalidade de ampliar a abrangência e resolutividade da Atenção à Saúde, realizando apoio matricial e construindo articulações com os serviços de referência existentes, como os CAPSs.

Entretanto, Dejourns adverte que:

Nenhum dispositivo tecnológico, ou forma de organização do trabalho, é por si só “naturalmente” gerador de saúde ou de prazer no trabalho [...] o trabalho implica sempre um confronto com o real, um real que se deixa conhecer por sua resistência a se submeter aos conhecimentos e as diferentes formas de saber-fazer (DEJOURS, 2004, p. 304).

Assim, acredita-se que, o aumento da potência dos trabalhadores para gerir seus processos de trabalho, ampliando o seu grau de autonomia²¹, abrindo-se para a descoberta e exploração do seu potencial criativo e participativo na construção das políticas de saúde, possibilitará que eles transitem da dor ao prazer, sem que, com isso, se caia na banalização do sofrimento.

Ressalta-se que, apesar da existência desses dispositivos formais e legais relacionados à supervisão clínico-institucional e o apoio matricial, por si só, não há garantias de que as equipes tenham o suporte necessário para desenvolver seu trabalho adequadamente. Significa dizer que o papel de cada trabalhador nesse movimento é intransferível e essencial para a construção do coletivo.

²¹ Autonomia deve ser entendida como maior capacidade de compreender e agir sobre si mesmo e sobre o contexto, com protagonismo, com maior capacidade reflexiva e de estabelecer compromissos e contratos com os outros (CAMPOS, 2000).

Diante disso, parafraseando Ferla (2004), o desafio colocado aos profissionais, usuários e gestores da saúde é o de descobrir constantemente novas saúdes (p.104).

CONSIDERAÇÕES: PARA QUE OUTRAS DOBRADURAS SE FAÇAM

O processo de construção do Sistema Único de Saúde enfrenta, como um dos principais desafios, possibilitar, através de formulação e implementação de políticas e estratégias de mudança na gestão e atenção, a organização e o financiamento do sistema, no sentido de que se consolide o processo de mudança do modelo assistencial.

A Reforma Psiquiátrica ressaltou a necessidade de resgate dos direitos de cidadania para as pessoas em sofrimento psíquico, tendo início em 1980. Fortaleceu-se no decorrer da história de democratização brasileira e no consequente contexto gerado por esse processo: a Reforma Sanitária. Esse movimento percebia a importância de se modificar o modelo de saúde característico da época, centrado na hospitalização, por uma nova maneira de prestar assistência em saúde mental. Dessa forma, procurando perceber o indivíduo em seu aspecto integral, contemplando seu contexto biopsicossocial.

A Reforma Psiquiátrica iniciou-se como movimento social e tornou-se a política oficial de saúde mental no país. Quando examinamos a atual situação da implantação do SUS, dentro do qual está inserida a Reforma Psiquiátrica, como política estatal, observa-se dois grandes problemas para o avanço dessas políticas: as limitações do financiamento e as dificuldades na mudança do modelo assistencial, estas ligadas a problemas nas práticas clínicas no cotidiano dos serviços, de gestão e de formação.

Ao transitar entre a gestão, a assistência e, sobretudo, mais recentemente, a docência, percebi o abismo do conhecimento, não dos estudos relacionados aos modelos assistenciais em saúde mental, ou mesmo de ruptura do modelo hospitalocêntrico, ou até mesmo de coletivos organizados, mas do modo, ou seja, da forma de fazer acontecer a mudança, das implicações necessárias para que elas se concretizem. É no plano das práticas dos sujeitos e das instituições que a efetivação do SUS esbarra. Na dimensão micropolítica do trabalho da saúde está, portanto, um grande desafio: a criação, a inovação e o predomínio de força e lógicas implicadas efetivamente com o SUS.

Nesse contexto, partindo do entendimento de que uma produção científica agrega valor na medida em que parte de situações vividas no cotidiano dos serviços

de saúde, em busca de possíveis respostas aos inúmeros questionamentos que nos desafiavam, como trabalhadores de saúde, e da responsabilidade de devolver ao conjunto dos sujeitos envolvidos o resultado da investigação em questão, foi que emergiu o tema deste estudo. Tendo o propósito de compreender como se organiza o trabalho, em particular as relações e interações na Comissão de Saúde Mental de Santa Maria, buscando evidências de sua atuação como espaço intersseçor.

Para tanto, optou-se pelo estudo de caso, por se tratar de uma investigação detalhada de um grupo – a CSM, com vistas a prover uma análise do contexto e dos processos onde ela se encontra inserida. Ou seja, pela possibilidade de mergulhar profundamente, permitindo uma análise processual, contextual e longitudinal das várias ações, relações e implicações que ocorrem e são geradas a partir desse espaço.

Enfim, optou-se por esse método não no sentido de dar respostas, mas de levantar muitos outros questionamentos; no sentido da pesquisa, por si só, intervir na prática e na vida das pessoas; pela capacidade de o processo de pesquisa, especialmente em espaços participativos, afetar os sujeitos da pesquisa e o próprio pesquisador, pelas situações, reflexões e proposições que emergem desse espaço. Essas afetações podem ser entendidas como um dos efeitos gerados pela mudança de posição dos sujeitos pesquisados e, principalmente, da pesquisadora, como sujeito implicado nesse processo; o que, por um lado, dificultou a análise dos dados, levando a pesquisadora à negação do que estava sendo encontrado. Este outro olhar “por dentro” desse espaço, inicialmente idealizado, mexeu não só com a pesquisadora, por provocar uma autoanálise de sua participação no processo de construção dessa comissão. Ele também possibilitou evidenciar, durante a coleta de dados, os movimentos reflexivos dos membros da CSM acerca da importância daquele momento para “revisão” do processo de trabalho da comissão; do papel como trabalhador em saúde no contexto do SUS; do protagonismo dos diferentes atores que participavam desse espaço no contexto da Reforma Psiquiátrica, em nível local.

