

COMISSÃO DE SAÚDE MENTAL: ESTRATÉGIAS NA BUSCA DE ESPAÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA

MENTAL HEALTH COMMISSION: STRATEGIES FOR CREATION OF INTERFACE IN PRIMARY CARE

COMISIÓN DE SALUD MENTAL: ESTRATEGIAS EN BUSCA DE ESPACIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Luciane Silva Ramos^I
Carmem Lúcia Colomé Beck^{II}
Natiellen Quatrin Freitas^{III}
Caliandra Marta Dissen^{IV}
Marcelo Nunes da Silva Fernandes^V
Isabel Cristina dos Santos Colomé^{VI}

RESUMO: Objetivou-se identificar estratégias para construção de espaços da Comissão de Saúde Mental junto à gestão municipal de atenção básica. Pesquisa do tipo estudo de caso, de abordagem qualitativa, com dados coletados por meio de análise documental, observação e grupo focal, com 11 participantes, no município de Santa Maria/RS, no ano de 2009. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo. Identificou-se a busca de espaços da comissão junto à atenção básica do município por meio de quatro estratégias: levantamento da realidade; participação em discussões sobre saúde mental com a gestão do município; formalização da comissão; e organização de um evento em saúde mental. Destaca-se a utilização de estratégias em busca de espaços democráticos, de controle social e de educação permanente em saúde, aspectos relevantes para uma gestão participativa. A comissão configurou-se como espaço de interlocução entre os serviços de saúde mental e, principalmente, as unidades de saúde.

Palavras-chave: Saúde mental; atenção primária à saúde; gestão em saúde; enfermagem.

ABSTRACT: This research aimed at identifying strategies used by the Mental Health Commission to create interfaces with the municipal primary health care management. Case study research with qualitative approach. Data was collected through document analysis, observation, and focus group, with 11 participants, in the city of Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil, 2009. Data was treated on the basis of content analysis. Four strategies were identified for creation of interface by the Commission, namely, survey of reality; engagement in discussions on mental health with local authorities; formalization of the commission; and organization of an event on mental health. The use of strategies in pursuit of democratic spaces, social control, and continuing health education stand out as relevant aspects for participative management. The commission is configured as a dialogue locus between mental health services and health units, in particular.

Keywords: Mental health; primary health care; health management; nursing.

RESUMEN: Objetivo: Identificar estrategias para construcción de espacios de la Comisión de Salud Mental con la gestión municipal de atención primaria. Investigación de tipo estudio de caso con enfoque cualitativo, con los datos recogidos por análisis documental, observación y grupo focal, con 11 participantes, en la ciudad de Santa Maria/RS-Brasil, en 2009. Los datos fueron sometidos al análisis de contenido. Se identificó el espacio de búsqueda de la comisión, junto con la atención primaria en la ciudad, por cuatro estrategias: levantamiento de la realidad; participación en discusiones sobre salud mental con la gestión del municipio; formalización de la comisión; y organización de un evento en salud mental. Se destaca el uso de estrategias en la búsqueda de espacios democráticos, de control social y educación continua en salud, aspectos pertinentes para una gestión participativa. El comisión se configuró como espacio de diálogo entre los servicios de salud mental, especialmente, las unidades de salud.

Palabras clave: Salud mental; atención primaria a la salud; gestión en salud; enfermería.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil constituiu-se em um movimento que revolucionou as ações em saúde mental, uma vez que propõe a criação de no-

vas alternativas na assistência e visa o resgate dos direitos de cidadania dos portadores de transtornos mentais¹.

^IEnfermeira. Mestre em Enfermagem. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: luciane_silva_ramos@yahoo.com.br

^{II}Doutora em Enfermagem. Docente Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: camembeck@gmail.com

^{III}Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: natiellen.freitas@yahoo.com.br

^{IV}Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: kalidissen@yahoo.com.br

^VEnfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: marcelonfs@gmail.com

^{VI}Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: enfbel@yahoo.com.br

O campo da saúde mental é um campo de conhecimento e de atuação complexo, plural, intersetorial e com muita transversalidade de saberes². Neste contexto, destaca-se a importância da atuação dos trabalhadores em saúde mental, pois constantemente convivem com os desafios e contradições dessa área de atuação e das políticas de saúde vigentes.

