



**Universidade Federal do Piauí
Campus Ministro Reis Velloso
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPsi**

Francisca Maira Silva de Sousa

**Educação permanente em saúde em um serviço de atenção psicossocial no
contexto da interiorização da RAPS.**

**Parnaíba
2019**

Francisca Maira Silva de Sousa

Educação permanente em saúde em um serviço de atenção psicossocial no contexto da interiorização da RAPS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof. Dr^a. Ana Kalliny de Sousa Severo

**Parnaíba
2019**

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Piauí

Biblioteca Setorial Prof. Cândido Athayde – Campus Parnaíba

Serviço de Processamento Técnico

S725e Sousa, Francisca Maira Silva de

Educação permanente em saúde em um serviço de atenção psicossocial no contexto da interiorização da RAPS. [manuscrito] / Francisca Maira Silva de Sousa. – 2019.

152 f.: il.

Impresso por computador (printout).

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Piauí, 2019.

Francisca Maira Silva de Sousa

Educação permanente em saúde em um serviço de atenção psicossocial no contexto da interiorização da RAPS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: 25/04/2019

Ana Kalliny de Sousa Severo

Prof. Dr. Ana Kalliny de Sousa Severo - PPGPsi

(Orientador)

Antônio Vladimir Félix

Prof. Dr. Antônio Vladimir Félix da Silva – UFPI

(Avaliador Interno)

Ana Karenina de Melo Arraes Amorim

Prof. Dr. Ana Karenina de Melo Arraes Amorim - UFRN

(Avaliador Externo)

Ao meu pai Antônio (in memoriam), fonte de amor, cuidado e dedicação. Enquanto pequena sempre revisava meus cadernos e dizia que a educação era a melhor herança para seus filhos. Trilhar esse caminho é sentir você ao meu lado. Eternamente grata!

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus pelos vários anjos que colocou em minha vida. Eles eram em formas de pessoas, alguns eu já conhecia, outros eu não era tão próxima, uns surgiram nessa trajetória e acredito que vieram para ficar, tem aqueles que foram apenas o encontro de um momento, mas todos eles foram fundamentais nesse percurso, por serem muitos não tenho como citar o nome de todos, mas desejo profundamente que se sintam tocados quando lerem essas palavras, assim como me senti grata em vários momentos.

Agradeço a minha orientadora Ana Kalliny, que mesmo com mais de 1000 km de distância me fazia sentir abraçada nas supervisões. Obrigada por ser tão acolhedora e sensível na forma de ensinar e pela oportunidade de desenvolver essa pesquisa ao seu lado.

Ao Vladimir, pelas contribuições neste trabalho desde a primeira qualificação, me ajudado a compreender o que eu queria fazer. Costumo dizer professor que entrei nesse mestrado para lhe conhecer, para ampliar minha visão de mundo, visão de humanidade e possibilidades de vida. Apesar de nunca ter dito isso para você, foi impactante conhecer um pouco de você, das suas histórias e da sua sabedoria.

À Ana Karenina, pelas relevantes contribuições que trouxe na qualificação e durante todo esse processo da pesquisa, pelas palavras escritas que me fizeram enxergar com outros olhos a relevância desse estudo.

A todos os professores do mestrado e em especial a João Paulo Macedo e Lana Veras obrigada por tantas contribuições acadêmicas.

A primeira turma do mestrado de Psicologia do Piauí, que orgulho tenho de fazer parte dessa turma. Ao Pedro, Thalita e especialmente ao Matheus que muito me fez companhia, obrigada pelas conversas, por tirar muitas dúvidas, por compartilhar angústias.

Agradeço a kátya, por ter acreditado em mim quando eu não acreditava e por incentivar a minha inscrição no mestrado e torcer por cada etapa vencida. As minhas amigas e amigos que são presentes que a graduação me deu Mayara, Anne, Brenda, Thatyane, Jefferson, Leticia, Nádia, vocês são fonte de energia e orgulho, obrigada por existirem.

A Sinara e Andressa, por todas as vezes que me esperavam tarde da noite quando chegava a PHB, sempre me dando acolhida e com muitas histórias para contar. Obrigada Brenda por compartilhar o quarto comigo e me fazer companhia. Ah meninas como foi bom dividir um pedaço da vida com vocês!

É com muito carinho que agradeço aos meus amigos do trabalho que aceitaram fazer parte desse estudo, agradeço pelas aprendizagens, reflexões, vivências e dificuldades enfrentadas diariamente no serviço.

Agradeço a minha família e amigos, e peço desculpa pela ausência em vários momentos, mesmo me esforçando para ser a menor possível. Agradeço a Ruanita por sua amizade e parceria! A Carol amiga da vida, por todas as vezes que já me embarcou e por estar sempre presente!

Agradeço aos meus irmãos Mário e Maryana pela vida compartilhada, pelos sonhos, pelo apoio e incentivo. Por serem exemplos para mim e porto seguro.

Agradeço aos meus sobrinhos Caio e Vicente por serem fonte de amor e alegria. Ao Caio peço desculpa todas as vezes que pedi para fazer silêncio, que lhe tirava o notebook e que não deixava tocar bateria, mas a tia Lila precisava se concentrar (risos).

Agradeço especialmente a minha mãe Rosário, por tudo, pelo cuidado, pelo zelo, por compreender o motivo de ficar trancada tanto tempo no quarto.

Agradeço a todos que me ajudaram a construir esse trabalho, pois este é um trabalho de muitas mãos e a todos que tiveram esse sonho, pois muita gente sonhou por mim.

Lista de Figuras

Figura 1 Territórios de Desenvolvimento.....	76
Figura 2 Figura 2. Território de Desenvolvimento “Carnaubais”.....	77.

Lista de Abreviações

AI – Análise institucional

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CIR – Comissão intergestores regionais

ESF- Estratégia de Saúde da Família

EPS – Educação Permanente em Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS- Organização Mundial de Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

Resumo

A interiorização dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ganhou impulso através da descentralização e regionalização dos serviços de saúde, que favoreceu a articulação de redes regionais de saúde em regiões compostas por municípios com menos de quinze mil habitantes, neste cenário, destaca-se a importância da educação permanente e das equipes interprofissionais para a construção de redes de cuidado contextualizada com os territórios que estão inseridos. Este trabalho buscou investigar como ocorrem os processos de educação permanente e trabalho interprofissional em uma equipe do CAPS I em municípios de pequeno porte no Piauí para produzirem cuidado e analisar as demandas de saúde mental. Utilizou-se dos pressupostos teóricos e metodológicos da análise institucional, conforme apontam Lourau (1993) e Barembliitt (2002). A socioclínica institucional foi utilizada como estratégia metodológica para realizar a pesquisa-intervenção. Os dispositivos para a construção dos dados da pesquisa foram três rodas de conversa com os profissionais do CAPS I, participação observante com registro em diários de pesquisa e restituição. Os dados apontaram a educação interprofissional e educação permanente como estratégias de formação profissional no processo de trabalho, possibilitando reflexões e ações no cenário de práticas voltadas para além da intervenção psiquiátrica e da prescrição de medicamentos. Ressalta-se a importância do estudo para o cenário da atenção psicossocial e do campo da saúde mental coletiva no Sistema Único de Saúde (SUS), em relação ao processo de interiorização e produção de saúde em diferente contexto. Sugerimos a necessidade de mais estudos sobre a implantação e construção de dispositivos que chegam nos diversos contexto da interiorização da RAPS para a construção de conhecimentos capazes de qualificar a atenção em saúde mental nos diferentes cenários brasileiros.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental; trabalho interprofissional; educação permanente em saúde.

Abstract

The internalization of the services that make up the Psychosocial Care Network gained momentum through the decentralization and regionalization of health services, which favored the articulation of regional health networks in regions composed of municipalities with less than fifteen thousand inhabitants. This work sought to investigate how processes of permanent education and interprofessional work occur in a CAPS I team in small municipalities in Piauí to produce care and respond to the demands of mental health. We used the theoretical and methodological assumptions of the institutional analysis, according to Lourau (1993) and Baremlitt (2002). The institutional socioclinic was used as a methodological strategy to carry out the intervention research. For the construction of the data, three conversation wheels were carried out with the professionals of CAPS I and observant participation with registration in research journals. Some initial challenges were pointed out by the disbelief of the population in relation to the work of the professionals to advirem of the cities from where they work, besides the expectation of the population for a service based on the asylum paradigm. The construction of care takes place from their experiences in everyday life. Support among professionals has been reported as a way to improve care. Instituted models and instituting care in a crisis situation coexist, with comprehensive care being weakened due to the few existing devices in a small city. Group care was identified as a potentiator for EPS, as it enabled conversations among professionals from different areas. Difficulties with municipal management were identified as difficulties that weaken the relations with the municipal network of attention. The reflection of the construction of devices that arrive at territories through the regionalization allowed to understand approximations and distanciamentos of ways instituted in the great centers, pointing to the necessity to deepen the studies on these territories.

Keywords Mental health, interprofessional work; continuing health education.

SUMÁRIO

Lista de Figuras	vi
Lista de Abreviações	vii
Resumo	viii
Abstract	ix
Implicações profissionais da pesquisadora: a trajetória de um caminho.....	14
Cuidado em saúde mental nas pequenas cidades: Que cuidado?.....	17
Interiorização da Rede de Atenção Psicossocial.....	21
Objetivos da pesquisa	28
Capítulo 1. Transformações da atenção em saúde mental e construção da RAPS: como a interiorização da Atenção Psicossocial se encontra nesse processo.	30
1.1 Um pouco das transformações histórias em torno da saúde mental	36
1.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil	45
1.3 Histórias da saúde mental no contexto piauiense	48
Capítulo 2. Formação dos trabalhadores para a saúde: trabalho interprofissional e Educação Permanente em Saúde	49
2.1 SUS e a formação de trabalhadores para a área da saúde.....	50
2.2 Educações Permanente em Saúde	57
2.3 A interprofissionalidade como produtora do cuidado integral em Saúde.....	65
Capítulo 3. Os caminhos da investigação	69
3.1 Referenciais teórico-metodológico	70
3.2 Socioclínica para a análise das práticas profissionais.....	73
3.3 Campos da pesquisa e cenário do estudo: Um CAPS I no interior do Piauí	75
3.4 Aspectos éticos	79
3.5 Os caminhos seguidos na pesquisa	79
3.6 Análises dos dados.....	87
Capítulo 4. A interiorização de um serviço mental no Piauí e a elucidação dos processos de construção desse dispositivo	90
4.1 Construções da encomenda e demanda da pesquisa em meio às implicações.....	91
4.1.1 A história do serviço e da equipe	93
4.1.2 A história dos profissionais do interior.....	98
4.2 Trabalhos interprofissional no contexto da interiorização.....	103

4.3 O cuidado entre o manicômio e a integralidade: desafios sobre a atenção à crise no território.	110
4.4 Gestões do trabalho em saúde e impasses para articulação da RAPS.....	117
Considerações finais	123
Referências	129
Apêndice	149

Implicações profissionais da pesquisadora: a trajetória de um caminho

Para uma melhor compreensão e contextualização da escolha e do contexto deste estudo, apresento inicialmente algumas das minhas implicações profissionais que conduziram o interesse em pesquisar sobre a educação permanente e trabalho interprofissional no contexto da interiorização da Rede da Atenção Psicossocial (RAPS).

A escolha dessa temática foi atravessada por vários motivos, desta forma destaca-se algumas das implicações que se fizeram presente neste processo, pois como coloca Lourau (2003), a pesquisa não é apenas uma reprodução mecânica, ela é atravessada por diversas estratégias que ajudam a direcioná-la. Havendo assim uma “inseparabilidade entre nossas implicações enquanto pesquisadores e a institucionalização da pesquisa (p. 112)”. A implicação é permeada pelas relações que os indivíduos desenvolvem com a instituição (Monceau, 2008). Deste modo, apresento algumas das implicações e atravessamentos que constituíram o desejo da realização deste estudo, que fizeram e fazem parte do meu percurso enquanto profissional da saúde.

Ao olhar para as minhas experiências enquanto profissional é perceptível como o trabalho em equipe com profissionais de diferentes áreas está presente desde o início da minha formação. Iniciando pela inserção no curso de psicologia pela Universidade Federal do Piauí no ano de 2008, quando entro em contato com professores que buscam aproximar o contato da psicologia com o campo da saúde coletiva, objetivando a construção de uma formação mais contextualizada com a proposta da Reforma Sanitária. Durante a graduação, vivenciei através de projetos de extensão e estágios extracurriculares, processos formativos que tinham por base uma formação interprofissional, que permitiu perceber a existência de um olhar mais amplo e integral dos processos de cuidado no campo das Políticas Públicas.

Foi ainda durante a graduação que tive aproximação com as discussões sobre a Reforma Psiquiátrica. Enquanto moradora de uma cidade de pequeno porte do interior do Piauí, surgia à memória sobre modelo manicomial, comumente associado àquela imagem de quando alguém surta na cidade pequena e um dos “tratamentos” mais comuns era encaminhar para a internação no Hospital Psiquiátrico da Capital. Como coloca Luzio e L’Abbate (2009), os municípios de pequeno porte dão conta da sua responsabilidade de cuidar dos usuários de saúde mental por meio da internação psiquiátrica e medicação, além disso, não obstante, nos municípios de pequeno porte, ainda existem famílias mantendo pessoas em situação de cárcere privado. Essa é uma realidade não muito distante, e ainda muito presente no contexto das cidades brasileiras, onde um usuário que está precisando de um cuidado mais humanizado acaba enfrentando mais problemas, sofrendo isolamento de seu contexto comunitário, ao mesmo tempo em que o município de pequeno porte se desresponsabiliza por essa assistência.

Após a graduação, ingressei no ano de 2013 em uma Residência Multiprofissional com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, em uma cidade de médio porte no interior do Ceará. A Residência Multiprofissional é uma Pós-Graduação lato sensu voltada para a educação em serviço destinada às diversas categorias que integram a área de saúde. Ela promove espaço de trocas de conhecimento no próprio ato do trabalho, pois fomenta a relação com outros profissionais, usuários e gestores, possibilitando a construção e troca de saberes. Alguns questionamentos surgiam, ao passo em que a residência proporciona espaços de partilha através de rodas de campo (com profissionais de diferentes formações) e núcleo (profissionais com a mesma formação), além da carga horária do serviço ser extensa (60 horas semanais), ficava a indagação de como perceber estes processos em serviços, onde os profissionais geralmente não disponibilizam desses espaços de forma institucionalizada e o trabalho ocorre de forma fragmentada.

Outro ponto importante sobre a reflexão da educação permanente e trabalho interprofissional em saúde ocorreu quando ingressei em 2014 no curso de Especialização em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde, fruto de convênio com o Ministério da Saúde (DEGES/SGTES/MS) em parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Esta especialização ocorreu de forma bem vivencial, onde éramos convidados a compartilhar os processos de educação permanente em saúde vivenciada nos territórios, proporcionando a reflexão sobre as práticas e saberes existentes no cotidiano do trabalho, que pode produzir novos sentidos no fazer saúde.

Atualmente estou inserida desde junho de 2015 em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) em uma cidade com uma população estimada de um pouco mais de onze mil habitantes segundo o IBGE (2019), e a partir desse momento tive acesso a outras realidades de CAPS, diferente das cidades de maior porte populacional. Ao ser convidada para atuar neste serviço, me questionava sobre como seria trabalhar em um CAPS em uma cidade tão pequena? E como os profissionais aprendem a cuidar no contexto do interior do país, com uma bagagem de formação profissional e com práticas vivenciadas em cidades maiores? Pois a realidade da formação acadêmica está voltada para a realidade das cidades de médio e grande porte, exigindo assim dos profissionais que se inserem em pequenos municípios o desenvolvimento de habilidades para dar conta das diversas arestas presentes.

Vale ressaltar que apesar do Brasil vivenciar um processo de interiorização das Instituições de Ensino Superior (IES), que vem acontecendo tanto no nível federal quanto no estadual, dos incentivos com políticas de financiamento e estímulo à modalidade à distância, ainda assim, existem desigualdades de acesso marcadas por diferenças regionais (Barros, 2015). Além disso, a interiorização e ampliação do acesso à saúde e educação, não garante que essas políticas inclusivas, mesmo no contexto do interior, se “interiorizem” de forma a

serem social e culturalmente sensíveis às demandas locais e regionais mais distantes das capitais.

Atuar em um serviço que tem como peculiaridade ser de uma realidade diferente da proposta da Política Nacional de Saúde Mental, pois o Ministério da Saúde (MS) limita que os CAPS sejam implantados em territórios com mais de 15 mil habitantes, colocou-me diante da seguinte problematização: Como os processos de educação permanente e trabalho interprofissional dos trabalhadores do CAPS I no contexto da interiorização em cidades de pequeno porte estão sendo construídos para produzirem cuidados em saúde mental? Esta indagação surgiu como proposta de estudo, partindo dos caminhos vivenciados e do contexto que me encontro atualmente como trabalhadora da rede de atenção psicossocial, em uma cidade de pequeno porte, com vivência diária dos prazeres e angústia de ser trabalhadora do campo da saúde mental. E ao mesmo tempo, como pesquisadora em formação, ao buscar inserção em Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPgPsi/UFPI), na linha de pesquisa: Psicologia, saúde coletiva e processos de subjetivação, que desenvolve pesquisa na área de saúde coletiva, que tem o perfil de ser uma pesquisa mais aplicada (Minayo, 2014), a inserção no mestrado trouxe a oportunidade de construir coletivamente conhecimentos capazes dar visibilidade a atenção em saúde mental nos mais diferentes cenários.

Deste modo, destaca-se a relevância deste estudo ao investigar e descrever experiências fruto da Reforma Psiquiátrica em contextos de pequenas cidades. Destacamos seu importante por poder contribuir para o campo científico e social ao investigar como estão ocorrendo o processo de Reforma Psiquiátrica nesses espaços, além de ter buscado conhecer como ocorre à educação permanente e trabalho interprofissional no contexto das pequenas cidades. Todos esses levantamentos não esgotam a discussão sobre esta temática e pretende incentivar novos estudos.

Cuidado em saúde mental nas pequenas cidades: Que cuidado?

Ao falar sobre saúde mental geralmente os pensamentos que surgem, ou as histórias narradas, são sobre cenas de internação, hospício, loucura, alienados, perigo, insanidade, falta de razão. E a relação destes termos possui uma fundamentação histórica, social, cultural e econômica. Existiu e ainda existe. No entanto, movimentos que denunciaram o descaso e negligência de pacientes internados e esquecidos, maltratados, surgiram e impulsionaram mudanças sobre os modos de cuidado.