Por fim, a opção por desenvolver este estudo deu-se principalmente pela possibilidade da produção de um conhecimento com sentimento e vontade, motivado por afetos e pela alteridade, conhecimento que é conhecido como nômade.

Nesse sentido, este estudo se propôs a abrir, tramar, desdobrar e mobilizar as inquietudes de um fazer em saúde, na construção de uma política pública, na

perspectiva de consolidação da Reforma Psiquiátrica no microespaço político do Município de Santa Maria/RS, sendo que buscou colocar os “pontos na agulha”, no desvelar da Comissão de Saúde Mental – CSM.

Vale ressaltar que a necessidade desse espaço, o da CSM, se deu em função das diferentes dificuldades encontradas para a concretização das propostas preconizadas pela Reforma Psiquiátrica no município. Dificuldades estas que ocorriam, e ainda ocorrem, no âmbito da gestão, da assistência, do ensino e do controle social, representadas pela falta de articulação entre os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde Mental, entre as instituições ensino superior e serviços, entre a Rede de Atenção à Saúde Mental e a Rede de Atenção Básica.

É possível, a partir da análise dos achados empíricos deste estudo, que esses aspectos possam ser compreendidos pela pouca valorização dos gestores municipais com relação às políticas públicas de saúde, especialmente a de saúde mental; pela falta de investimento do poder público na área; pelo desconhecimento dos trabalhadores de saúde que atuam na Rede de Atenção à Saúde do município quanto aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, ou seja, a organização da rede de serviços, dentre outros; e também pela baixa qualificação dos trabalhadores de saúde para operar com as novas tecnologias em saúde mental. No âmbito das práticas de gestão, está uma das constatações predominantes do estudo, quando se verifica que o espaço da CSM opera como uma caixa de ressonância de ruídos no processo de gestão. Em particular, quando essas práticas parecem incidir no sentido de esgotar o SUS de sua potência ética de defesa da vida, e torná-lo apenas um conjunto de normas e procedimentos operacionais que precisam ser seguidos.

Quanto às instituições formadoras, observou-se um afastamento das mesmas do cotidiano dos serviços, assim como a falta de preparo dos usuários para ocupar esses espaços de construção e consolidação dessa política, no âmbito municipal.

Cabe destacar que, desde a sua criação, a CSM configura-se como um importante espaço de interlocução, constante entre os serviços de saúde mental e, principalmente, as unidades de saúde. Ressalta-se que foi a partir da CSM que se iniciaram as ações de articulação entre a saúde mental e a Atenção Básica, por meio da “Saúde Mental na Roda”, que deu origem às “Assessorias em Saúde Mental para Rede de Atenção Básica”.

Considerando a complexidade da área de saúde mental para intervir no sofrimento, e principalmente pensando na concretização da Reforma Psiquiátrica,

onde é constante a busca da reconstrução do sujeito, evidenciou-se que, para que isso ocorra, há necessidade de conformação de espaços coletivos, como o da CSM, que possibilitem a reflexão crítica, a produção de subjetividade e, conseqüentemente a constituição de sujeitos.

Contudo, tamanha complexidade não diz de uma complicação, mas, sim, de possibilidades de combinações para desenhos de novos trajetos, atos de inventar, de experimentar. Encontros que busquem sempre a invenção de saídas, a combinação de diferenças que produzam o novo.

Observou-se que, para atuar no campo da saúde mental, apesar de todas as leis e portarias, o agir em saúde mental se efetivará a partir dos encontros cotidianos, das relações, nos “entres”, em espaços intersseçores.

Constata-se, assim, que produção de saúde implica em produção social, política, técnica e subjetiva; ela está na dependência da ação dos sujeitos, na micropolítica que opera nesse espaço. Dito de outra forma, na saúde mudar, impactar (produzir impacto). E isso é possível a partir do encontro, do criar, do experimentar da vida no cotidiano do trabalho, em processos que afetem e se deixem afetar no seu modo de ser, pensar e agir sobre a realidade.

Infere-se que tanto as reuniões da CSM como as intequipes podem constituir-se como importantes dispositivos no tecer da rede de atenção à saúde mental no município, propiciando um compartilhamento de responsabilidades. Nesse âmbito e para responder ao objetivo deste estudo, a comissão se constituiu em espaço intersseçor para a emergência de dispositivos dessa ordem. Mais do que o efeito de caixa de ressonância das crises da gestão e do que potência para invenção de dispositivos para resistir às crises da gestão, a comissão parece operar como um espaço de educação permanente em saúde, onde os problemas do cotidiano são postos a circular em coletivos em roda e, entre pesares e crises, buscam-se novos patamares de capacidade de enfrentamento. Mesmo quando, como se viu na discussão circular da “identidade” institucional da comissão, a tendência à institucionalização, tal qual canto de sereia, procura sequestrar a potência micropolítica dos encontros.

Logo, aposta-se em espaços coletivos, como os da CSM, por configurarem-se como espaços concretos, de lugar e tempo, destinados à comunicação, à escuta, à circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade, assim

como de elaboração e tomada de decisão, buscando e possibilitando novos caminhos instituintes.

No entanto, devemos considerar que essas buscas tornar-se-ão possíveis, se operadas no cotidiano do trabalho em saúde. Cotidiano este, que opera como uma dobra, onde convivem os mundos do instituído e instituinte, produzindo estranhamentos, linhas de fuga e ruídos. E que é neste cenário de mundos possíveis que nos encontramos, como trabalhadores de saúde.