Dessa forma, com base na possibilidade de efetivação da reforma psiquiátrica pautada em uma atuação em conjunto dos trabalhadores, foi criado em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil um espaço de discussão entre os trabalhadores que atuam em saúde mental, organização essa designada como *Comissão de Saúde Mental (CSM)*.

Essa Comissão foi criada com a finalidade de refletir sobre a reforma psiquiátrica no município e, a partir disso, reorientar a assistência da realidade dos serviços de saúde mental e da necessidade de redesenhar a rede municipal de atenção à saúde mental.

Desta forma, propõe-se relatar neste estudo como se deu a implantação da referida CSM e sua trajetória na busca de consolidação como espaço intercessor essencial na gestão dos serviços de saúde municipais. Usa-se o termo espaço intercessor para designar o espaço de relação que se produz no encontro de sujeitos, isto é, nas suas interseções^{3,4}.

Nessa linha, este estudo justifica-se no sentido de contribuir com outras realidades, para que iniciativas como essa possam impulsionar a busca de novas tecnologias na gestão em saúde e contribuir na socialização de novos saberes em saúde mental.

Assim, o objetivo deste estudo foi identificar estratégias para a construção de espaços da CSM junto à gestão municipal de atenção básica.

REVISÃO DE LITERATURA

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira caracteriza-se por uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças, como a superação do modelo manicomial, demarcada por denúncias de violência e maus-tratos aos doentes mentais de longa permanência em hospitais públicos feitas, principalmente, pelos trabalhadores de saúde mental¹. Destaca-se, nesse sentido, a necessidade de profissionais nos serviços de saúde inseridos nesse contexto de mudanças capazes de garantir uma assistência humanizada e resolutiva, oportunizando a construção de vínculo entre os sujeitos envolvidos nesse processo⁵.

Nessa perspectiva, o movimento de Reforma Psiquiátrica vem configurar um processo inovador, original e prolífero, permeado por uma série de iniciativas práticas de transformação, com conseqüente surgimento de novos atores e protagonistas, e uma emergente produção teórica, na qual novas questões surgem no cenário do campo da saúde mental⁶.

Esse processo trata de um projeto de horizonte democrático e participativo, no qual os protagonistas são os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), os trabalhadores em saúde, assim como os usuários e seus familiares, caracterizando-se por um protagonismo insubstituível⁷.

Nesse âmbito, percebe-se que a construção de um sistema assistencial em saúde mental, constituído de um imaginário cultural e de uma rede de laços sociais inspirados nos princípios da Reforma Psiquiátrica, exige que a criatividade e a reflexão crítica estejam presentes e encontrem maneiras de delinear os desafios que este horizonte de transformação enfrenta, nas condições da realidade vivenciada⁸.

Compreende-se, assim, que existem dificuldades para efetivar políticas de atenção em saúde mental que sejam baseadas na horizontalidade e que respeitem os preceitos da Reforma Psiquiátrica, fazendo-se necessário um trabalho de conexão com o coletivo, com os movimentos sociais e com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde, para implementação destas políticas⁹.

A partir desse legado, o processo da Reforma Psiquiátrica potencializa-se com a realização de sucessivas conferências de saúde mental, no sentido de construir 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 época¹.

Nesse sentido, evidencia-se que novas formas de organização, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, o entrelaçamento entre estratégias de cuidado e estratégias de responsabilização ou interpelação do sujeito, se configuram como aspectos relevantes para atuação de trabalhadores capazes de levar adiante o processo de transformação defendido pelo ideário reformista⁷.