Atualmente, apesar desses pensamentos ainda persistirem, pois são territórios existenciais que precisam ser desconstruídos, a criação de políticas públicas, impulsionadas pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitou o desenvolvimento de novos territórios, expansão e construção de uma Rede de Atenção Psicossocial. Nas cidades pequenas, não existiu manicômio, mais existiu pessoas internadas, e esses pensamentos também são presentes, entretanto, com as conquistas alcançadas através das lutas que culminaram na Reforma Psiquiátrica, passou a ser implantados nestas cidades serviços de saúde mental que devem ser construídos de forma diferente dos modelos centrados no isolamento, internação, negligência e maus tratos (Vasconcelos, 2010; Brasil, 2015).

No entanto, como construir novas formas de cuidados quando olhamos para um passado tão presente? Presente na fala, presente no desejo de pessoas, presente pela falta de uma rede de serviços de saúde mais efetivas, ou pela própria falta de rede? Além de ser composto por profissionais que apresentam uma formação, por vezes, pautada em um modelo biomédico, que se distancia dos princípios do SUS, criando assim, uma lacuna para a efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica. E ao considerarmos o atual contexto de ataque ao SUS que vem sofrendo medidas regressivas, com o objetivo de desqualificá-lo, deslegitimá-lo, reduzindo recursos materiais e com ataques que fragilizam o trabalho dos

profissionais neste contexto. Como exemplo, o congelamento dos gastos públicos, a proposta de planos populares de saúde, o retrocesso proposto no âmbito da Reforma Psiquiátrica através da Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017. Recentemente a Nota Técnica Nº 11/2019, divulgada pelo Ministério da Saúde, que reorienta as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e torna central a internação em hospitais psiquiátricos, autoriza a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, prega a abstinência para o tratamento de dependentes químicos. Esses documentos surgem como um retrocesso nas conquistas alcançadas com a Reforma Psiquiátrica e fragiliza as propostas da atenção psicossocial.

Tais questionamentos e impasses impulsionaram o desenvolvimento desse trabalho, que buscou construir respostas junto a um grupo de profissionais na sua prática cotidiana, que apresentam responsabilidade de cuidado em saúde mental em uma cidade de pequeno porte no Piauí. Considerando o contexto de implantação de serviços especializados como o CAPS em cidades interioranas, que fazem parte de serviços implantados através da pactuação administrativo-financeira entre municípios, em sua maioria composta por municípios com menos de 15 mil habitantes. Seguindo a lógica da regionalização que descentraliza ações e dispositivos de saúde e passam a serem organizadas a partir de um dado território, almejando garantir o acesso, integralidade e resolutividade a atenção em saúde das pessoas (Paim, 2009).

No entanto, vale destacar que as leis e portarias decorrentes da Reforma Psiquiátrica não garantem sua efetivação, são necessárias mudanças micropolíticas e culturais que trazem mudanças na relação entre as pessoas. Sejam elas envolvendo profissionais, usuários, familiares, ou qualquer pessoa que esteja atravessada no processo de cuidado, construindo assim novas formas de atenção à saúde (Amarante, 2017).

Tendo em vista esta realidade, e os impasses e retrocessos que a Reforma Psiquiátrica vem enfrentando frente ao desejo de analisar o processo em institucionalização do cuidado em

saúde mental em cidades de pequeno porte, o arcabouço teórico-metodológico da Análise Institucional foi utilizado visando construir modos de compreensão sobre a educação permanente e trabalho interprofissional em relação aos cuidados em saúde mental neste contexto. Também propus desenvolver neste estudo a intervenção socioclínica institucional, na qual a análise da encomenda e da demanda devem ser construídas no coletivo de onde surge a encomenda. Esta se constitui no “diagnóstico” formulado por quem solicita a intervenção. As demandas vão surgindo com o avançar do trabalho, a partir das situações que vão sendo vivenciadas e são produzidas por todos que fazem parte deste processo (Monceau, 2013). A construção desse tipo de pesquisa existe permanentemente uma tensão a ser explorada entre as demandas que são criadas pelos investigados e dos pesquisadores, sendo a análise da implicação indispensável nesse processo (Fortuna, Monceau, Valentim, Mennani, 2014). Ou seja, a análise da implicação não se constitui apenas como um processo de autoanálise do pesquisador refere-se a uma análise coletiva, um processo de reflexão sobre nossas múltiplas ligações com a instituição (Altoé, 2004).

Frente a tais problematizações, é notória a necessidade da construção de cuidados que superem o modelo hegemônico centrado na doença, com processos de trabalho rígidos, que não levam em consideração os usuários como construtores ativos dos seus processos de cuidado. E para a superação dessa lógica, os profissionais de saúde ganham destaque, pois ocupam lugares de agentes da transformação paradigmática que exigem a reforma psiquiátrica. Há uma aposta na construção de um movimento contínuo de aprendizagem coletiva, que atualmente é percebido através de políticas públicas que buscam incentivar a construção de um trabalho interprofissional, e que reconhecem o cotidiano do trabalho como potencializador de processo de aprendizagem, à medida que, as vivências do cotidiano do trabalho em saúde são marcadas por experiências que deixam marcas em nós, sendo esse processo chamado de Educação Permanente em Saúde (Merhy, 2005).

O interesse por este trabalho está atravessado por tais implicações e sobreimplicações, justificando assim, o desejo em realizar esta pesquisa com profissionais que atuam em um CAPS em uma cidade de pequeno porte, buscando contribuir com a construção de conhecimento sobre esta temática.

Interiorizações da Rede de Atenção Psicossocial

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica teve início no final da década de 1970, em meio a redemocratização do País. Este movimento surgiu como crítica ao modelo psiquiátrico clássico e na busca por transformação dos modos operantes sobre a loucura (Amarante, 2010). Com o objetivo de melhorar as condições de saúde e de vida das pessoas com sofrimento mental, essas mudanças impulsionaram a criação de serviços substitutivos que se fazem presente nos territórios mais próximos das pessoas, neste contexto há uma relevância do papel dos profissionais para a construção de um novo paradigma sobre saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica se constitui como um movimento histórico de caráter político, social e econômico e possui como um dos seus principais objetivos a desinstitucionalização e desconstrução dos manicômios, para construir uma rede de serviços de base comunitária e territorial. Essas mudanças ganharam força com a aprovação da Lei nº 10.216/01, que reorienta o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil (Brasil, 2001), e com a regulamentação da portaria nº 336/02, que regulamenta a abertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para a oferta de cuidados extra-hospitalares e de base territorial (Brasil, 2002).

É importante salientar que após a regulação da Lei 8.080 de 1990, através do Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, há o fortalecimento no SUS da importância dos serviços de saúde serem organizados em rede. Assim, a Rede de Atenção à Saúde (RAS), passa a ser organizada em dispositivos que devem ser articulados através dos níveis de complexidades

crecentes, para garantir o cuidado integral em saúde. O tema da RAS não é novo no Brasil, pois já estava presente na Constituição Federal de 1988, no seu Art. 198 ao destacar que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um único sistema.

Mello et al. (2017) destaca que a regionalização dos serviços de saúde é central para a organização dos serviços de saúde, sendo fortalecido com as NOAS, Pacto pela Saúde e pelo Decreto 7.508. Este decreto define a Região de Saúde como “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e infraestrutura de transportes, com a finalidade na execução de ações e serviços de saúde” (Brasil, 2011a, P. 4). A Região de Saúde e da RAS constituem novas referências para o desenvolvimento, a implantação e o financiamento do SUS.

Assis et al (2014) ressalta que a partir do decreto nº 7.508/11, a Atenção Psicossocial começa a fazer parte das exigências de ações e serviços que devem compor a Região em Saúde para que possa ser instituída, criando assim, um novo contexto para a atenção psicossocial ao exigir que para a Região de Saúde ser implantada, deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada pela Portaria GM, 3.088, de dezembro de 2011, republicada em maio de 2013. E faz parte das cinco redes temáticas do SUS, junto com a rede cegonha; rede de atenção das pessoas com doenças crônicas; rede de cuidado à pessoa com deficiência e a rede de urgência e emergência. E é composta por setes componentes sendo estes a Atenção Básica; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de urgência e emergência; Atenção residencial de caráter transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (Brasil, 2013).

O objetivo da RAPS é que o trabalho dos profissionais articule esses componentes para que assim possam produzir novos processos de trabalho, percorrendo entre as diferentes políticas e territórios e construindo laços que sejam mais efetivos na produção de cuidado. Esse processo exige que os profissionais realizem um trabalho que ultrapasse os muros dos equipamentos de saúde mental, e olhem para recursos disponíveis no território, potencializando novos processos de trabalho que vão além do modelo biomédico e da abordagem individual (Rosa & Joazeiro, 2017).

O Ministério da Saúde recomenda os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Estes equipamentos caracterizam-se por ser um serviço de saúde aberto e comunitário, composto por equipes multiprofissionais, para atender usuários com transtornos mentais graves e persistentes e pessoas que fazem uso de crack álcool e/ou outras drogas (Brasil, 2002).

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013, organiza nas modalidades de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPS i. Após esta portaria os CAPS I passam a fazer parte de municípios ou regiões de saúde com população acima de 15.000 habitantes (Brasil, 2011b). Antes, apenas municípios com população acima de 20.000 habitantes eram contemplados, o que significava que municípios que não atingiam este número de habitantes não tinham a garantia de financiamento para implantação deste serviço em sua base territorial, dessa forma os cuidados em saúde mental centravam-se na Atenção Básica.

Vale destacar que o Brasil possui 5.570 municípios, com uma população de 193.976.530 habitantes (IBGE, 2012, projeção). Desses, 3.375 municípios (61%) possuem menos de 15 mil habitantes, o que totaliza uma estimativa de 23.478.055 habitantes (12%) que deve ter na Atenção Básica o principal acesso de cuidados em saúde mental (Brasil,

2015). Ou seja, o dispositivo que o Ministério da saúde recomenda como organizador da rede de saúde mental, não abrange a maioria das cidades brasileiras, pois para sua implantação as cidades não correspondem às condições postas pela Política de Saúde Mental (Jesus, 2013).

Nesses municípios o que se observava, como colocou Luzio e L'Abbate (2009), é que a atenção em Saúde Mental foi incluída a partir da criação do SUS, em equipes de Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no entanto, isso não garantia que os municípios assumissem a responsabilidade de trabalhar as questões de saúde mental, assim como basear-se nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Devido a este cenário, as pesquisas sobre saúde mental em cidades de pequeno porte ou “minúscula”, voltam-se para pesquisas em saúde mental na Atenção Básica, como pode ser observado nos estudos de Oliveira (2009), Oliveira e Garcia (2009), Boarini (2009), Pessoa júnior et al. (2013), Jesus (2013). Pois apenas recentemente os CAPS passam a fazer parte de cidades com menos de 20 mil habitantes. Contudo, mesmo com a portaria dos CAPS para cidade de quinze mil habitantes, os desafios de cuidado em saúde mental territorial ainda persistem, pois, a mudança na portaria não garante que a mudança na lógica da atenção ocorra.

Pode-se considerar ainda a forma como os CAPS foram implantados inicialmente no Brasil, que de acordo com Macedo et al. (2017) após a Lei nº 10.216/2001, a implantação destes serviços ocorreram primeiramente nas capitais e nos municípios de menor porte (médio, médio pequeno e pequeno), posteriormente que inicia o crescimento da implantação destes serviços em municípios de pequeno porte, iniciando assim, o processo de interiorização dos CAPS, principalmente em locais com população inferior a 50 mil habitantes.

Podemos afirmar que até o ano de 2017, antes da reforma psiquiátrica e suas políticas públicas vivenciarem o que Pinho (2018) atribui como um tempo de retrocessos na reforma psiquiátrica que se consolidou e abriu campo para a contra-reforma, a interiorização do

cuidado no território nacional teve uma grade avanço com a descentralização defendida pelo SUS, que fornece autonomia para os municípios organizar a saúde mental em cada território (Melo, 2017). Outro fator que contribuiu para esse crescimento corresponde a regionalização que segundo Santos e Campos (2015) se traduz em região de saúde formalizada, que busca aglutinar diferentes territórios municipais, limítrofes, para construir serviços em rede que sejam resolutivos e estruturados para efetivar o cuidado integral à saúde.

Severo (2014) chama a atenção para os desafios da construção de redes regionais, apontando a urgência de construções de estratégias que superem o risco de práticas descontextualizadas, e que promovam espaços de encontros entre trabalhadores dos diferentes municípios considerando como centro as necessidades da população da região e não apenas a população do município.

Outra realidade existente, que contribuiu para expansão destes serviços em municípios de pequeno porte são os consórcios em saúde que são definidos pelo Ministério da Saúde como possibilidade para a realização de atividades conjuntas entre municípios que buscam sanar problemas comuns. Desta forma o consórcio torna viável que estes municípios, ao se associarem, ofereçam serviços de maior complexidade para a população, por meio de ações conjuntas de promoção, proteção e recuperação da saúde, fortalecendo a gestão municipal na esfera do SUS (Brasil, 1997).

Dessa forma, no contexto piauiense o que se verifica são pequenas cidades participando da lógica da regionalização, e de propostas de parcerias/consorcio para implantarem os serviços do CAPS I. Vale destacar que nessa lógica, os usuários dos serviços que não residem no município cede, podem ter o cuidado territorial prejudicado pela falta de apoio, transporte, dificuldade da relação com o outro município. Jesus (2013) exemplifica que geralmente as práticas comunitárias aplicadas no território das famílias que não residem no

município-polo são inexistentes, há a dificuldade de se estreitar o laço com as ESF do município.

Apesar dessas dificuldades, é inegável que o Brasil avançou em torno da saúde mental, fruto das propostas de descentralização das políticas de saúde (Dimenstein, Sales, Galvão & Severo, 2010). Avanços com a descentralização dos serviços de saúde mental para regiões mais periféricas, a adoção do território como conceito organizador da atenção; a expansão dos CAPS especialmente para municípios de pequeno e médio porte, a redução significativa do número de leitos e de hospitais psiquiátricos; a criação do Programa de Volta para Casa, dentre outros (Dimenstein & Macedo, 2012; Assis et al., 2014). No entanto, todas essas conquistas para a construção do paradigma psicossocial estão sofrendo retrocessos frente ao novo cenário político instalado e as Portarias e Decretos que estão sendo consolidados com base na mercantilização do sofrimento, internação e isolamento.

As mudanças postas pela descentralização e pelas redes de atenção, critica a cultura inampsiânica, que tem na prescrição, e no uso de instrumentos duros, com excessivo grau de normatização o seu cuidado e busca desenvolver novos modos de organização e trabalho que supere os modelos centrados em práticas isoladas nos serviços, fortalecendo a comunicação intra e intergrupos, visando o fortalecimento da comunicação entre redes e expansão da multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos, dos diferentes atores: usuários, familiares e instituições do território para que assim haja a produção de objetivos comuns (Yahn & Yasui, 2014).

Para Junqueira (2013), o trabalho interprofissional constitui-se como possibilidade para a construção de um espaço de cuidado em saúde, atravessado por diversas opiniões e visões que nos levem a ver a realidade de maneira mais rica e mais integral. Costa-Rosa (2000) aponta que para a construção da atenção psicossocial, o trabalho deve ser realizado por

uma equipe interprofissional, que busque interagir com diferentes visões teórico-técnicas e das suas práticas, pois essa forma de trabalhar supera radicalmente os saberes dos especialismos e o modelo asilar. Contudo, em um estudo realizado por Severo (2014) coloca que os múltiplos vínculos de trabalhos, e os vínculos precarizados dificultam a realização de trabalho interprofissional, principalmente em CAPS do interior, que é o foco dessa pesquisa.

Considerando que a criação de dispositivos assistenciais substitutivos como os CAPS instituiu uma nova forma de trabalho complexo que geram desafios a serem enfrentados pelas equipes multiprofissionais e que os desafios presentes no trabalho demandam dos profissionais cuidados que produzem conhecimento em ato (Abrahão, Azevedo & Gomes, 2017), ou seja, aprendizagens no próprio serviço, com as experiências concretas dos sujeitos, a Educação Permanente e o trabalho interprofissional são reconhecidas como ferramenta potente de transformação do SUS.

É nessa perspectiva que esta pesquisa busca avançar no conhecimento do cotidiano institucional da atenção psicossocial em cidade de pequeno porte, pautada nos conceitos da Análise Institucional, e realizando uma pesquisa-intervenção. Pois as experiências vivenciadas pelos profissionais nos locais de trabalho são permeadas por problemas que exigem outras formas de operar, um modo de ser enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social que se constitui no agir, através das práticas em saúde que são indissociáveis de processos de aprendizagem.

Objetivos da pesquisa

Geral:

- Investigar como ocorrem os processos de educação permanente e trabalho interprofissional em uma equipe do CAPS I em um município de pequeno porte no Piauí para produzirem cuidado e analisar as demandas de saúde mental.

Específicos:

- Identificar como os profissionais reconhecem espaços e estratégias de educação permanente em saúde para a gestão de um processo de trabalho interprofissional;
- Conhecer quais os saberes acerca do cuidado em saúde mental que foram produzidos pelos profissionais a partir da sua inserção no CAPS I;
- Compreender os desafios dos profissionais para realizar trabalho em saúde mental em uma cidade de pequeno porte no contexto da interiorização da RAPS.

Com a finalidade de atender aos objetivos do estudo, este se encontra estruturado da seguinte forma:

No capítulo 1, faremos uma breve introdução da história da saúde mental, da construção da Rede de Atenção Psicossocial e da interiorização dos serviços substitutivos.

O segundo capítulo, abordamos um pouco sobre a formação de trabalhadores para a saúde, o trabalho interprofissional e educação permanente em saúde. Com objetivo de entender teoricamente como o trabalho em equipe e a construção de cuidado estão sendo construídos em serviços substitutivos.

No terceiro capítulo apresentamos os pressupostos teóricos e metodológicos da análise institucional, que norteou essa pesquisa. A socioclínica institucional como estratégia metodológica para o desenvolvimento da pesquisa.

Para finalizar, o quarto capítulo analisar a educação permanente e a construção do cuidado em equipe interprofissional.