Isso posto, espera-se que este estudo impulse a busca de novas tecnologias na gestão em saúde, e contribua na proliferação de novos saberes em saúde mental, na medida em que deixa à mostra várias pontas de fios que ainda podem ser puxadas do emaranhado de informações que produziu.

REFERÊNCIAS

ALTOÉ, Sônia (Org.). René Lourau: analista em tempo integral. In: HESS, Remi. **O movimento da obra de René Lorau (1933-2000)**. São Paulo: Hucitec, 2004.

ALVES, D. S.; Guljor, A. **O cuidado em Saúde Mental**. . IN: PINHEIRO R, MATTOS R.A.(Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj: Abrasco, 2004. p.221-240.

ALVES-MAZZOTTI, A. J., GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais – Pesquisa Quantitativa e Qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.

AMARANTE, P. D. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, P. D., GULJOR, A. P. Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: a (Re) construção da Demanda no Corpo Social. In: PINHEIRO R, MATTOS R. A, organizadores. **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj: Abrasco, 2005.

AMARANTE, P. D. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. **Temas em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz 3ª reimpressão, 2008a.

AMARANTE, P. **Saúde Mental, Formação e Crítica**. Organizado por Paulo Amarante e Leandra Brasil da Cruz. Rio de Janeiro: Laps, 2008b, 100p.

AREJANO, C. B. **Reforma Psiquiátrica**: uma analítica das relações de poder nos serviços de atenção a saúde mental. Pato Branco: Rotta; 2006.

BECK, C. L. C.; DENARDIN, M. de L.; GONZÁLES, R. M. B. **A Banalização das Crises Vivenciadas pelas Enfermeiras no Mundo do Hospital**. Rev. Téc-cient. Enfermagem 2005;3(13):479-85.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BAREMBLIT, Gregório. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**. 5. ed. Belo Horizonte - MG: Instituto Felix Guattari, 2002.

BARROS, R. B. & BARROS, M. E. B. de. **Da Dor ao Prazer no Trabalho**. In: SANTOS-FILHO, S. B., BARROS, M. E. B. de, org. *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: ed. Unijuí, 2007. – 272p.- Coleção saúde coletiva.

BARROS, R. B. & PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*. V. 10, n ° 3. Rio de Janeiro. Jul./set. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (**Resolução, n. 196/96**). Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília: 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **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: nov. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 78 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

CAMPOS, GW de S. **Um Método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli & SOARES, Cássia Baldini. **A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (2): 621-628, 2003.

CAMPOS, BRAGA, F. C. **O modelo da Reforma Psiquiátrica brasileira e as modelagens de São.** Campinas e Santos. Dissertação UNICAMP, 2000.

CAVALHO, Yara Maria de & CECCIM, Ricardo Burg. **Formação e Educação em Saúde: Aprendizados com a Saúde Coletiva.** In: Tratado de Saúde Coletiva. CAMPOS et al (orgs). São Paulo, SP. Editora Hucitec; Rio de Janeiro, RJ. Editora Fiocruz, 2006, 2 ed. 2008a.

CECCIM, Ricardo Burg e FEUERWERKER, Laura C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** *Physis: Revista de saúde coletiva*, vol.14, n.1, pp. 41-65, UERJ/REDESIRIUS/PROTAT, Rio de Janeiro, 2004.

CECCIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. V. 9, n. 16, p. 161-177, set 2004/fev2005.

_____. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciências & Saúde Coletiva.** ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Vol. 10, nº. 4, out./dez. 2005.

_____. **Equipe de saúde: perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos.** In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. Cuidado: as fronteiras da integralidade, 3ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2006b. p. 259-278.

CECCIM, R. B., FERLA, A. A. **Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde.** In: PINHEIRO R, MATTOS R. A., organizadores. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

CECCIM, R. B. et. al. **Autogestão no trabalho com/em equipes de saúde: estudantes agindo o Sistema Único de Saúde.** In: PINHEIRO, R. et. al. org. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERj: CEPESC:ABRASCO, 2007. 208p.

CECCIM, R. B. **A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades** Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008b.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras**. Trabalho, educação e saúde, v.6, n.3 p.443-456, nov. 2008/fev.2009.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. **Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, V.13, supl.I, p.531-42, 2009.

Curceli, D. N. **O CAPS e seus “entres”**: Encontros para a produção de uma política-clínica no espaço público Trabalho de conclusão do Programa de aprimoramento profissional em Saúde Mental. UNICAMP. Campinas-SP, 2009

DEJOURS, Christophe **“Entre o sofrimento e reapropriação: o sentido do trabalho.”** In Christophe Dejours: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. LANCMAN, Selma e SZNELWAR (orgs) Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 303-316.

DELEUZE, G. Foucault. Tradução Claudia Sant’Anna Martins; revisão da tradução Renata Ribeiro. São Paulo: Brasiliense, 2006.

DELEUZE, Gilles – **Conversações**; tradução de Peter Pál Pelbart. – São Paulo: Editora 34, 7ª Reimpressão, 2008.

FERLA, A.A. **Participação da População: do Controle sobre os recursos a uma Produção Estética da Clínica e da Gestão em Saúde**. In: Physis: revista de saúde coletiva. vol. 14,n.1.Rio de janeiro;UERJ/REDESIRIUS/PROTAT,2004.