Assim, faz-se urgente novas formas de pensar a gestão e o trabalho em saúde mental, apontando para uma constante articulação entre os diferentes setores da sociedade, a inclusão da saúde mental na atenção básica, entre outros aspectos, buscando-se ampliar os espaços de discussão para efetivar a Reforma Psiquiátrica brasileira. Dessa forma, o processo pode avançar, sendo marcado por impasses, desafios e conflitos, no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais entre os envolvidos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa do tipo 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 definidos¹⁰.

A pesquisa foi desenvolvida junto à CSM de um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil, localizado no centro do Estado, que conta em sua Rede de Atenção Básica à Saúde com 31 serviços [18 unidades básicas de saúde (UBS) e 13 unidades de saúde da família (USF)], distribuídos em regiões sanitárias¹.

Compuseram este estudo todos os participantes da CSM, ou seja, 11 integrantes da CSM, entre eles: trabalhadores dos serviços de saúde mental e de outros serviços de atenção à saúde do município; docentes de cursos da saúde e acadêmicos, os quais conheciam a realidade de saúde mental do referido município.

Foram utilizadas a metodologia de análise documental, a técnica observacional e o grupo focal. Referente à análise documental, foram examinadas todas as atas relativas ao período de agosto de 2006 a setembro de 2008, ou seja, desde a abertura do livro até o último registro do ano de 2008, totalizando 72 atas, as quais foram disponibilizadas pelo Coordenador da Política de Saúde Mental.

Quanto análise documental, o intuito foi identificar aspectos como: datas e pautas das reuniões, participantes e os encaminhamentos resultantes de cada reunião, o que favoreceu o entendimento da dinâmica de funcionamento da CSM.

Em relação à técnica observacional, utilizou-se um roteiro e um observador nas reuniões da CSM, no sentido de captar dados, considerando-se que as manifestações dos participantes ocorriam de maneira verbal e não verbal e o registro foi feito em um diário de campo. As observações foram previamente agendadas com o grupo e ocorreram no período de março a abril de 2009, durante as reuniões da CSM, com duração aproximada de duas horas.

Já o grupo focal se constituiu em uma técnica realizada junto a grupos pequenos e homogêneos de participantes, sendo realizadas duas sessões no decorrer da pesquisa. A primeira sessão foi realizada na sede de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do referido município (local das reuniões semanais da CSM) e contou com oito participantes. Já a segunda sessão, foi realizada em uma sala de reuniões da Secretaria de Saúde do Município, com a participação de seis integrantes, alguns dos quais já haviam participado da primeira sessão. Essas sessões foram previamente agendadas e acordadas com os integrantes da CSM, sendo que cada uma durou cerca de uma hora e trinta minutos.

O material coletado foi analisado, a partir da análise de conteúdo¹¹. Para o processo de tratamento dos dados, foram utilizadas as seguintes etapas: pré-análise; descrição analítica e escolha dos temas e os dados foram agrupados em eixos temáticos. Os parti-

cipantes deste estudo foram identificados pela letra A, significando ator, seguida de número arábico relacionado a ordem das falas no grupo focal, sendo apresentados alguns fragmentos que ilustram os achados do estudo.

Ressalta-se que foram seguidas as orientações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde¹² e que os participantes foram orientados a ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assiná-lo em caso de concordância.

O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) 0283.0.243.000-08.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca de espaços da CSM junto à gestão da atenção básica do município se deu por meio de uma trajetória que teve quatro estratégias principais (eixos temáticos): levantamento da realidade; participação em discussões sobre saúde mental com a gestão do município; formalização da CSM; e organização de um evento em saúde mental.

Levantamento da realidade

Em relação ao levantamento da realidade, com base nas técnicas observacionais, pode-se perceber que o mesmo foi valioso para que os integrantes da CSM pudessem estabelecer metas e planos de trabalho, com entendimento da real situação da saúde mental do município. Essa compreensão do que estava se passando foi sendo construída, a partir de discussões no grupo de onde emergiram algumas constatações.