CAPÍTULO 1

Transformações da atenção em saúde mental e construção da RAPS: como a interiorização da Atenção Psicossocial se encontra nesse processo?

1.1. Um pouco das transformações históricas em torno da saúde mental

Os estudos sobre saúde mental sofreram e sofrem várias mudanças. Philippe Pinel conhecido como o pai da psiquiatria, ganha destaque nesta história. Pinel participou da Revolução Francesa, esta revolução ganha destaque pelas diversas transformações econômicas, políticas e sociais que impulsionou. Foi de grande importância para o campo da saúde, psiquiatria e loucura, por proporcionar transformações nas instituições que conhecemos atualmente como hospital. Pois os hospitais nem sempre foram lugares voltados para a medicina, como conhecemos atualmente. Sua criação ocorreu na Idade Média, como instituição da caridade, de hospitalidade para pessoas pobres, mendigos, insanos e doentes. No século XVII, com a criação do Hospital Geral pelo Rei da França em 1656, o hospital passa transformações e reorganizações administrativas, e ocupa um novo “lugar social”, com funções de ordem social e política (Amarante, 2010).

Para Foucault (1978) o funcionamento e propósitos do Hospital geral não estavam associados à medicina, constituía-se como uma política de assistência, e de ordem monárquica e burguesa que se organizava na França, e passou a ser um local de internação/enclausuramento determinados pelas autoridades reais e judiciárias. Para este autor, o hospital:

Trata-se de recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária. É preciso também zelar pela subsistência, pela boa conduta e pela ordem geral daqueles que não puderam encontrar seu lugar ali, mas que poderiam ou mereciam ali estar. Essa tarefa é confiada a diretores nomeados por toda a vida, e que exercem seus poderes não apenas nos prédios do Hospital como também em toda a cidade de Paris sobre todos aqueles que dependem de sua jurisdição (p. 56).

O Hospital Geral vai deixando de ser administrado pela filantropia e entidades religiosas e passa a ser administrado pela autoridade real ou judiciária, ou seja, o hospital de caridade passa a dar lugar ao hospital com funções sociais e políticas. Com este novo cenário os médicos passam a fazer visitas nessas instituições, iniciando assim a entrada nesses espaços.

Como coloca Amarante (2007) foi após a revolução francesa que os médicos passam a atuar nessas instituições para transformá-los em locais mais humanizados e modernos. A intervenção dos médicos nesses espaços, que ocorria de forma eventual, passou a ser mais constante e regular, permitindo assim que estes profissionais agrupassem as doenças através do contanto constante que tinham, observando o curso e evolução das doenças. Desta forma, foi construído um novo saber sobre as doenças através de um modelo epistemológico inovador das ciências naturais. A medicalização do hospital, segundo este autor, teve duas faces, o hospital se tornou a principal instituição médica, e em contrapartida a medicina se tornou uma prática e saber predominantemente hospitalar. Essa instituição em que se transformou o hospital, caracterizado pela medicina hospitalar, marca no ocidente o modelo biomédico, que considera a doença como um objeto abstrato e natural, sem considerar o sujeito e suas experiências da doença. Ou seja, os médicos foram se fortalecendo nesses espaços, a ponto de deixar de lado o poder administrativo da filantropia e do clero, dentro do hospital.

Como já exposto, Pinel foi de grande importância nesse processo, por fundar os primeiros hospitais psiquiátricos, determinando o isolamento para os insanos, e criou a terapêutica do tratamento moral, que tinha princípios e medidas que eram impostas aos alienados, com o objetivo de reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões, e atingir a consciência de acordo com a realidade, considerando o hospital como uma instituição disciplinar, sendo ele próprio terapêutico (Amarante, 2007). No entanto, Foucault alerta sobre

a “liberdade” conquistada por Pinel para com os loucos, pois apesar de ser reconhecido por essa conquista, foi o próprio que defendeu a internação dos loucos.

E entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá — não nos esqueçamos — que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos “libertado”. A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamento, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural (Foucault, 1978, p. 55).

É importante ressaltar que o isolamento era associado à construção de conhecimento sobre o campo do alienismo, pois o hospital pineliano, que se transformou em instituição médica, se tornou laboratório onde as pessoas eram observadas e estudadas, os comportamentos eram descritos, comparados, analisados e classificados. Este novo modelo que estava sendo construído, dava início ao modelo biomédico que estava sendo construído no ocidente para a medicina em um contexto hospitalar, que corresponde a uma relação da doença apenas como objeto, sem considerar o sujeito e sua experiência com a doença. Apesar de o alienismo pineliano ter se tornado um modelo de assistência para o mundo, desde o início sofreu várias críticas, devido ao paradoxo que representava ao ser considerado os princípios da reforma francesa, e não durou muito para os hospitais ficarem superlotados de internos, e surgirem denúncias de maus tratos, violência, e negligência com os internos (Amarante, 2007).

Observa-se que no paradigma hegemônico psiquiátrico é instituída uma formação centrada em um modelo biologista e reducionista, com privilegio de ações curativas, fragmentadas, mecanizadas, com ações de isolamento terapêutico, voltado para um tratamento moral que embasam as terapêuticas normalizadoras. Por ser um modelo médico-centrado, as relações interprofissionais são desfavorecidas nesses contextos, que é marcado por um saber

disciplinar, com foco na divisão, separação, isolamento, e controle rígido que negam à demanda real da população (Menezes, Yasui, 2013; Foucault, 1978; Zgiet, 2013; Ferreira, 2007).

Para Basaglia (1985) com a criação do diagnóstico das doenças, a relação com o doente passou a ocorrer de forma passiva e irreversível, reduzindo a uma relação apenas objetual, que ocorre apenas através do rótulo, sem a capacidade de produzir outras formas de existir. Estabelecendo assim, a exclusão dos doentes em ambientes fechados e tendo os médicos neste espaço o papel de controle e tutela das doenças. O local de internamento onde os doentes passaram a ocupar com a justificativa de torná-los inofensivos e curá-los, na prática eram locais de aniquilamento de sua individualidade, dando lugar a objetivação ao invés da subjetividade. Assim, Franco Basaglia denunciou violências que ocorriam nos manicômios, e propôs uma nova dimensão institucional que definiu inicialmente como Comunidade Terapêutica, inspirada no modelo anglo-saxão, que justificava a negação da realidade dos manicômios, assim como a negação de toda a classificação nosográfica cujas subdivisões e elaborações revelavam seu caráter ideológico relativamente à condição do doente.

Para Amarante (2007) as mudanças de olhares sobre a natureza humana que ocorreu após as duas Guerras Mundiais, trouxeram a possibilidade de transformações históricas sobre a psiquiatria, após a segunda guerra mundial, ficou evidente que as condições de vida, ou falta de condições de vida nos hospitais psiquiátricos, não se diferenciavam das vividas nos campos de concentração, com inexistência de dignidade humana nesses espaços, dessa forma começa a surgir os primeiros movimentos de Reformas Psiquiátricas. Afirma que ocorreram diversas experiências de reformas em diferentes Países que ainda hoje servem de modelo. Como exemplo coloca a experiência da Comunidade Terapêutica e Psicologia Institucional; a

Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva institucional e Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática.

No Brasil, as intervenções sobre a loucura tiveram como marco inicial a chegada da família real, pois com as mudanças econômicas, sociais, o crescimento da cidade, inicia o controle social e a reorganizando o espaço urbano. Uma nova ordem social sobre a loucura é estabelecida com a criação do Hospício de Pedro II em 1841 no Rio de Janeiro, pois até o século XX, a assistência psiquiátrica ocorria apenas de forma exclusiva e compulsória de internação em hospitais públicos. Inicialmente, os hospícios eram de responsabilidade das Santas Casas de Misericórdia e da Igreja, não havia um reconhecimento legal dessa instituição, só após a República com o novo ideário liberal que trazia é que inicia a primeira Reforma Psiquiátrica no Brasil, que tinha por base a experiência europeia e implantou no Brasil o modelo de colônias de alienados, com o objetivo de estabelecer o convívio entre a comunidade e os loucos, o trabalho passa a ter uma função terapêutica. A psiquiatria transforma-se para atuar em espaços onde as pessoas vivem, deixando de ser limitada ao asilo (Belmonte, 1996; Yasui, 2006; Vasconcelos 2009).

Amarante (2007) relata que os alienistas brasileiros consideravam o trabalho como o meio terapêutico poderoso, capaz de estimular a vontade e a energia, estimulando o cérebro e fazendo desaparecer os delírios. No entanto, não demorou muito para as colônias de alienados serem comparadas aos asilos tradicionais. Várias experiências, além das comunidades terapêuticas sugeriram em vários países, como a psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor que foram desenvolvidas na França, e psiquiatria preventiva, conhecida também como saúde mental comunitárias, desenvolvida nos Estados Unidos. Estes foram os primeiros passos que fomentaram na Reforma Psiquiátrica Brasileira.

1.2 Reforma psiquiátrica no Brasil

A Reforma Psiquiátrica brasileira se originou no âmbito da Reforma Sanitária e se afirmou como um movimento social e democrático. Este movimento buscou melhorar as condições de saúde e de vida para as pessoas com sofrimento psíquico, constituindo-se como uma luta contra a segregação, violência, exclusão, apontando para uma radical transformação social, com mudanças na forma de olhar, escutar e cuidar da loucura (Amarante, 2003). Foi influenciada pelas experiências de Reforma Psiquiátricas de outros países, que criticavam a psiquiatria instituída, por ser um modelo marcado pelo controle e isolamento dos insanos. Deste modo, as mudanças desejadas eram muito mais do que a transformação arquitetônica e de mobiliário, lutavam para a mudança de paradigma (Pereira & Costa-Rosa, 2012).

A Reforma Psiquiátrica inicia entre os anos de 1978 e 1980 (Amarante, 2010), em um contexto marcado pela ditadura militar, e que buscava a redemocratização política do país. O paradigma da reforma de assistência à saúde mental esteve conectado às reivindicações da Reforma Sanitária, que desencadeou na criação do SUS. Este sistema proporcionou condições institucionais adequadas para a Reforma Psiquiátrica, através de Políticas Públicas ancoradas nos princípios de direito universal à saúde, integralidade e equidade, que favoreceram a multiplicação das inovações assistenciais no campo da Saúde Mental. Além de possibilitar uma nova política de saúde mental que reforça a atenção de base territorial em substituição a atenção hospitalar tradicional (Souza & Rivera, 2010).

No entanto, apesar da Reforma Psiquiátrica ser contemporânea a Reforma Sanitária, ela tem sua própria história baseada em um contexto internacional que lutou para superar um modelo marcado por violências e superar a crise do modelo de assistência centrado no Hospital, este processo ganhou forma com o apoio dos movimentos sociais que lutavam pelos direitos dos loucos (Brasil, 2005).

O estopim para este movimento ocorreu com a Crise da DINSAN (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde (MS) responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor da Saúde Mental. A crise é deflagrada após as denúncias de médicos sobre as agressões, maus tratos, violência, abuso sexual, morte, que existiam dentro do Centro Psiquiátrico Pedro II (no Rio de Janeiro), que evidenciaram as condições precárias e desumanas que eram prestados por este serviço, assim como, a falta de recursos e precárias condições de trabalho e assistência para os loucos. A mobilização dos profissionais, frente a estas situações e a visibilidades que estas denúncias alcançaram, fez com que o movimento da Reforma Psiquiátrica contasse com diversos atores, entidades e instituições que contribuíram para a construção das políticas de saúde mental, dentre elas o movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento de Renovação Médica (REME), Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), e as associações de usuários familiares em saúde mental. Dentre estes, o MTSM ganhou destaque para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, pela forma que foi desenvolvido, por reivindicar as condições de assistência psiquiátrica propondo transformações do modelo existente, construído como um espaço de luta por trabalhadores, associações de classe e entidades que se organizavam de forma não institucional na busca por direitos (Amarante, 2010).

Alguns eventos foram de grande importância no processo da Reforma Psiquiátrica, como o II Congresso Nacional do MTSM que ocorreu em 1987, em Bauru-SP, com o tema “Por uma sociedade sem manicômios”. Outro evento que ganhou destaque foi a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, que abordava sobre a importância dos trabalhadores da saúde mental desenvolver trabalhos juntamente com a sociedade civil, com objetivo de construir novas práticas e novos espaços, com a mobilização popular e fortalecimento da democracia (Melo, 2012).

Em 1989, iniciam-se as lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativos e normativos com a entrada no Congresso Nacional do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), com a proposta de regulamentar os direitos das pessoas com transtorno mental, e substituir os manicômios por outras práticas terapêuticas, ampliando o debate não só para os profissionais de saúde, mas sim para toda a sociedade, no entanto, esta proposta só foi aprovada doze anos depois pelo Congresso Nacional, conhecida como Lei Paulo Delgado (10.216/01) (Brasil, 2005; Belmonte, 1996). É importante destacar que a institucionalização dessa Lei não contemplou tudo que continha o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, mas não deixou de ser um marco para a saúde mental no Brasil.

A aprovação da Lei Paulo Delgado e da atuação dos movimentos sociais impulsionou em diferentes estados brasileiros a criação de leis que visavam a substituição dos leitos psiquiátricos, por uma rede de cuidado em saúde mental com base comunitária. Este período é um marco para Reforma Psiquiátrica, pois o Ministério da Saúde começa a definir melhor as Políticas de Saúde Mental. Outro ponto importante foi sua participação na Declaração de Caracas (1990), e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, pois impulsionaram o início das primeiras normas federais de regulamentação da implantação de serviços substitutivos, com atenção diária, tomando por base a implantação dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, no entanto a expansão destes serviços era descontínua, pela falta de uma especificidade para o financiamento destes serviços, e não haver uma proposta de redução de leitos nos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005).

Os investimentos em termos legais no campo da saúde mental ganham força com a implantação da portaria 336/99 que regulamente os CAPS, a portaria 106/00 que regulamenta a construção de serviços tipo Residências Terapêuticas, a Lei 10.708/2003 que se refere ao Programa de Volta Para Casa, a Política Nacional de Álcool e Drogas de 2008, dentre outras conquistas políticas (Melo, 2012).

Com estes avanços, muitas bandeiras levantadas com a proposta de Reforma Psiquiátrica viraram realidade no Brasil. E hoje, é inegável o crescimento do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residenciais Terapêuticos (SRT), o Auxílio de Reabilitação Psicossocial “De volta para casa”, diminuição do número de Hospitais Psiquiátricos, principalmente no sudeste e nordeste brasileiro. Desta forma observa-se uma mudança na atenção em saúde mental que é centrado atualmente em dispositivos na comunidade, deixando de ser o foco o Hospital (Pitta, 2011).

Neste cenário, é perceptível avanços em torno da Saúde Mental, onde há uma ruptura com paradigma psiquiátrico, e o modelo psicossocial começa a ganhar espaço, com avanços políticos, técnico e ideológicos. Para Costa-Rosa (2000) o modelo psicossocial trata de um novo modelo de clínica que busca construir estratégias singulares de acordo as demandas de sofrimento.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ela foi instituída com a Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013. A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) (Brasil, 2011b). Recentemente vem sofrendo avanços no sentido de retrocesso, com desinvestimentos na RAPS e investimentos voltados para hospital psiquiátrico e Comunidades Terapêuticas e com a Nota Técnica Nº 11/2019.

Com a consolidação da RAPS, a atenção em saúde mental se tornou papel de todos os profissionais da saúde, sejam eles médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, psicólogos, assistentes sociais (Lancetti & Amarante, 2015). Esses espaços tornam a Atenção Psicossocial como forma para efetivar as práticas em saúde, e busca que ocorram de forma transdisciplinares e multiprofissionais, para romper com o modelo instituído, buscado a construção de novas formas de cuidado (Pereira, Costa-Rosa 2012).

Nesse contexto, os CAPS tornaram-se dispositivos estratégicos para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, criado para melhorar a assistência em saúde mental no Brasil, e superar o modelo manicomial e de violência em que as pessoas eram submetidas nos Hospitais Psiquiátricos. O primeiro CAPS foi criado em 1987, com a inauguração do CAPS Luís da Rocha Cerqueira, inaugurado na Cidade de São Paulo. A inauguração desse serviço representou a implantação de um novo modelo de cuidado em saúde mental, que teve como desafio romper com o modelo operante da internação (Leal & Delgado, 2007; Onocko-Campos & Furtado 2006, Brasil, 2005).

Para Amarante e Torre (2001), este dispositivo foi desenvolvido visando a desospitalização e a transformação cultural em torno da doença mental, com oferta de serviços alternativos à internação e aos tratamentos psiquiátricos convencionais, constituindo-se como o intermédio entre o hospital e a comunidade. Neste contexto, a doença mental é pensada no campo da saúde coletiva, considerando a família, o trabalho e seu contexto histórico, realizando investigações epidemiológicas, clínicas e institucionais na construção de uma rede de serviços de base comunitária, com grande importância para a construção de uma nova práxis de saúde mental e servindo de modelo até os dias atuais.

O CAPS é definido por Yasui (2006) como o principal equipamento para implantação da saúde mental, sendo estratégia de mudança da assistência ao louco e concretizado em uma rede de saúde mental que perpassa o serviço de saúde, realizado em uma rede que inclui diversos atores, equipamentos e cuidadores, considera-o como caminho e não um fim no cuidado em saúde.

Para Leal e Delgado (2007, pg. 137) o “CAPS deve ser entendido também e principalmente como um modo de operar o cuidado e não como um mero estabelecimento de saúde”, desta forma, é preciso pensar e fazer funcionar o CAPS, em uma nova lógica, que supere o modelo da internação, da violência e segregação, substituindo pela construção de uma rede de cuidado que articule com os vários dispositivos de saúde presentes no território, e que permita que os usuários de saúde mental utilizem os espaços da comunidade e inclusão social.