FIGUEIREDO, M. D; CAMPOS, R. O. **Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de rede multicêntrica**. Saúde Em Debate. Rio de Janeiro V. 32, n.78/79/80, jan/dez 2008

FONSECA, T. M. G. **A Reforma Psiquiátrica e a difícil reconciliação**. In: T. M. G. Fonseca, S. Engelman & C. M. Perrone (Orgs.), *Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil reconciliação* (pp.29-52). Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Ed. Graal, 26ª ed. Rio de Janeiro, 2008.

FRANCO, T. B. **As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde.** In: PINHEIRO R, MATTOS R. A., organizadores. *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, 486p.

FRANCO, T. B. **Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do SUS.** *Interface-Comunicação, Saúde, Educação.* 2007.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDIM, J. R. **O consentimento informado.** In: VICTORA et al. *Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema.* Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000, 136p.

GUIZARDI, F. L. e PINHEIRO, R. **Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais.** In: PINHEIRO R, MATTOS R. A, organizadores. *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, 486p.

HOUAISS, A. e VILLAR, M. de S. *Minidicionário da língua portuguesa.* Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/A Ltda, 2ed. rev. e aum. OBJETIVA, Rio de Janeiro, 2004.

KANTORSKI, Luciane. **Saúde mental e integralidade na construção da cidadania.** Monografia, 93f. (Especialização em Saúde Mental Coletiva) Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 1992.

KANTORSKI, L. P. et al. **Uma proposta de avaliação quantitativa e qualitativa de serviços de saúde mental: contribuições metodológicas.** *Saúde Em Debate.* Rio de Janeiro V. 33, n. 82, maio/ago. 2009.

KASTRUP, V. **A Psicologia na rede e os novos interseções.** In: Fonseca, T. M. G., FRANCISCO, D. J. (org.). *Formas de ser e habitar a contemporaneidade.* Porto Alegre: UFRGS, 2000.

LANCETTI, A. **Prevenção, preservação e progresso em Saúde Mental.** *Saúde loucura* 1. São Paulo, Ed. Hucitec, 1989, p. 75-90.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 3 ed.,2008,127p.Saúde e Loucura; 20.Série Políticas do Desejo; 1.

LEOPARDI, M. T et al. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. UFSCS/ Pós-Graduação em Enfermagem, Florinópolis, 2001.

LUDKE, M., ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 2007.

MAIA, M. A. B. **O corpo invisível do trabalho: cartografia dos processos de trabalho em saúde** / Miguel Ângelo Barbosa Maia. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Departamento de Psicologia. Rio de Janeiro, 2006.

MARTINS, G. de A. **Estudo de Caso: uma estratégia de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

MATURANA. **Da Biologia à Psicologia**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

MELLO, M. F. de; MELLO, A. A. F. de; KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MERHY E. E., ONOCKO R. **Práxis em salud um dasafio para lo público**, Ed. Lugar, Buenos Aires, 1997 .

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002a.

_____. **O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido**. Campinas: arquivo eletrônico Word, 2002.

_____. **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial**. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. 2004. Disponível em <http://páginas.terra.com.br/saude/merhy>.

_____. Engravitando Palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO R, MATTOS R. A, organizadores. **Construção Social Da Demanda:direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj: Abrasco, 2005.

_____. Integralidade: implicações em xeque. In: PINHEIRO R, FERLA, A. A. e MATTOS R. A, organizadores. **Gestão Em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EDUCS: IMS/UERJ/CEPESC, 2006.

_____. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o Sus no cotidiano - o debate no campo da saúde coletiva**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. de S. (org) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 25 ed. 2004.

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

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 10 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

NIETZSCHE, F. Nietzsche: vida e obra. São Paulo: Nova Cultural, 1999 (Coleção Os Pensadores).

PAIM, J. S., TEIXEIRA, C. F. (2006). **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. Rev. Saúde Pública. São Paulo, v. 40, p.73-78, n.esp.

PASSOS, E. BENEVIDES DE B., R.; **A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 16, n. 1, p.71-79, 2000.

PIMENTA, A. L. **Saúde de Amparo: a construção de espaços coletivos de gestão**. Campinas, SP: [s.n.], 2006.

PINHEIRO, R. et. al. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações Sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade. In: PINHEIRO R, MATTOS R. A, organizadores. **Construção Social Da Demanda:direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj: Abrasco, 2005.

PINTO, J. C. S. **“Integralidade, Clínica Ampliada e Transdisciplinaridade: conceitos para a potencialização das práticas em Saúde Mental”**. Dissertação. Niterói-RJ, 2007.

REIBNITZ, K.S. **Profissional Crítico - Criativa em Enfermagem: a construção do espaço intersejor na relação pedagógica**. Tese Doutorado, UFSC, Florianópolis, 2004, 145p.

RIBEIRO, C. J. S. **Plano Grupal Transdisciplinar**: cartografando uma equipe de saúde mental. Dissertação, 99f. (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

ROLNIK, S.. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2007, 247p.

ONOCKO-CAMPOS, R. **O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 10(3) : 573-583, 2005.

SANTOS, M. Pensando o espaço do homem. São Paulo: Edusp, 2004.

SILVA, P. L. et al. A interface saúde mental e atenção básica. **Boletim da Escola de Saúde Pública**. 18 (2): 141-155, SES/RS, 2004.

SILVA, A. L. **O colegiado como dispositivo para a prática gerencial dos serviços de saúde: um estudo de caso**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.29, n.69, p.36-42, jan/abr. 2005.

STEWART, K. **On the politics of cultural theory: a case for 'contaminatde' critique**. Social Research, 58(2), 1991.

TERRA, M. G et al. Saúde Mental: do velho ao novo paradigma - uma reflexão. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem**. 2006 dez, 10(4):711-7.

TÓFOLI, L. F. **Desinstitucionalização e integralidade no Sertão**. Cearence. In: PINHEIRO et.al. Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro. CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. 284p.