Nos diários de campo, os registros salientaram a relevância do contexto político da referida municipalidade para a atuação da CSM. O município em questão seguia as normas e diretrizes do Ministério da Saúde submetendo-se, rigorosamente, às suas políticas e ao modelo de assistência. Tal situação era entendida pelos integrantes da CSM como um obstáculo à construção de processos alternativos de atenção à saúde mental.

Logo, com base no levantamento da realidade e a transparente hierarquia das ações cotidianas, defendeu-se que a gestão no campo da saúde não deve se constituir de um território bem demarcado e sim deve ser atravessado por linhas múltiplas e transversais¹. Acredita-se ainda que a gestão não deva ficar restrita a um único órgão, pelo contrário, todos os atores envolvidos devem responsabilizar-se para que haja um exercício autônomo dos trabalhadores, seja individualmente ou em equipe, expandindo as possibilidades de atenção¹³.

Diante deste cenário, depreende-se que a realidade vivida pelo município em questão consistia na hierarquia proveniente de ações do governo com po-

líticas públicas que, por vezes, se tornavam generalistas e verticalizadas no sentido de não atender as necessidades singulares dos sujeitos e, sim as generalidades, deixando ainda indefinidos os rumos da política de saúde mental e revelando dificuldades da gestão local em atuar diante dessa realidade.

Em um dos grupos focais, um integrante da CSM relata:

[...] há um descaso por parte da gestão em relação à saúde mental, que vem de muito tempo [...] a gestão atropela, além de desconhecer a realidade dos serviços de saúde mental [...] não existe diálogo. (A5)

Discussões sobre saúde mental com a gestão municipal

Nesse contexto, a CSM surge para buscar redimensionar essa realidade e auxiliar a coordenação de saúde mental do município nessa construção, com base nos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Para tanto, sequencialmente, na tentativa de buscar a superação de dificuldades, chama-se a atenção para a participação em discussões sobre saúde mental com a gestão do município, as quais, por vezes foram protagonizadas pela CSM.

A fim de sensibilizar a esfera municipal de governo sobre a situação enfrentada pelos serviços de saúde mental, a CSM buscou estabelecer contato com a gestão. Isso se deu por meio de um documento que continha a descrição das dificuldades vivenciadas em saúde mental e que foi construído com a participação dos trabalhadores que integravam a CSM, tendo por finalidade destacar que a saúde mental como pauta de discussão junto à gestão, aumentando assim sua visibilidade.

Então, a CSM participou de reuniões apoiando a coordenação de saúde mental do município por meio do controle social, com registros de alguns momentos de resistência, inclusive para a realização de reuniões.

Frente a esses desafios, acredita-se que os processos produtivos em saúde, bem como a gestão democrática das políticas, devem estar em interrogação o tempo todo nos grupos de discussão e que mesmo que gerem círculos de tensões, no contexto geral, são enriquecedoras¹⁴. Dessa forma, e com base neste preceito, a CSM figurou como facilitadora e até mesmo movimentadora de espaços de discussão, trazendo benefícios e dando destaque para a saúde mental.

Durante a trajetória da CSM, evidenciou-se que houve progresso nas relações entre gestão e coordenação de saúde mental do município, aspecto visualizado por integrantes da Comissão que comentaram sobre a evolução dos diálogos com a gestão, como ilustra a fala a seguir:

[...] 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)

Logo, admite-se que a gestão é fundamental para a elaboração de alternativas e modificação de qualquer situação. Analisando-se as relações de poder, a discussão sobre o processo da reforma psiquiátrica e da saúde mental está centrada, principalmente, no caráter administrativo, sendo as questões técnicas, éticas e políticas contempladas por uma pequena parcela dos trabalhadores¹⁵.

Tendo em vista a fragilidade no reconhecimento do espaço ocupado pela CSM frente à gestão e entendendo-se a delimitação desse aspecto como fundamental para a evolução das ações desempenhadas pela mesma, se fez necessário identificar como ele foi construído, bem como registrar como era visto pelo conjunto de trabalhadores. É nessa conjuntura que se estabelece a estratégia de formalização desse espaço.