Desta forma, é importante salientar que não basta por fim na arquitetura dos manicômios ou hospitais psiquiátricos, e substituir por serviços substitutivos, se não houver uma mudança da lógica operante da saúde mental, pois as propostas da reforma, por vezes, se esbarram pela permanência do “manicômio mental” Pelbart (1991), que ainda se faz presente entre os gestores, profissionais, familiares e da população em geral. Pelbart (1990) reforça que é necessário não apenas o fim do manicômio, mas também do manicômio mental, como pode ser observado abaixo:

(...). Sim, fim do manicômio, mas igualmente fim do manicômio mental, isto é, um direito a desrazão. E seria preciso acrescentar imediatamente: um direito a desrazão, sim, mas sem confinada àquele cantinho privado e secreto do nosso psiquismo chamado “nossas fantasias”, onde ela costuma dormir inofensiva. O direito à desrazão significa poder pensar loucamente, significa poder levar o

delírio à praça pública, significa fazer do acaso uma um campo de invenção efetiva, significa liberar a subjetividade das amarras da verdade, chama-se ela identidade ou estrutura, significa devolver um direito de cidadania pública ao invisível, ao indivisível e até mesmo porque não, ao impensável. Libertar-se do manicômio mental é isso tudo e muito mais. No entanto, para que a “libertação” da desrazão não venha a ser mais um a astúcia da razão - como talvez o seja a libertação dos loucos - é preciso evitar suas ciladas que não são poucas (p.137).

Desta forma, faz-se necessário que neste processo de transformação do lugar do louco, sejam problematizados os manicômios que ainda persiste em nossa sociedade, que por vezes, estão presentes na nossa forma de agir, de cuidar, e até mesmo de trabalhar. Além disso, é necessário fazer uma crítica sobre quais são os rumos que a “liberdade” dada aos loucos está percorrendo, pois muitas vezes o próprio CAPS, pode constituir-se como espaço de restrição de liberdade, e aprisionamento de novas formas de existir.

Oliveira e Passos (2015) colocam que o manicômio não é o único lugar de operar a relação manicomial, pois ela ocorre nos modos de operar e das relações dos profissionais que devem promover a desinstitucionalização. Sendo assim, os serviços substitutivos, apesar de serem serviços abertos e descentralizados, pode exercer no seu cotidiano ações de atenção e gestão permeadas pelo controle, segregação, captura de vidas, permanecendo assim a relação manicomial.

A Reforma Psiquiátrica não pode ser percebida apenas com a transformação dos serviços de saúde mental, pois é algo bem mais complexo, que deve contemplar no processo de produção de cuidado os recursos que fazem parte do território e articular as redes existentes, contemplando diversas formas de acolher o sofrimento e as demandas que chegam

ao serviço. Criando espaços de produção de relações sociais que inovem e reinventem novos lugares para o louco, e para isso é necessário respeitar a diferença, transformar hábitos, valores, pensamentos, para conviver de forma ética com diferentes formas de existir (Yasui, 2007).

Desta forma, exige-se uma ruptura com as práticas hegemônicas que se fazem presentes e desejáveis nos serviços, pois como os estudos apontam a maioria dos CAPS, ainda tem seu processo de trabalho pautado no modelo hegemônico, com centralidade na doença e no ato prescritivo, burocrático, ou seja, serviços que reproduzem a lógica manicomial (Sampaio et al., 2011, Lima et al., 2013, Yasui, 2007). É necessária a invenção, criação, experimentação de diferentes modos de cuidar.

A aposta na ruptura do paradigma manicomial requer acreditar na produção de cuidado por trabalhadores de saúde mental, que quebrem com esta lógica através do trabalho vivo, tecnológico e micropolítico, impulsionado a produção de vida em qualquer lugar. Para isso, aponta a necessidade de uma “revolução cultural” entre os vários sujeitos e atores sociais que possibilitem a construção de forma de compreender o sofrimento humano em sua multiplicidade, sendo um processo de alta complexidade, que necessita de articulações multi, interdisciplinar e interprofissional, para tentar compreender através de um campo social mais inclusivo (Merhy, 2004).

Em um estudo que Dal Poz, Lima e Perazzi (2012) realizaram, concluem que um dos pontos mais frágeis na busca por mudança do modelo da assistência em saúde mental, refere-se à preparação de recursos humanos e que esta não é uma dificuldade apenas deste setor e sim de toda a Reforma Sanitária. Compreendendo que diversos profissionais atuam nesta área, como psiquiatras, psicólogos, enfermeiro, assistentes sociais, por exemplo, percebe-se a

complexidade de atores envolvidos para o cuidado em saúde mental que não deve ocorrer de forma isolada, mas sim com equipes multiprofissionais de forma integrada.

Já no estudo realizado por Campos, Onocko-Campos e Del Barrio (2013) apontam que o profissional da saúde precisa de uma formação com base científica, mas também que considere a práxis nas ações de saúde, pois ao aplicar o saber técnico, considere a singularidade de cada caso, deste modo considerar os vários autores envolvidos que perpassa o saber técnico, ampliando as possibilidades para modificar o institucionalizado e considerando a relação terapêutica.

Neste mesmo sentido, Yasui e Costa-Rosa (2008) colocam que o rompimento com o modelo hospitalocêntrico e ruptura com a visão biologista reducionista e medicalizadora, proposta pela reforma psiquiátrica requer um campo teórico-conceitual, que dialogue com diferentes campos de saberes e de conhecimento, fazendo repensar ainda sobre os limites e fronteiras possibilitando diferentes formas práticas de territórios. Deste modo, é importante destacar sobre a expansão da Política de Saúde Mental e da interiorização que os serviços substitutivos vêm alcançando.

Pois a Política de Saúde Mental brasileira constrói novos caminhos após a implantação da RAPS, e os serviços de saúde mental passam a fazer parte de todos os níveis de atenção do SUS. Esta portaria viabilizou o fortalecimento da rede de atenção psicossocial, ampliando a cobertura de serviços em redes integrados e regionalizados para as capitais e cidades do interior (Macedo et al., 2017). Contudo, vivemos atualmente em um cenário que institucionaliza portarias, normas técnicas, desinvestimento, que colocam impasses para a construção de uma política pública que respeita as diretrizes da reforma psiquiátrica e as põem em um cenário de riscos e retrocesso.

A problematização da implantação destes serviços nos municípios de pequeno porte e de como os profissionais constroem os cuidados em saúde mental nesses territórios torna-se necessário para dar visibilidade aos processos de interiorização e produção de saúde nestes contextos. Pois a literatura aponta que a Política de Saúde Mental é pouco conhecida nestes municípios, e a atenção em saúde mental está voltada para o cuidado na atenção básica, geralmente marcada pela medicalização das pessoas e encaminhamento para hospitais psiquiátricos, como aponta os estudos de Luzio e L'Abbate (2009); Boarini (2009); Pessoa Junior et al (2013), Costa (2013), Jesus (2013).

1.3 Histórias da saúde mental no contexto Piauiense

Trazendo um pouco do contexto Piauiense, a história da saúde mental não se diferencia muito do contexto nacional, pois era centrada na capital do estado, com um modelo hospitalocêntrico e com oferta de serviços para momento de crises psiquiátricas, com foco na internação psiquiátrica, medicalização e atuação centrada no médico. Esse cenário começa a mudar em meio às conquistas alcançadas através de políticas que buscam a reestruturação da assistência em saúde mental brasileira, seguindo as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde, Declaração de Caracas e Organização das Nações Unidas. Deste modo, os gestores piauienses foram exigidos a alterar o modelo da organização da assistência em saúde mental. Assim, a criação de uma política estadual orientada pelos princípios da reforma psiquiátrica, impulsionou a criação dos CAPS, fechamento dos leitos do SUS do Sanatório Meduna em 2010 e a realização da Segunda Conferencia Estadual de Saúde Mental (Carvalho et al., 2010).

Para Rosa, Figueiredo Neto, Nascimento e Alencar (2011), foram as políticas do governo federal que impulsionaram a reforma psiquiátrica no contexto do Piauí, pois existia resistências por parte dos gestores e profissionais quanto ao novo modelo a ser imposto, pois

“a produção de um novo modelo exigia um novo tipo de profissional (p.18)” que reconhecesse a cidadania dos loucos, práticas realizadas junto com usuário e familiares, reorganizar os trabalhos que estavam pautados apenas na medicalização e atuar no território, onde acontece a vida das pessoas, trabalhar visando a inclusão social e tentar combater os estigmas sociais.

Os movimentos da luta antimanicomial no Estado, impulsionados pelas associações de usuários, familiares e amigos da saúde mental também fomentaram essas conquistas, dentre elas a “Associação Ancora, criada em 2001, a Associação Homo Lobus e a Rede Amigo no Ninho, todas com sede em Teresina, além da associação Liberdade, com sede em União e Associação Fênix, criada em 2014, com sede em Parnaíba” (Lima, 2018, p. 27).

Com a criação da Portaria Estadual nº 078/12 de 29 de agosto de 2012 – do Estado do Piauí, que visou mobilizar os gestores da saúde e apresenta a proposta de implantação da rede de atenção psicossocial tendo como parâmetro portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, para implantar a Rede de Atenção Psicossocial com a participação da CIR. Antes desta portaria em 2010 o Piauí contava apenas com 39 CAPS, tendo um grande avanço após a sua implantação (Feitosa & Silva 2014). Atualmente o Piauí conta com 66 CAPS, sendo que destes 44 são da modalidade CAPS I, 10 CAPS II, 06 CAPS AD e 02 CAPS AD III, 01 CAPS III e 01 CAPSi (DATASUS, 2017). E dentre os CAPS I, muitos foram implantados através de consorcio entre os municípios, para contemplar a população exigida pela Política de Saúde Mental. Rosa et al. (2011) destaca que apesar do Piauí implantar estes serviços tardiamente, em um pequeno espaço de tempo obteve ampla cobertura.

O Ministério da Saúde utiliza um único indicador de avaliação da saúde mental, que corresponde a cobertura de CAPS por 100 mil habitantes para cada Unidade Federativa. Estes indicadores apresentam uma cobertura de CAPS no Piauí de 1,13 e de acordo com estes

parâmetros a cobertura destes serviços é considerada muito boa, pois de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde o máximo definido é de 0,70 (Brasil, 2015). No entanto é importante ressaltar que a implantação destes serviços não garante a qualidade dos cuidados ofertados.

Rosa e Joazeiro (2017) destaca que em termos numéricos o Piauí possui um quantitativo de CAPS excelente, no entanto, a formação do ensino superior no Piauí ainda está centrada no modelo biomédico, com foco na doença, deste modo, muitos serviços contam com a prática de trabalhadores que prejudicam a consolidação dos princípios da reforma psiquiátrica. Cabe problematizar que neste contexto em que se inserem os dispositivos da RAPS, requer dos profissionais modos de operar que, por vezes, são diferentes das realidades existentes de suas formações profissionais.

No contexto piauiense, destaca-se ainda que muitos dos CAPS I estão inseridos em cidades com menos de 15 mil habitantes, pois os municípios utilizam-se da regionalização para solicitar serviços de atenção especializada, assim os municípios se associam através de consorcio, para ofertar serviços conjuntos entre municípios de maior complexidade para a população (Brasil, 1997), estes contextos trazem novos desafios para os profissionais sobre os modos de construir cuidado em cidades interioranas.

Em um estudo realizado por Pessoa Junior et al. (2013) destacam a necessidade que gestores e profissionais criem estratégias de assistências inovadoras no campo da saúde mental nos municípios de médio e pequeno porte populacional, para dar conta de acolher essas demandas, e não apenas encaminhar para os grandes centros. Outro estudo realizado por Alvarenga e Garcia (2009) trata sobre a implantação no ano 2000 de um CAPS em um município de pequeno porte e das resistências que os próprios profissionais e a população

mantinham, pois não concordavam com a implantação deste serviço, que correspondia a um novo modelo.

Este cenário instiga a reflexão sobre a Política de Saúde Mental que foi desenvolvida para municípios maiores, e que atualmente conta com a inserção de serviços substitutivos como os CAPS implantados em municípios de pequeno porte e de como os profissionais estão construindo cuidados em saúde mental nesses territórios. Vale destacar ainda, que o modelo biomédico, valorizado na formação dos profissionais torna escassas as muitas possibilidades de encontros e trocas entre os diversos atores sociais que compõem o SUS. A interiorização do cuidado exige um trabalho em equipe, que fortaleça as ações do cotidiano e permita pensar e refletir um trabalho em saúde mais integral e resolutivo.

CAPÍTULO 2

Formação de trabalhadores para a saúde: trabalho interprofissional e educação permanente em saúde

2.1 SUS e a formação de trabalhadores para a área da saúde

A Constituição Federal de 1988 ao instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta uma nova concepção de saúde que supera o modelo biomédico, e a atenção em saúde passa a ser constituída por equipes multiprofissionais que devem atuar de forma interdisciplinar, sendo necessária uma formação profissional que supere o modelo hegemônico e esteja alinhada aos princípios do SUS. Esta proposta de atenção impõe a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores - trabalhadores, gestores e usuários - maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (Brasil, 2012).

Nesse contexto, é necessário que seja efetivado um novo modelo que rompa com o anterior. Os profissionais de saúde ganham destaque nesse cenário, por serem responsáveis pela operacionalização dos cuidados em saúde. Deste modo, o próprio serviço constitui-se como um espaço de aprendizagem para estes profissionais, que devem construir junto a outros profissionais e usuários respostas as demandas que, por vezes, perpassam o saber técnico e prescritivo.

É importante assinalar que essa mudança no modo de produzir cuidado, não é algo específico da saúde mental, pois faz parte de um contexto bem mais amplo, composto pelas transformações sociais, políticas, ideológicas que impulsionaram a luta pela criação de um sistema de saúde universal no contexto da Reforma Sanitária e conquista pela cidadania. A

Reforma Sanitária representa profundas mudanças para a proteção social no Brasil, com a implantação de um estado de bem-estar social, transformação da saúde em direito de cidadania e a criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde (Paiva & Teixeira, 2014).

A busca pela superação do modelo clássico de atenção em saúde propõe romper com fundamentos assistencialistas de cunho do curativismo, que tem como centralidade os médicos, hospitais e o modelo biológico, com a compreensão do conceito de saúde fragmentado e restrito, onde saúde é visto apenas como ausência de doença. Essa nova concepção exige relações mais diretas entre a saúde e as condições de vida das pessoas do qual faz parte os fatores econômicos, sociais, culturais, políticos, subjetivos (Carvalho & Ceccim, 2015; Vasconcelos & Pasche, 2015).

É neste cenário, socioeconômico e político ideológico, juntamente em meio às crises epistemológicas e das práticas de saúde e formação de recursos humanos, que desenvolveu no Brasil o campo da Saúde Coletiva, constituindo-se como um campo de saberes e práticas inovadoras (Ceccim & Ferla, 2008; Nunes, 1994; Campos, 2000; Osmo & Schraiber, 2015). Para Carvalho e Ceccim (2015):

A saúde coletiva é um campo de produção de conhecimento e de intervenção profissional especializada, mas também interdisciplinar, onde não há disputa por limites precisos ou rígidos entre as diferentes escutas ou diferentes modos de olhar, pensar e produzir saúde. Todas as práticas de saúde orientadas para os modos de andar a vida, melhorando as condições de existência das pessoas e coletividades demarcam intervenção e possibilidades às transformações nos modos de viver, trabalham com promoção da saúde, prevenção de doenças e

agravos, ações de reabilitação psicossocial e proteção da cidadania, entre outras práticas de proteção e recuperação da saúde (p.138-139).

O conceito saúde coletiva foi criado no Brasil, e ainda não apresenta uma concepção definida, no entanto propõe outros modos de pensar e construir saberes no campo da saúde e educação que buscam potencializar as mudanças do cuidado em saúde através da abertura para outros campos de conhecimentos e áreas da saúde, e que se desprenda do conhecimento apenas técnico ou à ciência, ampliando para outras possibilidades de construção de projetos de vida, cuidado, sonhos.

A necessidade de pensar a saúde de forma mais ampla, para além do processo saúde-doença, biológico, incluindo diferentes realidades e formas de analisá-las, expõe a necessidade de articulação entre a formação dos profissionais de saúde e o sistema de saúde, e isso já é contemplado pela Constituição de 1988 que coloca a responsabilidade do SUS de orientar o perfil da formação desses trabalhadores (Feuerwerker & Capozzolo, 2013), estando contido no inciso III do art. 200 da Constituição “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (Brasil, 1988), ou seja, a formação para a área da saúde passa a ser reconhecida como um fator essencial para a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira.

No entanto, o projeto ético-político da saúde no âmbito da formação profissional só começou a ser inserida na agenda do SUS com movimentos de mudança que se fortaleceram no período de 2003 e 2005, quando as políticas de gestão da educação na saúde, expandiram o convite para diferentes seguimentos de forma coletiva e individualmente, inserindo os usuários, trabalhadores, estudantes e professores, na busca da construção de um SUS democrático e transformador. Essa inserção ocorre por meio das políticas, programas, portarias e diretrizes que foram desenvolvidas, ao longo desse tempo, para aproximar a formação em saúde das necessidades das pessoas como, por exemplo, a Política Nacional de

Humanização (PNH), Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNE), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET - Saúde), Princípios e Diretrizes para a gestão e trabalho no SUS (NOB/RH-SUS), Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Percebe-se um movimento que considera a formação em saúde não apenas como algo acadêmico, mas principalmente como uma formação que deve ocorrer em serviço (Feuerwerker, 2014).

As pesquisas apontam que o perfil dos egressos dos cursos de saúde ainda está distante de uma formação que abarque o compromisso com o SUS e com os aspectos da gestão da saúde. Os profissionais adentram nos serviços ofertados pelas políticas públicas de saúde com uma frágil compreensão da necessidade do trabalho em equipe multiprofissional, e fraca formação humanística (Almeida Filho, 2013).

Segundo Pereira, Barros & Augusto (2011), para a reorientação do modelo de saúde, são necessárias ações que exigem articulações intra e interinstitucionais, por meio do trabalho em equipes multiprofissionais e em rede, com a readequação da formação profissional, através da reestruturação dos currículos e das metodologias dos cursos de graduação e pós-graduação em saúde, e do desenvolvimento dos profissionais que já estão atuando nos serviços.

A equipe multiprofissional é formada por profissionais de diferentes áreas, com conhecimentos técnicos específicos, que ao trabalharem juntos produzem modos de cuidados que não seria possível serem realizado por nenhum profissional de forma isolada. O desenvolvimento da prática interprofissional se torna possível a partir das interações dos trabalhadores de uma equipe multiprofissional. A inter e multiprofissionalidade busca conhecer o ser humano de forma integral, através da construção de uma síntese conhecimentos específicos, por meio de interações entre as pessoas que buscam o desenvolvimento de uma prática integral e em rede (Simão, et al., 2017).