VASCONCELOS, C.M. de; PASCHE, D. F. **O Sistema Único de Saúde**. In: CAMPOS, G. W. S. [et al.]. – Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. trad. Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

ZORZETTO, R. et al. Pesquisa em saúde mental na América Latina: avanços e desafios. In: MELLO, M. et al. **Epidemiologia da saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Ofício ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde

Sra. Hedionéia Pivetta

Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEPS

Santa Maria/RS

Assunto: Realização de Pesquisa.

Prezado Senhora

Ao cumprimentá-la cordialmente, dirijo-me a Vossa Senhoria, na intenção de solicitar permissão para desenvolver uma pesquisa junto à Comissão de Saúde Mental do Município de Santa Maria/RS. Tal pesquisa dará origem à Dissertação de Mestrado, a qual faz parte das exigências do Coordenador do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, do qual sou aluna mestranda.

O objetivo geral deste estudo é “compreender como se organiza o trabalho, em particular as relações e interações na Comissão de Saúde Mental, buscando evidenciar a consolidação da Reforma Psiquiátrica no contexto do SUS, na esfera municipal.

A relevância do estudo está no fato de ser este espaço de construção coletiva, da **Comissão de Saúde Mental**, Reforma Psiquiátrica na efetivação do SUS, na esfera municipal.

A abordagem do estudo será qualitativa, do tipo Estudo de Caso e as técnicas a serem utilizadas serão: análise de documentos, observação sistemática e grupo focal com informantes-chave, a partir da participação nas reuniões da CSM.

Como pesquisadora, assumo o compromisso de, tão logo a pesquisa esteja concluída, como *locus* devolver à comissão os dados encontrados.

As atividades acima referidas de coleta de dados serão desenvolvidas no ano de 2009, com início provável para o mês de janeiro e término em agosto do mesmo ano.

Diante disso e considerando a sensibilidade e a contribuição privilegiado, e tendo o desafio de analisar e revelar o sentido e a direcionalidade da que este estudo dará para construção do conhecimento científico da Enfermagem e da Saúde Pública, não só no âmbito da academia, mas também da nossa sociedade, e, em especial, para a gestão local do SUS.

Atenciosamente

Luciane Silva Ramos

Mestranda do PPGEnf – UFSM

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

Projeto de Pesquisa: ENTRE FIOS E DOBRAS: O TECER DA REFORMA PSQUIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS

Coordenadora da Pesquisa: **Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck**

Eu,, informo que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, que a pesquisa "Entre fios e dobras: o tecer da Reforma Psiquiátrica no município de Santa Maria/RS", coordenada pela Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck, é o projeto de dissertação do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Ela tem como objetivo compreender como se organiza o trabalho, em particular as relações e interações na Comissão de Saúde Mental, buscando evidenciar a consolidação da Reforma Psiquiátrica no contexto do SUS, na esfera municipal.

A justificativa para a realização desta pesquisa está na intenção de conhecer mais profundamente aspectos do processo de trabalho da Comissão de Saúde Mental do município de Santa Maria/RS. Como benefício indireto, a partir dos resultados obtidos neste estudo, pretende-se traçar estratégias de fortalecimento desta comissão e, conseqüentemente, da consolidação da Reforma Psiquiátrica neste município.

A coleta de dados será por meio de análise documental, observação sistemática e grupo focal. As sessões do grupo focal serão gravadas e após transcritas. As informações serão agrupadas com outras fornecidas por outros participantes deste estudo, de modo que não serei identificado. Todos os dados coletados, depois de organizados e analisados pelos pesquisadores, poderão ser divulgados e publicados, ficando estes (os pesquisadores) comprometidos em apresentarem o relatório final nesta comissão, para que possamos, efetivamente, conhecer a nossa realidade.

Fui igualmente informado de que tenho assegurado o direito de:

- receber resposta a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa;
- a qualquer momento, retirar meu consentimento, e deixar de participar do estudo, sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália;
- não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa;
- os pesquisadores desta investigação se comprometem a seguir o que consta na Resolução nº 196/96 sobre pesquisas em seres humanos;
- minha participação é isenta de despesas e minha assinatura representa o aceite em participar voluntariamente do estudo.

Ciente e de acordo com o que foi exposto, concordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria, ____ de ____ de 2009

Assinatura do informante e N° do RG

Luciane Silva Ramos
Pesquisadora Orientanda

Carmem Lúcia Colomé Beck
Pesquisadora Orientadora

Para maiores informações:

Luciane Silva Ramos. Fone (55) 32181033. email: luciane_silva_ramos@yahoo.com.br

Profa. Dra. Carmem L. C. Beck. Tel: (55)3220 8263; e-mail: carmembeck@smail.ufsm.br

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar –

Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria/RS - tel.: (55) 32209362 - email:

comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE C - Roteiro para Análise Documental

1. Quais são os principais temas de discussão da Comissão de Saúde Mental?
2. Evidências de protagonismo dos diferentes sujeitos.
- 3 Assinaturas presenciais, vocalizações e formação da pauta.
4. Evidências do processo de trabalho da CSM.
5. Proposições/ encaminhamentos da CSM.

APÊNDICE D – Roteiro para Observação Sistemática

Observar:

1. Quem coordena as reuniões?
2. Como a Comissão de Saúde Mental vem atuando no contexto da Reforma Psiquiátrica, no município?
3. Qual a contribuição da CSM no contexto da Reforma Psiquiátrica, no município?
4. Como é o ambiente e a atuação dos atores?
5. Como são discutidas as ofertas assistenciais?
6. Como é a relação entre os sujeitos, na dinâmica da comissão (tensões, protagonismo, etc.)?
7. Que tipo de tecnologias são construídas e utilizadas pela CSM nas discussões e encaminhamentos mais relevantes?
8. Quais as discussões mais relevantes, em termos de ruídos e linhas?