Nesse contexto, foram analisados os registros das discussões motivadas pela necessidade de formalizar a CSM, em virtude não só da dificuldade de comunicação, mas também em função da dificuldade dos integrantes vislumbrarem a autoria dos documentos da CSM, que continham as decisões tomadas nas reuniões, as agendas estabelecidas com outros serviços, entre outras pautas importantes.

Formalização da comissão

Nessa linha, optou-se por formalizar a CSM como um *colegiado gestor*. Esse espaço de composição plural caracterizou-se como um arranjo organizacional montado para estimular a produção/construção de sujeitos e de coletivos organizados. Assim, esses grupos poderiam tomar a forma de equipes de trabalho, conselhos de gestão, assembleias, colegiados de gestão, entre outros¹⁶.

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 organização¹⁷. Assim estruturada e formalizada, a CSM pretendia ter maior visibilidade e autonomia frente à tomada de decisões e implementação de ações de saúde mental no município.

Nessa perspectiva, pode-se dizer que a CSM é um coletivo organizado, um agrupamento articulado por um fim, tendo-se como finalidade a produção de atos em saúde. Este objeto é que promove a articulação e interação entre os membros da comissão¹⁸.

Em concordância e dando significação à CSM, seus componentes se manifestaram, em um dos grupos focais, sobre o significado e função deste espaço:

Um lugar que permite trocas de conteúdos e que, principalmente, permitiu que eu visualizasse o conjunto dos trabalhadores, sem essa minha participação aqui, isso não seria possível [...]. (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 parte de uma estrutura organizacional. Pelo contrário, preconiza-se um espaço onde não cabe o organograma e nenhum plano exageradamente regrado, mas sim, um emaranhado de linhas que se organizam e desorganizam para assegurar sua produtividade¹⁹.

Desse modo, o processo de formalização da CSM ocorreu na esfera da Secretaria Municipal de Saúde, buscando-se expandir suas ações, bem como divulgá-las e colocar a saúde mental em evidência no município.

Organização de evento

Da análise das atas, depreende-se que a CSM pensou na organização de um evento em saúde mental. Porém, foi a complexidade da organização deste evento que chamou a atenção, conforme os resultados deste estudo.

A análise dos achados permitiu identificar como proposta de evento a realização de uma Conferência Municipal de Saúde Mental, a qual atuaria como dispositivo de fortalecimento da Política Municipal de Saúde Mental e, por sua vez, contribuiria para a aproximação da gestão.

Tal sugestão justificava-se pelas conferências também constituírem espaços de discussão no que tange às demandas em saúde, bem como espaços para definições de prioridades políticas e decisões da maneira como consolidá-las²⁰.

Nesse cenário, emergiram inquietações no que se refere à organização da possível conferência, como podem ser observadas nas falas a seguir:

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)

[...] 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)

Diante desses depoimentos, percebe-se que, embora haja certa noção a respeito do processo de organização de uma conferência por parte dos integrantes da CSM, são ressaltadas fragilidades quanto a esse assunto.

Assim, figura-se a necessidade de esclarecimento sobre a definição de papéis, entre outros aspectos, a fim de tornar possível a consolidação da conferência. Cabe ressaltar que tal exigência implicou o envolvimento, inclusive, de um representante da gestão, atuando na busca de materiais e referenciais teóricos que pudessem suprir a necessidade identificada.

Nesse contexto, na medida em que a maior parte desta classe representa o segmento dos trabalhadores,

reflete-se sobre a importância de explicitar, *tomar público*, o debate de valores que permeiam e embasam as decisões por parte da própria gestão, possibilitando assim clareza às ações e suas repercussões no cotidiano para todos os segmentos da população^{1,21-23}.

Concorda-se que a democratização do sistema e das políticas públicas será efetiva quando forem redimensionadas as relações institucionais, permitindo que os homens coexistam como sujeitos políticos²¹⁻²³.