Apesar da discussão em torno da formação em saúde não ser nova, as pesquisas apontam que prevalece nas instituições formadoras dos cursos de saúde o modelo tradicional do ensino, biomédico, cartesiano, pautado em tecnologias duras. Sendo necessárias mudanças nos projetos político pedagógicos dos cursos pautadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e em conformidade com os princípios do SUS (Ferreira et al, 2015; Junqueira & Cotta, 2014; Finkler, Caetano, Ramos & 2014; Braid, Machado & Aranha, 2012; Rosa et al, 2015).

O conceito de quadrilátero da formação para a área da saúde foi proposto por Ceccim e Feuerwerker (2004), como resposta a necessidade urgente de transformação no campo das práticas de saúde e no campo da formação profissional, pautada nos eixos ensino, gestão, atenção e controle social para a construção de recursos humanos para a área da saúde.

Peduzzi et al. (2013) coloca que no Brasil existem três tipos de formação: uniprofissional, que ocorre entre estudantes de uma mesma profissão de forma isolada, esta é a mais recorrente no nosso país; a multiprofissional que acontece entre duas ou mais profissões, mas de forma que não há interação e interprofissional que tem sido a aposta para a construção de cuidado integral e de qualidade, que ocorre através da aprendizagem compartilhada, com interação entre estudantes e/ou profissionais de diferentes áreas.

Ao observar que na saúde a formação está voltada para o modelo uniprofissional, que valoriza o especialismo, encontramos uma contradição na formação e nas exigências diárias dos serviços públicos de saúde, especialmente quando vamos para o interior do país, pois a complexidade dos casos que chegam aos serviços de saúde demanda o desenvolvimento de um trabalho em equipe, onde os profissionais estejam abertos a aprender um com os outros, com os usuários e famílias, para assim fortalecer o cuidado em saúde.

Com a crítica na proposta de trabalho individualizado e cuidado fragmentado que acarreta na especialização no campo da saúde, há uma aposta na formação interprofissional

para a superação dos obstáculos ao acesso aos serviços de saúde e na qualidade do cuidado. Acredita-se que a atenção realizada por equipes interprofissionais em saúde possibilita a construção de modos de cuidados transversalizados por diversos olhares que permite uma visão mais ampliada e integral da realidade.

A OMS entende que a “educação interprofissional ocorre quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde” (p.13). Pois ao passo em que reconhecem que muitos sistemas de saúde no mundo estão fragmentados e com dificuldade para gerenciar a necessidade de saúde, e em meio a tudo isso, os profissionais são desafiados constantemente a responderem problemas de saúde mais complexos. Deste modo, pretende-se que trabalhar de forma interprofissional, ajude na transição de sistemas de saúde fragmentados para uma posição mais fortalecida, melhorando o cuidado em saúde (OMS, 2010).

Para Costa-Rosa (2000) no campo da saúde mental é necessário a superação da atenção em saúde fundada no campo do especialismo, que marca o trabalho em equipe fundada no modelo asilar, e para isso ocorrer é necessárias transformações na organização do trabalho, e que as equipes trabalhem de forma interprofissional, buscando inserir nos seus trabalhos diferentes dispositivos e recursos disponíveis.

A construção de modos de cuidado que buscam compreender o sujeito em sua totalidade e que investem no atendimento na perspectiva da integralidade demanda um trabalho em equipe, que articule as diferentes profissões para responderem de forma mais ampliada às questões de saúde junto com os usuários, considerando os aspectos éticos, técnico científico e compromisso político (Dias et al., 2016).

A educação e a prática interprofissional em saúde (EIP e PIP) são consideradas temas emergentes do campo da saúde, orientada para o trabalho em equipe como componente de

uma ampla reforma do modelo de formação profissional e de atenção à saúde. Contribui para a organização dos serviços de saúde, além de permitir a problematização e deslocamento da fragmentação do conhecimento e das práticas em saúde, na busca por modos de cuidado mais articulados e integrados. Quando o trabalho ocorre desta forma, há uma flexibilização dos papéis dos profissionais e otimização do processo de cuidado, que ajuda a diminuir as omissões e esperas desnecessárias, por parte dos usuários. Tornando, assim os serviços mais resolutivos e de qualidade (Peduzzi et al., 2013; OMS, 2010).

Observa-se que nos estudos que tratam sobre trabalho interprofissional, abordam mais sobre a formação acadêmica, que ocorre durante a graduação, como no PET Saúde, VER-SUS. No entanto, o presente trabalho, questiona sobre o trabalho interprofissional construído pelos próprios profissionais que estão inseridos em seus ambientes de trabalhos. E neste sentido, políticas como a de Educação Permanente e da Humanização em Saúde põe em pauta esta questão. Pois como coloca Ceccim e Ferla (2003), na saúde, a educação pelo trabalho é considerada uma possibilidade para o desenvolvimento de novos perfis profissionais que visem à integralidade da atenção, princípio que norteia o SUS.

Desta forma, cabe salientar, que o nosso destaque no presente trabalho é sobre a construção de conhecimento produzida no próprio serviço, pois como coloca Barros e Barros (2010) é no coletivo, no fazer com e/ou do lado do outro que pensamos a formação, para, além disso, sendo inseparável o processo de trabalho do processo formativo, deste modo sendo a formação um processo de transformação.

Entendendo a formação como “a condição de refazer permanentemente as relações profissionais com os usuários dessas relações de modo responsável e comprometido (p.144)”, a formação e a educação permanente, proporcionam processos coletivos de autoanálise e autogestão, que podem contribuir para ações mais criativas e efetivas no contexto em que

estão inseridos os gestores, profissionais, estudantes, usuários (Carvalho & Ceccim, 2015, p.143).

Dessa forma, destaca-se a necessidade de conhecer como está acontecendo a interiorização do cuidado em saúde mental e de reconhecer o campo de trabalho em saúde, como um lugar complexo e cheio de possibilidades de aprender e ensinar. Pois é no coletivo, no trabalho em equipe que compartilhamos experiências, mobilizando saberes, que nos transformam e nos afetamos, trazendo mudanças em nós e em quem nos relacionamos. Nessa perspectiva a Educação Permanente proporciona processos coletivos de autoanálise e autogestão, que podem contribuir para ações mais criativas e efetivas no contexto em que estão inseridos os gestores, profissionais, estudantes, usuários (Carvalho & Ceccim, 2015). E desta forma, a educação permanente em saúde está presente de forma transversal neste estudo, a partir das experiências concretas do cotidiano do mundo do trabalho.

2.2 Educações Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde (EPS) foi proposta em 1980 pela Organização Pan-Americana da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), como forma de desenvolver os Recursos Humanos na Saúde (Miccas, Batista, 2014). No Brasil, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, foi instituída pelo Ministério da Saúde, através das Portarias nº 198 de 2004 e da Portaria nº 1996 de 2007, como uma estratégia do SUS, para melhorar o desenvolvimento e formação de trabalhadores, integrar ações de ensino e saúde, promover a reflexão crítica sobre as práticas de saúde, fomentar a promoção da saúde e resolutividade clínica (Brasil, 2004a; Brasil, 2007).

Esta política visa aproximar ações e serviços com as instituições formadoras, no sentido de promover mudanças na formação em saúde e provocar alterações nas práticas

dominantes dos sistemas de saúde, através da problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe. Assim como, construir um SUS democrático, equitativo e eficiente.

No ano de 2003, o Ministério da Saúde cria a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), em conformidade com os princípios e diretrizes da NOB/RH (2005), convicto da necessidade de se implementar uma política de valorização do trabalho no SUS. A partir da criação desta secretaria, o Ministério da Saúde assumiu o papel de gestor federal no SUS responsável por formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde (Brasil, 2010). Este espaço foi criado para tratar especificamente das questões de trabalho e educação na saúde, representa um novo momento para os trabalhadores do SUS.

Este momento possibilitou vários avanços, como a criação da Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde e a estratégia de Polos ou rodas de Educação Permanente em Saúde. Esta construção foi fruto de lutas coletivas que tiveram como resposta o compromisso governamental de reconhecer o trabalhador da saúde como protagonista da consolidação do SUS e fundamental para efetivar a Reforma Sanitária brasileira (Sarreta, 2009; Brasil, 2005). Deste modo, o SUS passa a ser visto de forma mais ativa como meio de reorientar as práticas de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, assim como exigir mudanças nas formas de ensinar e apreender.

Após a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a Educação Permanente em Saúde (EPS) foi indicada para a formação e qualificação dos trabalhadores da saúde, este tema compôs um dos dez eixos temáticos dessa Conferência, e a EPS fez parte da estratégia central da formação. Na busca da transformação deste modelo, o Ministério da Saúde passa a construir estratégias para efetivar a criação de vínculo entre o trabalhador e os serviços de saúde pública e consolidar a formação de seus trabalhadores. Sendo esta uma estratégia de

ampliar as formações que ocorriam apenas de forma esporádicas e pontuais, através de cursos de atualizações, treinamentos e protocolos (Sarreta, 2009; Brasil, 2005b, CNS, 2004b)

Tendo como proposta a Educação Permanente de incorporar o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas de saúde, no contexto real em que ocorrem; as pessoas deixam de ser percebidas apenas com receptores, e passam a ser considerados atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ampliando os espaços educativos dentro das organizações e na comunidade (Brasil, 2009). A EPS é vista como uma importante fonte de transformação das práticas de cuidado em saúde.

A implantação inicial da Política de Educação Permanente ocorreu através da criação Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), com oferta de cursos de formação técnica, qualificação e especialização para os profissionais da saúde, além de propor mudanças curriculares nos cursos de graduação e na educação popular em saúde. Estes polos foram eficazes na difusão da proposta da EPS pelos diferentes municípios brasileiros. No entanto, os Polos se extinguíram, sendo uma das consequências a falta de investimento financeiro e de avaliação sobre os resultados da EPS, referente a transformação alcançadas nos processos de trabalho, gestão e clínica em saúde (Silva & Silva, 2015).

É importante ressaltar, que a Educação Permanente em Saúde não pode ser confundida com a educação continuada, que se baseia nas demandas individuais de capacitação. Vasconcelos (2009) coloca que a EPS vem para romper com esse modelo cartesiano, fragmentando, e propõe que o conhecimento seja construído através da democratização do saber, constituindo-se como uma importante ferramenta para gestão de coletivos. Esta política trata de uma aposta, para fomentar práticas inovadoras que possibilitam a reflexão sobre o trabalho em saúde e a construção de projetos de aprendizagem colaborativa e

significativa, através das vivências em equipes no cotidiano do serviço que fazem parte, em meio a seus desafios e necessidades (Brasil, 2014).

A EPS enquanto pressuposto da aprendizagem significativa, ou seja, que produz e promovem sentidos, aposta na transformação das práticas profissionais através de reflexões crítica construída na prática concreta das equipes, através de profissionais reais, com práticas reais no contexto que estão inseridos (Brasil, 2010).

Para Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006), a EPS é fundamental para que práticas inovadoras sejam construídas na saúde, contribuindo para a efetivação de um SUS de qualidade e universal para todos. Colocam que a saúde se produz “no ato”, na relação entre os envolvidos no processo, trabalhadores e usuários. Apontam, que a EPS é baseada na pedagogia crítica e no obstructionismo, assim o processo de trabalho em saúde torna-se objeto de reflexão com a participação ativa dos atores da saúde.

Apesar dos limites postos sobre a política de educação permanente em saúde, a proposta deste estudo é avançar para além das concepções *postas pela política ministerial*. Para isso, é importante colocar alguns fundamentos dessa proposta que contribuem para esclarecer diferentes compreensões e concepções pedagógicas e metodológicas predominantes na saúde.

Conceituar Educação Permanente em Saúde, frente aos vários conceitos existentes na literatura, torna-se um desafio, pois há várias formas de compreendê-la. Gigante e Campos (2016) destacam que:

Nos textos governamentais existe a preocupação com a educação formal, que gera habilitação profissional específica, e com o desenvolvimento dos profissionais já habilitados e inseridos no mundo do trabalho. O desenvolvimento destes profissionais aparece nos textos oficiais com

diferentes designações, como treinamento, reciclagem, educação contínua ou continuada, capacitação, educação permanente ou aperfeiçoamento, entre outras. Tais denominações, embora se refiram às práticas educativas para o trabalhador inserido no serviço, apresentam diferenciações metodológicas que refletem uma diferença de conceituação sobre o processo de ensino-aprendizagem (Gigante e Campos, 2016, p. 754).

Ceccim (2005) coloca que a Educação Permanente em Saúde por vezes é compreendida como: *Educação em Serviço*, quando os conteúdos, instrumentos e recursos são utilizados visando uma formação técnica. *Educação Continuada*, quando há uma investidora de carreiras por serviço em determinado tempo e lugar específico. Ou por *Educação Formal de Profissionais*, onde as vivências profissionais são colocadas em articulação entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino.

Este autor ainda coloca, que para muitos educadores a EPS é um desdobramento da Educação Popular de Paulo Freire. Para outros educadores, seria um desdobramento do Movimento Institucionalista em Educação, caracterizada fundamentalmente pela produção de René Lourau e George Lapassade. E ainda aponta os que percebem a Educação Permanente em Saúde como sendo fruto de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, resultando da educação em serviços de saúde, educação continuada para o campo da saúde e na educação formal de profissionais de saúde. Após trazer essas diferenciações Ceccim (2005) conclui que na EPS é a construção de perfis profissionais e de serviços que proporcionem autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, através de experimentação, vivências e afetações em contextos reais que exigem dos profissionais a

construção de relações que perpassa modelos prescritivos levando a disruptura com instituídos, e impulsionando a inovações de formulas e modelos.

Para Lemos (2016) a aposta na transformação das práticas de cuidado no SUS, através da PNEPS, se sustenta na EPS através de três fundamentos que são a micropolítica do trabalho vivo, método da roda e problematização/aprendizagem, sendo estes elementos entrelaçados capaz de gerar nos sujeitos resolutividade aos problemas da saúde pública.

Dessa forma, ao propor a Educação Permanente em Saúde como um campo de produção de conhecimento, me proponho neste trabalho de ir além do que é posto na Política de Educação Permanente, que se apresenta como algo já instituído e formalizado, a proposta é pensar a EPS no seu cotidiano para além de rodas planejadas, ou ações de educação continuada construídas a partir de atualizações com temas já selecionados, atualizações, ou capacitações que ocorrem de forma técnica. O cenário de Educação Permanente que me proponho a estudar é de uma equipe multiprofissional de um CAPS em uma cidade de pequeno porte, investigando os modos de aprender e cuidar no cotidiano do trabalho.

Pois como coloca Merhy (2013), o mundo do trabalho é muito vasto, e as relações que nos inserimos no nosso cotidiano, com os outros trabalhadores, usuários, gestores, é atravessado por diversos processos ligado ao trabalho, que disparam atos produtivos em nós, assim como dispara processos formativos. Pois o trabalho em saúde, coloca os trabalhadores em uma posição de encontros que reflete a todo o momento o desenvolvimento das práticas em saúde, como o fazem, o que o outro faz, e o que o outro faz em nós. Desta forma, a Educação Permanente no mundo do trabalho exige que nós trabalhadores, façamos uma reflexão sobre o próprio ato que estamos fazendo. Ou seja, olhar para as relações do mundo do trabalho, e perceber como essas relações podem ser produtoras de conhecimento, e estão agindo em nós constantemente, de forma intensa.

Dessa forma, a Educação Permanente em Saúde deve ser utilizada como dispositivo para fabricar coletivos, propiciar a reflexão sobre o cotidiano, produzir alteridade para analisar as práticas, assim, criar espaços para que novos pactos de organização do trabalho possam ser produzidos (Merhy, Feuerwerker, Ceccim, 2006). Assim o trabalho em equipe ganha destaque nesse processo, pois como coloca Ceccim, 2005:

Ou constituímos equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras e de fortalecimento e consistência de práticas uns dos outros nessa equipe, orientadas pela sempre maior resolutividade dos problemas de saúde das populações locais ou referidas ou colocamos em risco a qualidade de nosso trabalho, porque sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades em/direitos à saúde.

Desta forma, as equipes interprofissionais, desempenham um papel essencial para que sejam construídas soluções mais integrais no campo da saúde, pois os coletivos de trabalhadores representam uma forma de fortalecer e apoiar as práticas profissionais, onde um trabalhador pode apoiar outro trabalhador dentro da equipe, desenvolvendo assim um cuidado mais ampliado. Deste modo é necessário que os profissionais estejam flexíveis para aprender a aprender, construindo eles mesmos no cotidiano dos serviços aprendizagem individual, coletiva e institucional.

Considerando o contexto dos serviços de saúde que cada vez fica mais próximo da moradia dos usuários, e especificamente no caso da saúde mental que vem avançando na construção de redes de cuidado locais e regionais, insere profissionais em contextos diversos como em cidades de pequeno porte, atuar nessas locais com base em uma formação

biologista, centrada em especialismos, dependência de tecnologias duras, demanda dos profissionais uma desconstrução de saberes já pronto e criatividade para a construção de uma rede de cuidados.

Os serviços substitutivos de saúde mental necessitam de profissionais e técnicos que construam redes possíveis, na tentativa de romper com a lógica manicomial existente. A construção dessas redes, exige a construção de novas possibilidades que sejam anti-hegemônicas, sendo este um processo de alta complexidade, múltiplo, interdisciplinar, intersetorial e interprofissional para que melhor possa compreender o sofrimento humano, dentro do contexto em que está inserido, trabalhando para promover cuidados mais inclusivos e cidadania (Merhy, 2004).

A EPS pode ser percebida em equipes interprofissional, ao se fazer presente em relações que provocam encontros entre equipes ao atuarem de forma conjunta, com movimentos que envolvem seus agentes, práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (Ceccim, 2005).

Dessa forma, quando trazemos a discussão do cuidado em saúde mental em cidades de pequeno porte, abrimos um campo de discussão onde a produção de cuidado por vezes não se adequa aos protocolos clínicos tradicionais. A desconstrução e deslocamento de saberes devem se fazer presente para a construção de novas formas de cuidar, pois como coloca Lancetti (2008, p. 52) “a saúde mental operada no território é uma práxis complexa, em oposição a simplificação que faz funcionar um manicômio”.