APÊNDICE E – Roteiro para o Grupo Focal

Grupo Focal nº:

Data: ____/____/2009

Dados de Identificação:

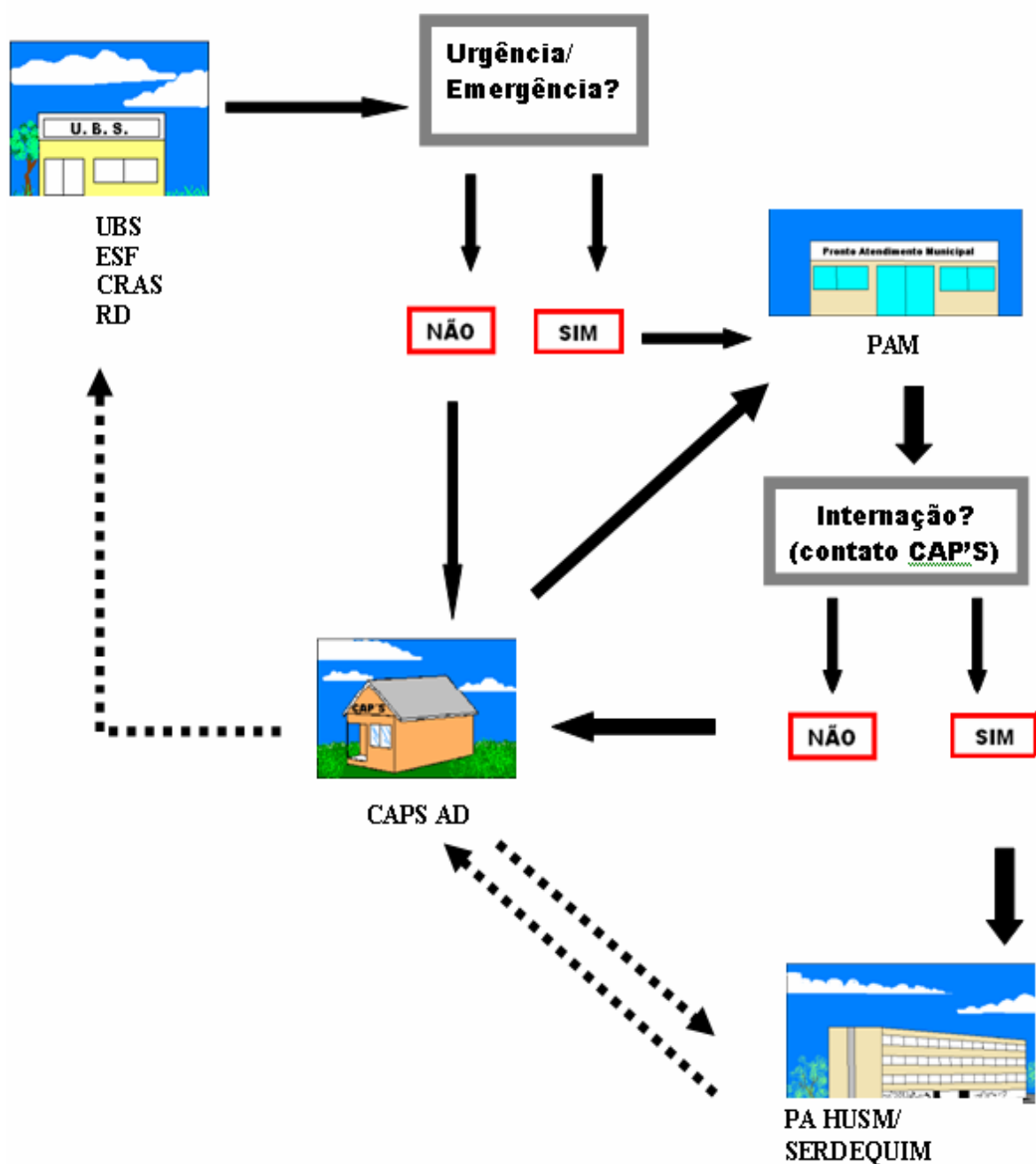
- 1 - Sexo: () F () M
- 2 - Grau de Instrução: () I grau () II grau () superior
- 3 - Representa na Comissão de Saúde Mental (CSM):
() gestão
() trabalhador de serviço de saúde mental
() trabalhador da rede de Atenção Básica
() instituição formadora
() outros serviços
- 4 - Tempo de participação na CSM:
() – de 1 ano
() + de 1 ano
() + de 2 anos
() + de 3 anos

Roteiro de perguntas:

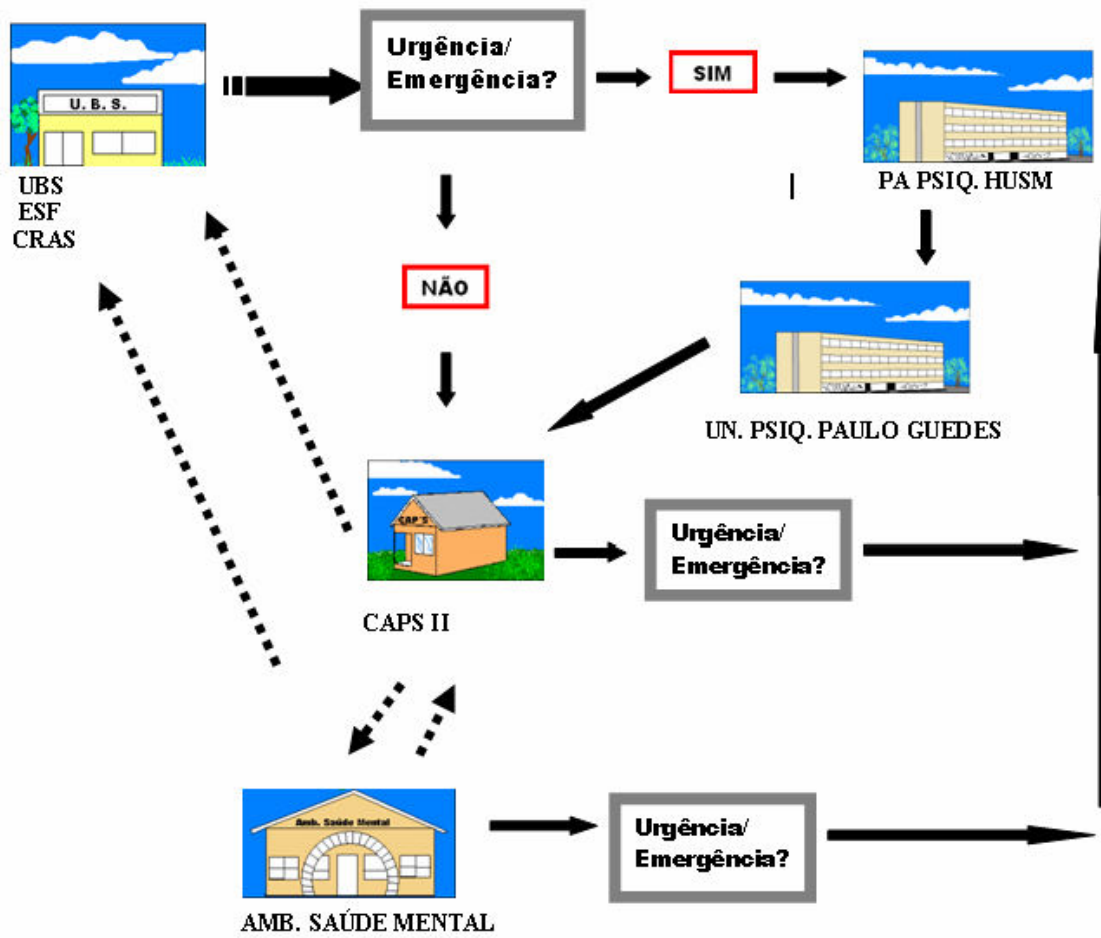
1. Que lugar a Comissão de Saúde Mental ocupa no microespaço político do município, no sentido de consolidar a Reforma Psiquiátrica?
2. Como é percebida a atuação da Comissão de Saúde Mental, no contexto da Reforma Psiquiátrica, no município?
3. Existem espaços de governabilidade, na relação da CMS com a Política de Saúde, na esfera municipal?
4. É percebida alguma mudança na organização da rede de atenção à saúde do município, a partir da CSM?
5. Como é vivenciado este processo da consolidação da Reforma Psiquiátrica, no contexto do SUS?

APÊNDICE F - Fluxogramas construídos pela Comissão de Saúde Mental do Município de Santa Maria / RS

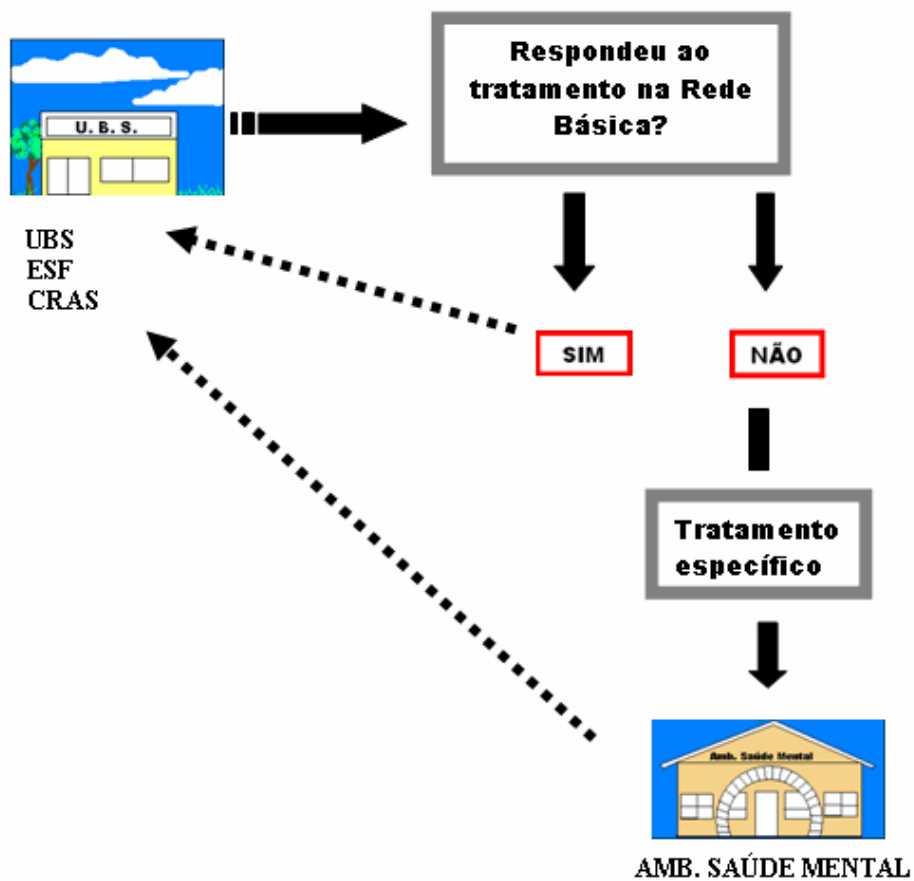
Rede de Atenção à Saúde Mental
Usuários de Álcool e outras Drogas (adultos)