Contudo, mesmo que se reconheça a não apropriação, por parte dos trabalhadores de saúde, das questões políticas, é possível inferir o conhecimento deles em relação às implicações dessa dimensão, na realização de uma conferência.

Dessa forma, pode-se dizer que a criação de um evento em saúde mental foi positiva para empoderar os integrantes da CSM a respeito da complexidade da organização de uma conferência e sua repercussão, bem como para oportunizar reflexões acerca das práticas da gestão e da melhor maneira de fazê-las.

CONCLUSÃO

Observou-se que a trajetória da CSM foi além do esperado, partindo de uma administração hierárquica, perpassando a dificuldade de comunicação com os gestores e o desafio da formalização dessa comissão até a participação e iniciativa para a organização de um evento em saúde mental.

Em consequência disso, teve sua visibilidade ampliada, bem como conquistou o direito de participar das discussões em saúde mental, tendo justificada a sua razão de existir.

Assim, pode-se destacar a trajetória da CSM como um processo de busca por espaços democráticos, de controle social e educação permanente em saúde, aspectos relevantes para a co-gestão, ou seja, para uma gestão participativa.

Logo, a CSM configurou-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, demonstrando assim que a CSM se efetivou como um espaço intercessor importante na gestão do serviço de saúde municipal.

Constata-se que é necessária a conformação de mais espaços coletivos, como o da CSM, que possibilitem a reflexão crítica, a produção de subjetividade e, conseqüentemente, a integração de sujeitos.

Observou-se que, para atuar no campo da saúde mental, o agir em saúde mental se efetivará a partir dos encontros cotidianos, das relações e de espaços intercessores.

Logo, se aposta 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 novos caminhos instituintes.

REFERÊNCIAS

1. Ramos LS. Entre fios e dobras: o tecer da reforma psiquiátrica no município de Santa Maria/RS [dissertação de mestrado]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2009.
2. Amarante PD. Saúde mental e atenção psicossocial: temas em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
3. Merhy EE, Onocko R. Práxis em salud um desafio para lo público. Buenos Aires (Ar): Editora Lugar; 1997.
4. Merhy EE. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj; Abrasco; 2005. p. 195-206.
5. Martins JJ, Backes DS, Cardoso RS, Erdmann AL, Albuquerque GL. Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano. Rev enferm UERJ. 2008; 16:276-81.
6. Amarante P, Cruz LB, organizadores. Saúde mental, formação e crítica. Rio de Janeiro: Laps; 2008.
7. Ministério da Saúde (Br) Secretaria de Atenção à Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (DF): OPAS; 2005.
8. Bezerra Jr B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. Physis [online]. 2007; 2(17):243-50. [citado em 18 jul 2012] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>.
9. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10:561-71.
10. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. 3ª Porto Alegre (RS): Bookman; 2006.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. 7ª ed. Lisboa (Por): Geográfica Editora; 2009.
12. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 466/12. Brasília (DF): CNS; 2012.
13. Merhy E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. Campinas (SP): arquivo eletrônico Word; 2002.
14. Merhy E. Integralidade: implicações em xeque. In: Pinheiro R, Ferla, AA, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2006. p.97-109.
15. Arejano CB. Reforma psiquiátrica: uma analítica das relações de poder nos serviços de atenção a saúde mental. Pato Branco (Pr): Rotta; 2006.
16. Campos GWS. 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.
17. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2006. p. 110-16.
18. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2005; 9(16):161-77.
19. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciências & Saúde Coletiva. 2005; 10:975-86.
20. Pinheiro R, Guizardi FL, Machado FRS, Gomes RS. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2005. p. 11-31.
21. Guizardi FL, Pinheiro R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2006. p. 369-84.
22. Botti NCL. Significados do Festival da Loucura: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial. Rev enferm UERJ. 2013; 21:307-11.
23. Fernández MB, Luis MAV. El relacionamiento terapéutico percibido por profesionales que otorga cuidados em comunidades terapéuticas. Rev enferm UERJ. 2013; 21:312-7.