Desta forma pensando a Educação Permanente em Saúde como dispositivo do trabalho interprofissional, pois o cenário deste estudo é a prática dos profissionais que ocorrem em um serviço de saúde mental em um CAPS de uma cidade de pequeno porte. É este trabalho que possibilita a invenção de práticas, modos de cuidado, criação de práxis que vão gerando de

forma transversal a educação permanente em saúde, pois essas aprendizagens ocorrem na concretude do cuidado, pois a complexidade do cotidiano vai além do que é dado em cursos de formações ou capacitações. Assim, torna-se necessário conhecer como está ocorrendo esse processo de cuidado nas pequenas cidades.

2.3 A interprofissionalidade como produtora do cuidado integral em saúde mental

A política de saúde mental que vem sendo implantada no Brasil constitui-se como uma política que propõe romper com o modelo hegemônico através da criação de mecanismos e espaços para a produção do cuidado, instituindo um novo lugar que busca romper com o modelo manicomial, através dos processos de desinstitucionalização que busca resgatar a autonomia dos sujeitos, e novos espaços para a reconstrução de suas vidas. Estes cuidados podem ser oferecidos em CAPS, residências terapêuticas, unidades de saúde, suas próprias casas, abrigos e na rua (praças, igrejas, espaços coletivos) (Feuerwerker, 2016). Desta forma, a desinstitucionalização e a produção de saúde na perspectiva da saúde coletiva provocam deslocamentos na centralização de poderes, descentrando, diluindo e provocando horizontalização em saberes e poderes antes inquestionáveis, ao passo em que a nova proposta instituinte busca uma produção de cuidado junto aos sujeitos e seus territórios existenciais.

As demandas que chegam aos serviços de saúde perpassam a especialidade dos campos profissionais, exigindo que os trabalhadores da saúde ampliem seus campos de saberes para adentrar uma nova realidade. Visto a complexidade e abrangência que envolve o processo de saúde e doença, suas múltiplas dimensões (orgânicas, genéticas, psicossociais, culturais e sua determinação social), sendo que este processo também é resultado do modo de vida e de como as pessoas estão inseridas na sociedade. A articulação entre diferentes profissionais de saúde contribui para a construção de um cuidado em saúde mental integral, frente a complexidade em que estão imersos, é neste contexto que interprofissionalidade pode

contribuir para um trabalho em equipe mais efetivo. Assim, a formação dos profissionais de saúde limitadas apenas à sua área específica, torna-se insuficiente para responder as necessidades de saúde. (Peduzzi, 2016).

Junqueira (2013) afirma que a discussão entre diversos profissionais com opiniões e diferentes pontos de vista, contribui para uma visão mais ampla, apesar de não ser completa, não se reduz ao olhar de apenas um profissional. Desta forma, o trabalho interprofissional possibilita a construção de espaço de liberdade, com várias opiniões e visões que proporcionam aos trabalhadores de saúde ver uma realidade de maneira mais rica e mais integral.

No entanto, é importante ressaltar que “trabalhar no mesmo ambiente e estar junto em uma atividade ou ação não significa efetivar a o trabalho interprofissional” (Araújo, Vasconcelos, Pessoa, & Forte, 2017, p.604). Pois este trabalho requer articulações e trocas entre os profissionais, para desenvolverem uma prática colaborativa.

Prática colaborativa na atenção à saúde ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços (OMS, 2010, p. 10).

Como coloca Peduzzi (2010), o trabalho em equipe é dinâmico, podendo se configurar como equipes de trabalho integrado, ou com equipes que apenas representam um aglomerado de profissionais. Ou seja, não basta que os trabalhadores compartilhem a mesma situação no serviço de saúde para corresponder a um trabalho integrado, se atuarem com a divisão do trabalho em saúde, de forma fragmentada, individualizada com foco apenas em sua especialidade. Para que os profissionais realizem um trabalho integrado é necessário que

criem alternativas de inserção no serviço e de organização no trabalho que supere o modelo biomédico e provoquem mudanças nas práticas de saúde.

Entendendo que o conceito de integralidade apresenta diversos sentidos, compreendo neste estudo que a integralidade se expressa na prática e é produzida entre os atores nos diversos serviços de saúde, por meio de um “saber fazer”, sendo uma construção coletiva que acontece no cotidiano atualizando-se nas experiências concretas dos profissionais, usuários, familiares e gestores (Bonaldi et al., 2010; Gomes et al., 2010.). Deste modo, entende-se que “a integralidade é engendrada em meio a relação de legitimação do outro. Ela nunca se dá antes ou fora desta rede relacional. É somente ao agir que se produzem práticas de integralidade em saúde. No agir com o outro.” (Gomes, Pinheiro & Barros, 2010, p. 35).

Pensando desta forma, podemos destacar a situação da equipe em situação de trabalho, onde Barros e Barros (2010) tratam sobre a formação em situação, que corresponde as intervenções coletivas que acontece no âmbito do trabalho, pois a realidade vivida nos serviços força a pensar outros jeitos de operar. Sendo assim a formação do/no trabalho em saúde é potência de formar, produzir encontros que constroem equipes e coletivos.

E é neste caminho que a interprofissionalidade torna-se necessária nos serviços de saúde, pois busca a construção de conhecimento humano em sua integralidade, levado a uma perspectiva de convergência e interação dialética dos conhecimentos específicos. Desta forma, é um conceito que se aplica às ciências, à produção do conhecimento e à prestação de serviços (Simão et al., 2017).

Assim, pensando a interprofissionalidade como facilitadora para a produção do cuidado integral em saúde mental, acredita-se que os trabalhadores neste contexto, através de discussões, aproximações dos territórios e trocas de saberes, possam construir juntos aos

usuários práticas de cuidado em saúde mental mais efetiva e singular, de acordo com as necessidades concretas dos sujeitos, sem a necessidade de afastá-lo do seu território.

CAPÍTULO 3

Os caminhos da investigação

3.1 Referencial teórico-metodológico

Para a realização desta pesquisa, foram utilizados os pressupostos teóricos e metodológicos da Análise Institucional. O desenvolvimento conceitual da análise institucional foi inicialmente desenvolvido na França na década de 1960, e nos últimos anos apresenta-se como relevante instrumental para a investigação de pesquisas da Saúde Coletiva (L'Abatte, 2013).

Na análise institucional a instituição não é algo concreto e observável, mas sim uma dinâmica contraditória que vai se construindo pela história e tempo, é dinâmica e mesmo que não seja perceptível está constantemente em movimento. A instituição compreende um movimento que gera o instituinte e instituído que emana no processo de institucionalização. Entende-se como *instituído* a ordem estabelecida, que tenta produzir certa imobilidade, tende a permanecer estático e conservador. A contestação do que está posto, define-se como *instituinte*, no qual em uma perspectiva ético-estético-política surge como um processo mobilizado por forças desejanter e revolucionárias que busca construir novas instituições ou a transformá-las. Já a *institucionalização* é o resultado deste processo, corresponde ao devir a história, o produto contraditório do instituído e do instituinte (Lourau, 1993; Baremblytt, 2002).

A instituição possui uma função regulamentadora que direciona as atividades humanas, e é concretizada através de organizações ou estabelecimentos (Baremblytt, 2002). Os CAPS constituem-se como estabelecimentos centrais que materializam a RAPS, tornando evidentes movimentos instituintes como o trabalho interprofissional e o cuidado integral e instituído que podemos observar através da clínica manicomial e trabalho uniprofissional. Investigar este estabelecimento em que operam várias instituições, dentre elas o cuidado e o trabalho, torna-se relevante para conhecer como está sendo construído o cuidado em saúde mental nas cidades de pequeno porte.

A análise institucional apresenta uma perspectiva teórica qualitativa. Segundo Minayo (2014), o método qualitativo pode ser utilizado no estudo da história, relações, representações, crenças, percepções e opiniões que são construídas a partir das interpretações que as pessoas fazem a respeito do que vivenciam, se afetam, pensam e constroem. Esta perspectiva é indicada para as investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, estudo de histórias sob o olhar dos atores e para analisar discursos e documentos, na busca de entender o contexto de algum fenômeno local de forma mais profunda.

Tendo em vista a implantação de CAPS em cidades com menos de 15 mil habitantes, é interessante investigar como está ocorrendo o processo de institucionalização. Dessa forma, o referencial teórico da Análise Institucional, ajude a compreender as complexas relações de produções de cuidado por meio do trabalho interprofissional e dos processos de educação permanente como meio de facilitar a construção de intervenções mais efetivas do cuidado em saúde.

De acordo com Rossi e Passos (2014), a Análise Institucional constitui-se como campo de produção de conhecimento e de intervenção sobre a realidade. Por intervenção, entende-se que o pesquisador é, ao mesmo tempo, técnico e praticante (Lourau, 2003). Ou seja, esta perspectiva aproxima a relação entre teoria e prática, com processos simultâneos e contínuos de transformação e construção de conhecimento, sendo necessário transformar para conhecer.

Esta pesquisa trata-se ainda de uma pesquisa-intervenção que consiste em uma forma de investigação participativa, com interferências coletivas na busca de transformação social. Esta perspectiva se afasta de qualquer referência sobre uma possível neutralidade que possa haver nas pesquisas, considera ainda que é em meio às práticas sócio-históricas que o conhecimento se produz (Aguilar e Rocha, 2007). Assim, a pesquisa possibilita a produção

de conhecimento, ao mesmo tempo em que transforma a realidade pesquisada (Monceau, 2005).

Para Lourau (1993), a análise institucional busca não separar o ato de pesquisar do momento em que ocorre o exercício da pesquisa na construção de conhecimento. É importante ressaltar, que neste estudo ocupo o lugar de trabalhadora e pesquisadora do serviço, ou seja, participo enquanto pesquisadora e pesquisado. Ocupar este lugar evidencia a necessidade de realizar a análise de implicação, como o é colocado na análise institucional.

A análise institucional revoluciona ao propor o conceito de implicação e “questionar o lugar dos pesquisadores como especialistas capazes de decifrar uma realidade e manter uma neutralidade quanto ao campo e objeto de estudos” (Fortuna et al, 2014, p. 257). Deste modo, na análise institucional, reconhece a implicação dos pesquisadores nos campos em que estão inseridos.

A implicação pode ser definida como um processo que ocorre por diversas dimensões, econômica, política, psíquico. Podendo ser definida como “a análise do compromisso sócio-econômico-político-libidinal que a equipe analítica interventora, consciente ou não, tem com sua tarefa, ela começa pela análise da implicação existente na oferta, ou seja, na produção da demanda” (Baremlitt, 2002, p. 95).

A análise da implicação é indispensável na análise institucional, é um processo reflexivo e coletivo, que pode ser distinguida de duas formas, a implicação primária e secundária. A implicação primária pode ser definida como a relação do pesquisador com a pesquisa em si. A implicação secundária já resulta dos atravessamentos que perpassam as diversas relações que temos com as instituições (Lourau, 1995; Monceau, 2008).

A forma como as instituições perpassam a construção de cuidado, geram infinitos sentimentos, contradições, curiosidades e desejos. É neste processo de experiências, que instiga o desejo de uma prática investigativa e que construí nosso campo de pesquisa. Pois

como coloca Monceau (2015, p.198) “a implicação profissional é o conjunto das relações que o sujeito estabelece com a profissão (pensada como instituição com sua dinâmica própria) à qual ele pertence, e com as outras instituições nas quais, ou em ligação às quais, ele exerce sua profissão”.

Para compreender melhor o conceito de implicação é necessário compreender o conceito de sobreimplicação, que corresponde uma impossibilidade de analisar a implicação (Monceau, 2008). Pois a sobreimplicação generalizada impossibilita uma análise mais real das instituições implicadas, substituindo por atitudes imperativas consigo e com os outros.

Acreditamos que o trabalho interprofissional pode vir a contribuir para o cuidado em saúde mental com a análise da implicação, principalmente no que se refere às implicações libidinais e políticas, contudo há o risco da sobreimplicação nos impedir de ver outras coisas, pois como coloca Lourau (2003, 2004). A sobreimplicação é uma ideologia normativa do sobretrabalho, gestora da necessidade do implicar-se, composta por elementos subjetivos, que podem camuflar a implicação.

Por ocupar um lugar de pesquisadora, psicóloga do serviço que a pesquisa é desenvolvida, integrante da equipe que participa da pesquisa, algumas estratégias foram utilizadas para analisar as implicações e sobreimplicação que levaram esse processo, sendo estes espaços construídos através das supervisões junto à orientadora do mestrado, a construção dos diários de pesquisa, a restituição realizada junto com os profissionais pesquisados, o suporte metodológico do estudo, dentre outros.

3.2 Socioclínica para a análise das práticas profissionais

O processo de investigação deste estudo ocorreu através da socioclínica institucional, que foi desenvolvida por Gilles Monceau e se baseia em características que determinam a relação entre sujeito e objeto e o modo como os sujeitos estão implicados na instituição (Monceau,

2013, p. 93-101). Este autor apresentou oito características, como princípios organizadores desta abordagem de pesquisa que são:

1. Participação dos sujeitos na abordagem,
2. Trabalho dos analisadores;
3. Análise das transformações que se produzem à medida que o trabalho avança
4. Aplicação das modalidades de restituição que desenvolvem os resultados provisórios do trabalho aos participantes
5. Análise das implicações primárias e das implicações secundárias da pesquisadora e dos outros participantes.
6. Intenção de produção de conhecimento
7. Atenção aos contextos e as interferências institucionais nas quais estão implicados os pesquisadores e outros participantes.

É importante salientar que para este autor, as características metodológicas são uma forma para se aproximar das questões sociais e de se relacionar com os sujeitos e objetos, de modo a facilitar a investigação a ser realizada.

Para a análise destas investigações, um conceito relevante na Análise Institucional para a elucidação dos acontecimentos, é o conceito de analisador, que foi emprestado de Felix Guattari. Os analisadores correspondem àquilo que permite revelar sobre o que está implícito em uma instituição, a “instituição invisível” (Lorau,1993). O analisador é “àquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar” (Lourau, 1995, p. 284).

Para Barembritt (2002, p.64) o analisador “contém os elementos para se auto-entender, ou seja, para começar o processo de seu próprio esclarecimento. [...] um analisador é um produto que pode se autoanalisar.” A autoanálise e a autogestão são dois objetivos básicos da análise institucional. Sendo que na autoanálise as comunidades são protagonistas,

apresentam um vocabulário próprio das suas vidas “não se trata de que alguém 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 não conseguir” (p.17). Ou seja, para este autor este é um processo em que os coletivos produzem e se reapropriam dos saberes em torno de si mesmo, que por vezes encontra-se apagado, subordinado a saberes científicos e dominantes.

Para Lourau (2003) o nosso funcionamento ocorre, em todos os lugares, geridos pela heterogestão, ou seja, "geridos" por "outrem", e aceitamos isso como se fosse algo natural. Por isso, afirma que a autogestão que existe, acontece dentro em meio a uma contradição total, já que a vida cotidiana se passa no terreno da heterogestão, e ela nos aliena, priva de nossa autonomia e da nossa liberdade. Contudo a autogestão é um suporte, um instrumento valiosíssimo à análise.

3.3 Campos da pesquisa e cenário do estudo: Um CAPS I no interior do Piauí

O Estado do Piauí faz parte das 27 unidades federativas do Brasil. Está localizado ao noroeste da região Nordeste. Possui uma área de 251.577,738 Km², distribuídos em 224 municípios que juntos perfazem uma população de 3.118.360 habitantes (IBGE, 2010).

Dentre os 224 municípios do Piauí, apenas dois apresentam população superior a 100.000 habitantes - a capital que é Teresina e Parnaíba. Em 81 municípios a população encontra-se distribuída entre 10.000 a 20.000 habitantes e em 83 municípios, a concentração populacional é inferior a 5.000 habitantes. A renda per capita é da ordem de R\$ 6.051,00 e o índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,646. A economia é baseada, predominantemente, no setor de serviços (comércio), na indústria (química, têxtil, de bebidas), na agricultura (soja, algodão, arroz, cana-de-açúcar, mandioca), pecuária extensiva, produção de mel, caju e a produção de biodiesel através da mamona (Piauí, 2016).

Em relação à oferta de Serviços e de ações de saúde, o Estado do Piauí apresenta, na Atenção Básica, ampla cobertura de 99,36%, da Estratégia de Saúde da Família. Somente 65 municípios do Estado, ou seja, 28 % apresentam cobertura da ESF menor que 100%. Para o atendimento à saúde da população, o Estado conta com uma rede assistencial composta de 2.650 estabelecimentos de saúde, dos quais 60,83% são públicos (DATASUS, 2017).

Os municípios do Piauí são organizados por quatro Macrorregiões, e dividido em onze Territórios, como pode ser observado abaixo.

MACROREGIÃO	TERRITÓRIO
LITORAL	Planície Litorânea.
MEIO NORTE	Cocais, Carnaubais , Entre Rios.
SEMI-ÁRIDO	Vale do Sambito, Vale do Rio Guaribas, Vale do Rio Canindé, Serra da Capivara.
CERRADOS	Vale dos Rios Piauí e Itauera, Tabuleiros do Alto Parnaíba, Chapada das Mangabeiras.



Figura 3 Territórios de Desenvolvimento

Esta pesquisa foi realizada no território de Carnaubais, localizado na Macrorregião Meio Norte, composta por 16 municípios que se dividem em dois grupos AG 5 – que é composto por: Boa Hora; Cabeceiras do Piauí; Boqueirão do Piauí; Campo Maior; Capitão de Campos; Cocal de Telha; Jatobá do Piauí; Nossa Senhora de Nazaré; Sigefredo Pacheco. E AG 6 – que compete a Assunção do Piauí; Buriti dos Montes; Castelo do Piauí; Juazeiro do Piauí; Novo Santo Antônio; São João da Serra; São Miguel do Tapuio.