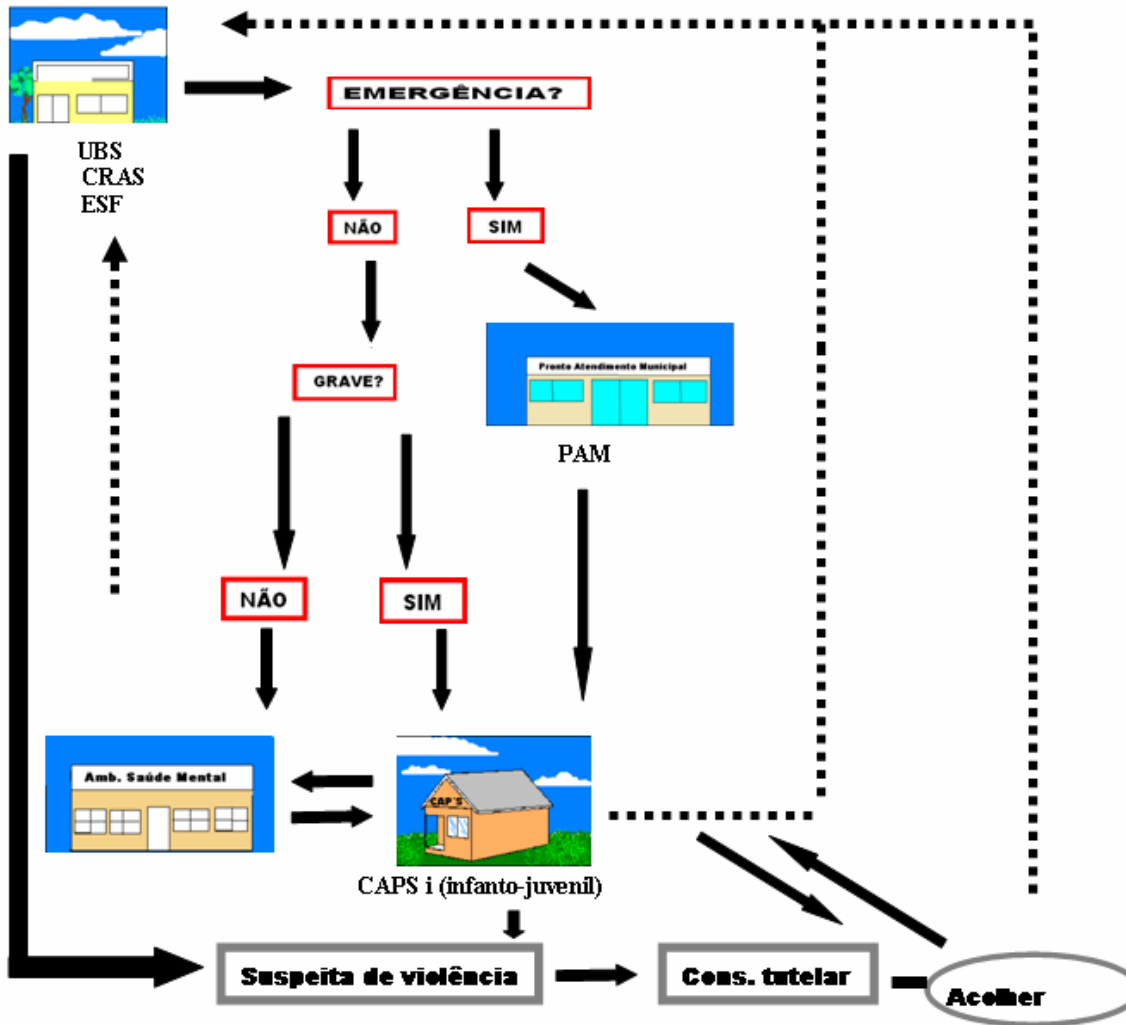


Rede de Atenção à Saúde Mental Sofrimento Mental **Grave**



Rede de Atenção à Saúde Mental Sofrimento Mental **Leve/Moderado**





ANEXOS

ANEXO A**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do projeto: ENTRE FIOS E DOBRAS: O TECER DA REFORMA PSQUIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS

Pesquisadora orientanda: Luciane Silva Ramos

Pesquisador responsável (Orientadora): Carmem Lúcia Colomé Beck

Instituição/Departamento: Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Enfermagem

Telefone para contato: 55 84064397 (Carmem Lúcia Colomé Beck)

Local da coleta de dados: Secretaria de Saúde do Município de Santa Maria



Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos pesquisados, cujos dados serão coletados por meio de análise documental, observação sistemática e grupo focal. Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a responsabilidade de Luciane Silva Ramos, em sua casa, compondo um banco de dados qualitativo. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 18./12./2008, com o número do CAAE 0283.0.243.000-08.

Santa Maria,dede 200.....

Luciane Silva Ramos
RG: 8019683104

Carmem Lúcia Colomé Beck
RG: 3016441473

ANEXO B

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Entre fios e dobras: O tecer da Reforma Psiquiátrica no Município de Santa Maria/RS.

Número do processo: 23081.019090/2008-11

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0283.0.243.000-08

Pesquisador Responsável: Carmem Lúcia Colomé Beck

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho

Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP: **Janeiro/2010-Relatório final**

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 18/12/2008

Santa Maria, 26 de Dezembro de 2009.



Lissandra Dal Lago

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM
Registro CONEP N. 243.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)