Território de Desenvolvimento “Carnaubais”

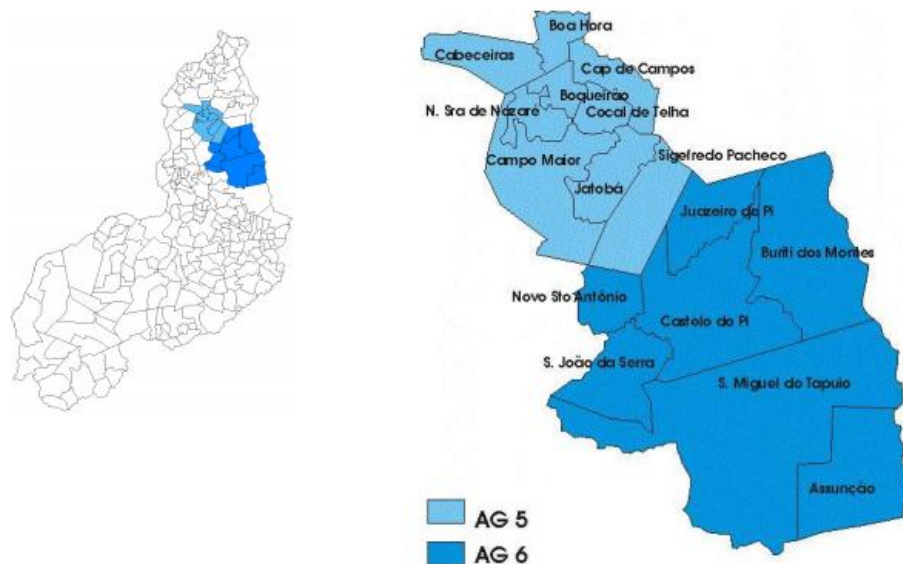


Figura 2. Território de Desenvolvimento “Carnaubais”

O território de Carnaubais possui uma área de 19.651,34 Km² e, uma população de 168.024 pessoas, sendo que a população urbana corresponde a 83.604 habitantes e a população rural 84.420 pessoas (CGMA, 2015).

Esta pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I, que foi implantado através de consórcio entre dois municípios, Capitão de Campos-Pi (onde este serviço se localiza) com população de 10.953 habitantes, e Boqueirão do Piauí, com 6.193 habitantes. Somando a população destes dois municípios, a rede de atenção em saúde mental

abrange uma população de 17.146 habitantes (IBGE, 2010). Para isso, solicitou-se a concordância documentada da instituição, que se colocou disponível para a realização do estudo.

O município onde este serviço está localizado possui uma área de 592,2 km², tendo como limites ao norte os municípios de Piripiri e Boa Hora, ao sul Jatobá do Piauí e Cocal de Telha, a leste Pedro II, Piripiri e Jatobá do Piauí, e a Oeste Boqueirão do Piauí, Cocal de Telha e Boa Hora. O clima é tropical semiárido quente, com duração do período seco de seis meses e temperaturas médias Entre 25°C a 34°C. A vegetação é campo cerrado. A população urbana corresponde a 6.347, e a rural 4.609 pessoas. Em relação a população residente por sexo 5.440 corresponde do sexo masculino e 5.516 do sexo feminino.

A rede de saúde do município é composta por seis Equipes de Saúde da Família, sendo quatro na zona urbana e duas na zona rural. Conta ainda com quatro Equipes de Saúde Bucal, uma equipe de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Hospital Municipal, e um CAPS tipo I.

O CAPS I foi credenciado em 7 de março de 2014, com o objetivo de atender as demandas de saúde mental nessas cidades. O quadro profissional é composto por 17 pessoas, que foram convidados a participar deste estudo, sendo: um psiquiatra, uma psicóloga, um enfermeiro, uma assistente social, uma profissional de educação física, uma técnica de enfermagem, uma artesã, doisicineiros - um de música e outro de canto, um técnico administrativo e coordenador do serviço. Como equipe de apoio conta com uma recepcionista, uma auxiliar de cozinha, duas pessoas que trabalham na limpeza, dois vigias. O critério de inclusão/exclusão para participar da pesquisa restringia os profissionais que atuam neste serviço nos diferentes cargos e que apresente disponibilidade para participar do estudo, esclarecendo que a participação não era obrigatória.

O CAPS I funciona de segunda a sexta, das 8:00 às 17:00 horas. A carga horária de trabalho dos profissionais de nível superior corresponde às 30h, a maioria trabalhava durante três dias por semana, exceto o psiquiatra que atende uma vez por semana, enquanto a equipe de apoio trabalha um turno durante toda a semana. As atividades ofertadas referem-se consulta com psiquiatra e psicóloga, orientação com assistente social, oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, visitas domiciliares, oficina de música, alongamento, dentre outros.

3.4 Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde-CNS e a Resolução 510 de 2016. Levando em consideração as exigências contidas nestas resoluções que regulamentam a pesquisa com seres humanos, priorizando assim, os aspectos éticos no estudo. Aos participantes foi assegurada a autonomia, a certeza da não maleficência, a certeza da beneficência, o anonimato, a privacidade e a desistência em qualquer etapa da pesquisa se assim desejarem.

Após a aprovação da pesquisa, que foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí (UFPI), através da Plataforma Brasil, sendo aprovada sob o parecer nº 83066318.6.0000.5214, foi solicitado aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa.

3.5. Os caminhos seguidos e os instrumentos de pesquisa

Para a realização desta pesquisa foi utilizado os seguintes instrumentos para a construção dos dados: a) roda de conversa com os profissionais do CAPS I b) diário de pesquisa; c) participação observante e d) restituição coletiva.

a) **Roda de conversa;**

Foram realizadas três rodas de conversas com equipe de profissionais, entre os meses de maio a junho de 2018, com aproximadamente duas horas de duração cada encontro. As rodas aconteceram no próprio serviço, com a participação de cerca de onze profissionais do CAPS. Todos os encontros foram registrados em diário de pesquisa.

A roda de conversa é uma metodologia que possibilita discursões coletivas sobre determinadas temáticas do cotidiano, com a criação de diálogos, trocas e reflexões sobre as temáticas abordadas. É uma metodologia participativa, que possibilita a construção e colaboração entre o grupo (Afonso & Abade, 2008).

1º roda de conversa (abril de 2018): apresentação e processo da construção do serviço do caps.

Neste primeiro encontro foi apresentada a proposta e metodologia de pesquisa junto à equipe, destacando que se tratava de uma pesquisa-intervenção onde seriam convidados a refletir e analisar os processos de trabalhos desde a implantação do CAPS e de como vinha sendo construído os cuidados neste serviço. Foi colocado para a equipe que esse tema surgiu por interesse da pesquisadora, pois com a proposta do mestrado acadêmico e contribuições da orientadora percebeu a temática e essa campo de pesquisa como possibilidade para uma pesquisa-intervenção. Realizei a leitura de um texto (Anexo 1) para a equipe, que elaborei sobre as implicações e sobreimplicações que me motivaram a essa pesquisa. A equipe acolheu a proposta, relataram que não tiveram capacitação para atuarem no serviço.

Antes de iniciar a roda de conversa, foi proposta uma “dinâmica sobre o caminhar” na qual cada profissional pudesse apresentar como ocorreu sua inserção no serviço, as facilidades e dificuldades durante o percurso da construção do cuidado em saúde mental em uma cidade de pequeno porte.

Nessa etapa, construímos junto à equipe como ocorreu o processo de escolha dos profissionais para compor a equipe do CAPS, os pontos marcantes da construção deste serviço. Assim como foram sendo realizados os trabalhos em equipe e quais as singularidades vivenciadas em um CAPS I de cidade de pequeno porte.

Algumas dificuldades na implantação do serviço foram colocadas, pois a maioria dos profissionais não sabia como era desenvolvido o trabalho no CAPS e não houve capacitação para implantar o serviço. Inicialmente os profissionais buscaram junto aos agentes de saúde identificar os usuários que necessitavam do serviço. Colocaram ainda as dificuldades encontradas frente à falta de infraestrutura, não ter transporte, impasses vivenciados com a gestão local, referente a permanência ou não de alguns profissionais no serviço.

De modo geral, a equipe reconheceu como evoluíram sobre os modos de cuidados e o modo de realizar o trabalho. No final deste primeiro encontro relataram como positiva a experiência, mas em alguns momentos também que não gostavam de lembrar o que já tinham passado, pois relataram que já sofreram muito na implantação do serviço, pela falta de suporte que orientassem o que deveria ser feito.

A partir dos relatos, pactuamos que no encontro seguinte trabalharíamos com os temas de trabalho interprofissional e cuidado.

2º Encontro (maio de 2018): trabalho em equipe e cuidado.

Nesse encontro discutimos como estava sendo desenvolvido o trabalho em equipe e cuidado. Para facilitar essa conversa foi utilizado inicialmente uma dinâmica sobre receber e ofertar cuidado, onde os profissionais se percebiam como usuários e trabalhadores da saúde.

Em relação ao trabalho em equipe inicialmente os profissionais elucidaram sobre as atividades realizadas no CAPS como potencializadora desse trabalho como as rodas de

conversas com usuários, oficinas, roda de terapia comunitária, atendimento compartilhado e visitas domiciliares, construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS). A maioria colocou as reuniões de equipe como uma ferramenta potente para a organização do serviço, cabe ressaltar que as reuniões de equipe foram frutos dessa pesquisa, pois não era algo regular do serviço.

Como as práticas de cuidados citadas estavam centradas apenas para o cuidado dentro do serviço, tentamos dialogar no sentido de compreender o cuidado em saúde para além do CAPS, com articulação dos outros equipamentos de saúde disponíveis no município e recursos presentes no território. Neste momento os profissionais inicialmente colocaram sobre as dificuldades de articulação, destacando que não tinham para onde ou a quem recorrer, que a responsabilidade se centrava nos profissionais do serviço, e justificaram a existência de barreiras devido a questões políticas, pois existem conflitos entre os gestores do município que dificulta a articulação entre os profissionais de diferentes serviços.

Outro ponto de reflexão pelos profissionais nesta roda é que predominava na equipe um discurso que o trabalho realizado era ótimo e a equipe maravilhosa, mas à medida que foi avançando as conversas, traziam falhas do serviço e conflito entre os profissionais, percebendo que não era tão boa assim. Colocaram também os impedimentos devido a questão política para o andar do serviço que isto acaba interferindo diretamente os cuidados em saúde.

Após dar por encerrada as rodas de conversas, os profissionais aproveitavam do momento para buscarem estratégias de superações de pontos que eram colocados. Nesta roda começaram a se articular para trabalharem mais em rede, percebendo que este é um ponto que pode partir do próprio CAPS buscar articular com demais serviços.

3º Encontro (junho de 2018): desafios para a realização do trabalho em saúde mental em cidade de pequeno porte

Tendo em visto que na roda anterior, ficou muito presente as dificuldades para construção do cuidado em saúde mental, os profissionais apontaram para a necessidade de aprofundamento dessas discussões.

Neste encontro a equipe foi instigada a refletir sobre os desafios para a construção do cuidado em cidades de pequeno porte. Inicialmente apenas uma pessoa falou bem baixo que era a falta de recurso. Após isso os profissionais ficaram por um tempo em silêncio, um mal estar foi gerado, começaram a responder de forma bem pontual, temerosa. Neste encontro o serviço estava com ausência de dois profissionais por não estarem recebendo o seu pagamento.

Foram colocadas dificuldades que vinham sendo vivenciadas junto à gestão, devido à falta de medicação e com isso a quebra do cuidado com os usuários. A equipe encontrava-se desanimada, reclamaram sobre a infraestrutura não ser adequada, falta de recursos materiais, dificuldade de articulação em rede, e se sentir invisível perante a gestão.

Outra dificuldade que foi trazida refere-se aos pacientes que entram em crise e muitas vezes, o próprio CAPS apresenta dificuldade para acolher o paciente, e quando necessita encaminhar a outro serviço há vários entraves, por falta de transporte, medicação, apoio familiar fragilizado. Ou seja, o fato do CAPS estar inserido em uma cidade interiorana; às vezes, vivencia situações onde um paciente surta e não tem médico algum na cidade, ou o pequeno quadro de profissionais que estão no serviço não conseguem conter o paciente, precisando contratar pessoas que não fazem parte da equipe para ajudar no deslocamento para outra cidade. A questão da crise torna-se uma questão bem complexa, fazendo com que a equipe também refletir a necessidade de organizar como devem ser acolhidos estes casos. Nota-se que a crise se constitui como um analisador que proporciona momentos de Educação Permanente da equipe.

A equipe conclui que apesar de todas as dificuldades constituem uma equipe forte, que um sempre tenta apoiar uns aos outros. E assim processos de cuidados são desenvolvidos, usando o que tem no serviço para a construção de oficinas, inventando, criando uns com os outros, mas sempre estão desenvolvendo algo.

b) Diário de pesquisa

O diário de pesquisa é uma técnica que possibilita “produzir um conhecimento sobre a temporalidade da pesquisa (p.77).” Permite a reconstrução do trabalho de campo e a reconstrução da história subjetiva do pesquisador, permitindo que o leitor tenha conhecimento das práticas cotidianas do campo, afastando assim, as “fantasias” que posso existir em torno da produção do conhecimento (Lourau, 1993).

De acordo com Pezzato & L’abbate (2011), o diário de pesquisa constitui-se como uma técnica de intervenção, pois o ato de escrever possibilita a reflexão das vivências do campo. A reflexão sobre o vivido, as afetações, angustias, implicações e desejos, que podem ocorrer de forma individual ou coletiva, revela o que não foi dito, e evidencia a não neutralidade no processo de investigar do pesquisador pesquisar.

Assim os diários de pesquisa foram utilizados para fazer o registro de vivências do cotidiano relacionadas a temática do estudo. A construção desse material era realizada após algumas atividades realizadas pela equipe multiprofissional. Dentre tantas vivências, foram realizados uns 18 diários de pesquisas referentes aos meses de maio a agosto. Produzidos a partir de situações do cotidiano como: oficinas, visitas e consultas conjuntas, reuniões, eventos em outros locais, recordações de processos vividos, dentre outros.

c) Participação observante

Para Favret-Saada (2005) construir uma participação observante, nos coloca em um lugar que nos leva a fazer da “participação” um instrumento de conhecimento. Pois ocupar tal lugar mobiliza nossos afetos, pensamentos, imagens, não se sobressaindo dos demais investigados, e aceitar ocupar esse lugar e ser afetado possibilita uma comunicação específica com os demais, sem uma intencionalidade, podendo ser verbal ou não.

Como já colocado anteriormente, é importante ressaltar que o autor desta pesquisa faz parte do quadro de profissionais do dispositivo do presente estudo. Após ser proposto a equipe para além de ser membro, tornar-me pesquisadora no campo de trabalho, passo a ocupar um lugar de objeto e sujeito de estudo. Deste modo, escolher a participação observante, como ferramenta de pesquisa, se justifica pela possibilidade de vivenciar experiências reveladoras, que dão visibilidade aos elementos constitutivos das relações cotidianas, participando ativamente e sendo afetado por todos os atravessamentos que perpassam essa experiência.

Participar corresponde a estar lá, aceitar ser afetado, ou seja, assumir o risco de ver seu projeto de conhecimento se desfazer. É importante destacar que a “participação” e “ser afetada”, não correspondem à empatia, seja como “experimentar os sentimentos do outro” ou uma “identificação” com o outro, mas sim uma possibilidade comunicação (Favret-Saada, 2005).

Fazer parte da equipe em que realizei este estudo, trouxe à tona implicações e sobreimplicações que atravessavam o desejo deste estudo. Assumir o papel de pesquisadora me faz perceber coisas, que por vezes, a equipe não percebe. A entrada no mestrado acadêmico, antes mesmo de iniciar a pesquisa com os profissionais, nos fez perceber como alguns processos na realização do trabalho vêm se modificando. Pois o deslocamento de

passar a fazer parte além de trabalhadora, agora como pesquisadora do serviço, sendo assim não só observadora, mas participante, ficou perceptível algumas interferências no serviço.

O ano de 2018 é o ano que inicio a pesquisa no CAPS, e esse olhar de pesquisadora, me possibilitou observar que atuação dos profissionais, não havia a mesma empolgação, nem tanta força como no início da sua implantação. Profissionais desmotivados, pouca empolgação para desenvolver atividades, sendo este processo fruto da sobrecarga que ficava para alguns profissionais, e da falta de cooperação de outros. Um exemplo disso é referente às oficinas que são realizadas semanalmente, pois os profissionais que facilitavam a roda geralmente tinham que organizar o espaço, ir atrás das cadeiras, som, e muitas vezes, durante a atividade se fazer ausente para pedir aos outros profissionais que fizessem silencio, por estarem atrapalhando com o barulho. Outro ponto que também pode ser apontado são condições precárias que por vezes o serviço enfrenta. Falta de medicação, materiais, solicitações que são feitas para os órgãos gestores e não são atendidos.

Todos esses acontecimentos me afetavam, fazendo surgir o desejo implantar algumas ações que até então não estavam sendo realizadas, ou não estavam tão bem organizadas. A reunião de equipe para mim é um ponto fundamental no processo de desenvolvimento do serviço e ao fazer tais colocações para os profissionais, analisar junto e desconstruir uma visão só minha, e passa a ser uma visão do coletivo, que passa a perceber as mesmas coisas. Então, o início do trabalho em 2018, foram colocadas algumas metas para desenvolver o trabalho, uma delas foi a reunião de equipe para acontecer mensalmente. Essas reuniões passaram a serem desenvolvidas no final de cada mês, construía o calendário mensal das atividades que iriam ser realizadas, abriam espaços para discussões de caso e avaliação do serviço.

A partir dessas reuniões foi possível colocar pontos que estavam fragilizados o trabalho dos profissionais e buscar soluções para o melhor desenvolvimento. Sendo perceptível no desenvolvimento das atividades uma maior cooperação e cuidado com os trabalhos desenvolvidos e uma articulação maior entre os profissionais.

Com o desenvolvimento das reuniões alguns profissionais perguntavam se já estava desenvolvendo a pesquisa, porque estava fazendo aquilo. Sempre relatava que não, mas percebo que o desejo de fazer acontecer as reuniões também vem pelo processo de implicação na pesquisa. E ocupar um lugar enquanto participação observante, corresponde a se permitir ser atravessada por afetações e participação ativa no processo de construção do conhecimento e transformação da realidade.

d) Restituição coletiva.

A restituição é parte integrante da pesquisa, sendo constante no grupo. Constitui-se como um movimento que possibilita retomar os acontecimentos, que são geralmente excluídos (Lorau,1993).

Constitui-se em uma metodologia que deve ser levada em consideração durante a construção do trabalho da socioclínica, pois este processo ajuda a fortalecer a participação do grupo na pesquisa e observar as interpretações durante o percurso do estudo (Monceau, 2015). Em cada roda era realizado uma restituição junto a equipe, na primeira roda foi realizado uma restituição sobre o conteúdo dos diários, na segunda e terceira já foi realizado restituições com base nas rodas realizadas, além dos diários.

3.6 Análises dos dados

A análise dos dados ocorreu através da construção ou elucidação dos analisadores. Para Monceau (2013, p. 98) “um analisador é tudo aquilo que apoia a análise das dinâmicas

institucionais, independente da modalidade de trabalho socioclínico”. Dobies & L’abbate (2016) coloca que diante de um analisador, não há como os sujeitos se excluïrem das tomadas de posições, assim tornam visível suas implicações e os modos de agir.

Os analisadores permitem fazer surgir dados que estavam encobertos, ou seja, faz surgir a instituição “invisível” (Lourau, 2003). Para Baremlitt (2002, p.18), os analisadores contêm os elementos para se auto entender, ou seja, para começar o processo de seu próprio esclarecimento. Um analisador é um produto que pode se autoanalisar. E define dois tipos de analisadores, os artificiais e os naturais. *O analisador artificial* corresponde a um dispositivo implantado pelos próprios analistas institucionais, visando proporcionar a explicitação dos conflitos e sua resolução, utilizando-se para isso recursos que faça emergir o jogo de forças, interesses e desejos presente nas organizações. Já o *analisador natural* corresponde que a própria vida histórico-social-natural os produz por conta própria como resultada de suas determinações.

É importante enfatizar que os analistas institucionais na prática técnica, ao nível de produção de analisadores construídos, se valem de todo e qualquer recurso, seja de tipo artístico, cenográfico, dramático, procedimentos de tipo ativista, político, montagens de tipo propriamente científico, experimental, lógico, sociológico, antropológico e manobras do tipo “convivência prolongada”, em que o analisador institucional passa a fazer parte orgânica do conjunto que vai estudar, produzindo assim um artefato próximo à vida cotidiana (Baremlitt, 2002, p.64).

Nesse sentido, ao longo do processo dessa pesquisa, os modos de cuidados em saúde mental institucionalizados devem ser questionados a medida que a interiorização dos estabelecimentos requer modos instituintes para a construção de um cuidado mais próximo

das cidades de pequeno porte. Assim apresentamos a seguir alguns temas que deram visibilidade aos analisadores e serão apresentados nos resultados e análises dos dados:

- História do serviço e da equipe na sua implantação numa cidade do interior;
- Trabalho interprofissional no contexto da interiorização;
- O cuidado entre o manicômio e a integralidade: desafios sobre a atenção à crise no território;
- Gestão do trabalho em saúde e impasses para articulação da RAPS.

Capítulo 4

Trabalho em equipe na atenção psicossocial e a educação permanente em uma cidade de pequeno porte no Piauí: Elucidação dos processos de construção desse dispositivo.

4.1 Construções da encomenda e demanda da pesquisa em meio às implicações.

Na intervenção socioclínica institucional a análise da encomenda e demanda ganha sentido à medida que realizamos com o coletivo. A encomenda surge de uma pessoa, liderança. São diversas as encomendas que surgiram e impulsionaram este trabalho. Inicialmente ao ser contratada para atuar em uma equipe de saúde mental em uma cidade de pequeno porte, recebo a encomenda por parte da gestão do município para desenvolver um trabalho que oferte cuidado em saúde mental neste contexto. E que geram várias demandas e inquietações sobre os modos de construir cuidado em cidade de pequeno porte, quando temos uma formação voltada para cidades de maior porte populacional.

Em 2017 ao entrar no Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI), da Universidade Federal do Piauí (UFPI), me deparo com a oportunidade de ampliar a reflexão sobre a interiorização do cuidado e o trabalho em equipe na perspectiva da RAPS, pois o mestrado traz a encomenda de produção de uma dissertação, entro com uma proposta de uma temática diferente, mas durante uma supervisão a professora orientadora da minha pesquisa questiona por que não realizar a pesquisa no serviço em que atuo. Inicialmente fiquei temerosa com a proposta, mas percebi a grande possibilidade e contribuição que poderia trazer tanto para o campo acadêmico como profissional, abraçando assim esta encomenda.

Ao longo da pesquisa, fui percebendo que fazer parte do objeto de estudo, tornou-se um desafio, “sentimos que é muito dolorosa a análise de nossas implicações; ou melhor, a análise dos "lugares" que ocupamos, ativamente, neste mundo (Lourau, 1993, p.14)” as palavras de Lourau descrevem os sentimentos de vários momentos durante o processo desta pesquisadora. Por vezes, sentia que a pesquisa se arrastava.

Assumir o desafio de ser um pesquisador praticante nos exige analisar as implicações não apenas do grupo participante, mas as nossas próprias implicações, nos diversos

momentos, inclusive durante a própria intervenção (Lourau, 1993). Nesse sentido quando proponho conhecer um dispositivo, mesmo fazendo parte dele, posso deduzir que já não conheço mais, ao menos não conheço mais como conhecia originalmente, pois colocar-se o desejo de conhecê-lo já o transforma em algo diferente do original (Martins & Narval, 2013).

Baremlitt (2002) destaca que na AI a implicação é um processo complexo que envolve processos conscientes e inconscientes, econômico, político, psíquico e devem ser analisados em todas as dimensões. A implicação está presente antes mesmo do contato do investigador com seu objeto, fugindo totalmente da neutralidade sugerida nas análises “objetivas”. Desta forma, destaco que neste estudo há a condição da pesquisadora, apresentar uma temática que o coloca na condição de sujeito da investigação – sujeito de pesquisa, trazendo evidências de um sujeito implicado neste processo.

Na construção desta pesquisa confundem-se e misturam encomendas enquanto profissional, pesquisador, e moradora de uma cidade de pequeno porte, além das encomendas do mestrado, junto a isso são geradas várias demandas pela equipe, surgindo ao longo da pesquisa vários conflitos. Lourau (2003) explica que a construção de uma encomenda tem origens na construção de demandas feitas pelo grupo interventor, no entanto, a encomenda é expressão parcial das demandas. Assim, existe uma grande diversidade e muitas contradições entre todas as demandas construídas pelo grupo, além deste processo provocar sempre conflitos entre o investigador e investigado.

A construção de demandas junto a equipe iniciou ao compartilhar com os colegas de trabalho e investigar se eram de acordo que esta pesquisa fosse desenvolvida com eles, houve uma aceitação por toda a equipe, mas alguns dos profissionais de nível médio relatavam medo de não saber como fazer. Enquanto aguardava a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, muitos trabalhadores buscavam saber quando iniciaria a pesquisa, outros já questionar se

algumas ações que realizavam faziam parte da pesquisa. Observando assim que além de colega de trabalho, já passava a existir um olhar sobre pesquisador, interferindo assim na dinâmica do serviço.

No processo de investigação, a validação das demandas do grupo é necessária para informar os desafios postos nas circunstâncias em que ocorrem as investigações, pois a problematização se sustenta na análise das encomendas e demandas (Monceau, 2013). Desta forma, iremos apresentar as demandas e encomendas que foram solicitadas nesse processo de investigação.

4.1.1 História do serviço e da equipe na sua implantação numa cidade do interior.

Na primeira roda de conversa, realizamos um diálogo sobre as propostas e metodologias de trabalho junto à equipe, enfatizando principalmente no processo da construção do CAPS enquanto equipamento de um município de pequeno porte, lembrando que este serviço foi implantado em 2015. A roda de conversa foi iniciada a partir de discussões da inserção dos profissionais neste serviço, visto que basicamente mantem o mesmo quadro de profissionais do início de sua implantação. Buscando analisar como foi a construção do cuidado em saúde mental ofertado.

Ao colocar esta temática os profissionais constataram que foram convidados para trabalhar no CAPS, por meio de contrato, sendo que a maioria não conhecia o serviço, apenas os profissionais de nível superior relataram conhecer de forma bem pontual durante a graduação.

“Eu assim, não era para eu ser profissional do CAPS, era para ser outra pessoa e eu fui pega de surpresa. Aí na hora que a secretária me chamou dizendo que era eu que ia ser, aí eu fiquei dizendo, mas eu não sei como é que trabalho no CAPS. Eu nem estagiei, nem nada. Porque eu estagiei no CRAS. Aí ela disse não, mas você vai conseguir, você é boa para pesquisar [...]” (Participante 01).

“Eu também, assim que me chamaram para trabalhar no CAPS, não era para trabalhar aqui, era nas academias da praça. A secretária me chamou e disse que ia

abrir e tudo, pedi meus documentos, e de repente ela me chama para ir para o CAPS. Aí fiquei pensando: Agora? Ai meu Deus! Tão assim de repente! Que experiência eu tenho para trabalhar em CAPS? A única experiência que eu tive no CAPS foi quando eu estudava que a gente foi uma vez no CAPS fazer uma atividade com pessoal, depois na APAI, então nós fomos um dia em cada instituição, assim só para conhecer, não dá para ter uma experiência ampla, é só uma vivência em um dia ali com as atividades. Mas graças a Deus o trabalho vem dado certo, né?” (Participante 02).

“Foi assim, eu sempre pedi a secretária quando aparecer uma vaguinha que eu precisando de um emprego e tal. Depois de um ano me ofereceram a vaga no CAPS. Ai eu já fui procurar saber como era o serviço” (Participante 03).

Podemos observar que os profissionais relatavam uma formação deficiente em relação a atuação no campo da saúde mental. Para Bezerra Jr. (2007) a formação de profissionais para a saúde é um desafio, e ao considerarmos o contexto do paradigma psicossocial existentes na saúde mental que buscas novas práticas de saúde que superem o modo asilar, se torna um desafio maior ainda devido os serviços de saúde serem compostos principalmente por jovens recém-formados que não vivenciaram as lutas políticas e ideológica que envolveu a criação do movimento antimanicomial.

Lourau (2003) esclarece que no processo da análise das encomendas e demandas, tanto os investigadores como investigados podem querer ocultar algumas coisas, alguns detalhes que não querem que sejam revelados e compartilhados, como sobre dinheiro e poder no estabelecimento. A análise coletiva inicia após a primeira restituição. Assim uma restituição foi realizada com o grupo elucidando para aprofundar sobre a forma de inserção no serviço (“convite” e contratado). Pois esta modalidade está atravessada por questões políticas, partidárias, no qual os profissionais devem estar de um determinado lado, para “segurarem seus empregos”.

Em relação às atividades realizadas para a construção do serviço, os profissionais de nível superior apontam que assim que tomaram conhecimento que participariam da

implantação do serviço, começaram a pesquisar com profissionais que trabalhavam em CAPS de outras cidades e buscas na internet como deveriam ser realizadas as atividades.

“Quando soube que iria trabalhar no CAPS muitas coisas eu pesquisei com profissionais que conhecia e que já trabalhavam em outros CAPS. Aí eu fui indo e eu repassei para todo mundo, repassei para a gestão, para ela mandar imprimir alguns formulários. Fui orientada que começava com acolhimento, tínhamos que fazer uma triagem, aí da triagem que nós íamos né encaminhando. Aí foi indo e nós fomos pegando a prática do dia a dia com os obstáculos” (Participante 01).

“Antes de ir entrar no CAPS eu pesquisei na internet o que era, como seria o meu papel no CAPS, o que ele fazia, então eu achei bom que quando eu cheguei eu tive o contato direto, primeiro com a Coordenadora e depois com a Psicóloga, que me ajudou pela orientação no serviço” (Participante 04).

A equipe relata que não receberam capacitação para implantar este serviço no município. No entanto, uma das profissionais relata que a única capacitação que tiveram foi com a psicóloga contratada na época da implantação, no qual convocou todos os agentes de saúde da cidade, explicou como o CAPS funcionava, e como a equipe deveria fazer para identificar os usuários que necessitavam do serviço. Depois desse encontro as agentes de saúde passaram a encaminhar os usuários das suas áreas que realizavam o acompanhamento em outras cidades ou que necessitavam do serviço. Houve também uma reunião com o secretário de saúde do município conveniado, que passou a encaminhar os usuários do outro município.

“A gente tinha uma psicóloga que fez uma capacitação com a gente e chamou todos os agentes de saúde da cidade. Ela reuniu a gente para orientar sobre como funcionava os CAPS, explicando quem os profissionais deveriam procurar primeiro, porque nós ainda não tínhamos os pacientes. Para fazer a busca dos pacientes precisamos das agentes de saúde para iniciar o trabalho, aí foi indo... as agentes de saúde foram vendo as pessoas que tinha necessidades da área delas e foi encaminhado e assim começou e a gente começou por um bom tempo só com triagem, encaminhando por médico. Depois fizemos umas visitas, depois começamos a iniciar as oficinas, teve a oficina de dança, depois entrou a artesã, depois começou a funcionar.” (Participante 01).

Os primeiros cuidados ofertados aos usuários eram a triagem e o atendimento médico ou psicológico. Os profissionais relatam que tinham muitas dúvidas, a triagem era realizada

apenas pela assistente social e psicóloga, a equipe não sabia se os outros profissionais poderiam realizar, e como a assistente social estava sobrecarregada foram buscar ajuda com os profissionais de um CAPS de uma cidade vizinha em um município de médio porte. O profissional de educação física do equipamento que os receberam explicou que todos os profissionais de nível superior poderiam realizar a triagem, e apresentou os serviços oferecidos no dispositivo, os atendimentos, às visitas domiciliares, as oficinas. Depois deste encontro que os profissionais começaram a desenvolver tais atividades.

“No começo eu fiz muita triagem. Eu lembro que um dia eu fiz tanta triagem que minha mão estava doendo, aí eu não sabia se era para os outros profissionais fazerem. Aí um dia eu fui me informar, no começo do CAPS, por que só quem fazia a triagem era assistente social e a psicóloga. A triagem era enorme. Eu chegava em casa tão cansada, minhas mãos, meus dedos, tudo duro, aí eu dizia para a coordenadora que eu não ia aguentar fazer tanta triagem” (Participante 01).

“Nós não sabíamos se todos os profissionais poderiam fazer a triagem. Nós não sabíamos como é que fazia. Aí a primeira triagem que foi para eu fazer, eu e o enfermeiro nos juntamos, né? Fomos fazer juntos, por que nós não sabíamos, nós tínhamos medo” (Participante 02).

“No começo nós tínhamos muitas dúvidas, sempre nos questionando se o que estávamos fazendo estava certo ou errado. Nas triagens a gente tinha muitas dúvidas, e eu lembro que a gente se deslocou uma vez para o CAPS de uma cidade vizinha, lembro de mais, que a gente tava tendo dificuldade de saber a partir de qual idade as crianças podiam ser atendidas no CAPS, dúvidas de materiais que estávamos usando. E os profissionais de lá nos ajudaram muito, tiraram dúvidas” (Participante 05).

“Quando fomos pedir apoio em um CAPS de uma cidade vizinha, nós falamos com Profissional de educação Física, aí nós fomos perguntando qual era o papel de cada profissional. Que profissionais poderia fazer a triagem, aí ele foi nos explicando que os técnicos que são os profissionais de nível superior, educador físico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, todos podiam fazer sim a triagem. Ele nos mostrou o serviço e como funcionava, mostrou a triagem, aí disse as oficinas que tinham lá, aí disse a gente faz a oficina de dança, oficina disso e daquilo, aí nós fomos abrindo ainda mais os nossos horizontes e nós começamos então a pensar o que a gente podia está fazendo” (Participante 06).

Apesar das dificuldades para a construção do serviço, os trabalhadores colocam que frente a tantas adversidades iam se segurando e se construído por meio da união da equipe,

ajuda mútua dos profissionais para desenvolverem as atividades, busca de conhecimento junto a outros equipamentos da saúde com profissionais que já tinha experiência na área.

“A gente ia se reunindo, eu me lembro, a gente se reunia e conversava sobre o que tava dando certo, o que não. Aí teve um dia eu me lembro de mais que um paciente surtou e saiu a equipe todinha para ir na casa do paciente aí aconteceu umas coisas não muito boa Aí fui onde a gente foi aprendendo com aquilo que não era certo todo mundo sair, e fomos nos organizando. Aí a gente foi aprendendo foi na vivência” (Participante 07).

Observa-se que inicialmente o processo de institucionalização do serviço é marcado por um modelo instituído centrado nos especialismos e fragmentação do cuidado. As dúvidas para a realização das atividades e o desejo de manutenção e melhoramento do serviço provocavam na equipe movimentos de autoanálise e autogestão.

A autoanálise pode ser definida como um movimento onde os próprios trabalhadores, frente a seus problemas, necessidades, desejos e interesses se articulam de modo a compreender, elucidar e tentar produzir eles mesmos, formas de superar as dificuldades que enfrentam e melhorar as situações do cotidiano. A organização do serviço (autogestão) acaba sendo consequência e paralela a autoanálise, e todo esse processo só é possível de ser realizado devido o próprio seio heterogêneo do coletivo interessado (Barembliitt, 2002).

A autoanálise possibilitou o processo de educação permanente entre os trabalhadores. De acordo com Ceccim (2005), a educação permanente se constitui como processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, considerando as relações concretas que ocorrem na realidade, e que possibilita a construção de espaços coletivos para reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. Permite assim, a construção coletiva de novos sentidos para as práticas na saúde mental, provocando deslocamento de atos de cuidados instituídos e instituintes.

O processo de análise sobre a construção do serviço também revelou que o paradigma asilar era a forma de atenção mais esperada pela cidade. Pessoas que chegavam no serviço e

tinham medo de serem trancadas, famílias que demandam a internação como a primeira forma de cuidado. Estigma sobre o serviço, considerando o equipamento como um lugar para tratar loucos. Costa-Rosa (2002) explica que no modo asilar a instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado, sendo o foco do tratamento apenas o indivíduo como ser orgânico, e a medicação a base do tratamento.

No entanto, os profissionais relataram que iam aprendendo sobre esse dispositivo, foram construindo espaços de desconstrução destes estigmas. Como coloca Fortuna et al. (2014) as construções das instituições são marcadas por produção de subjetividades, pois ao mesmo tempo em que a instituição é fabricada por trabalhadores, gestores, usuários colocam em ação as normas e regras, eles também se constroem nesse processo. E é essa construção que vamos observando com a implantação desse serviço.

4.1.3 A história dos profissionais do interior

Desenvolver um trabalho de saúde mental em uma cidade pequena apresenta suas singularidades que são relevantes conhecer, para levantar as aproximações e distanciamentos dos cuidados ofertados nos diferentes contextos relativo a interiorização da RAPS.

O processo de análise sobre a história dos profissionais do interior provocou um movimento sobre a forma como se tornaram profissionais do serviço e as dificuldades que encontraram para desenvolver esse papel. É importante ressaltar que a permanência do quadro de profissionais CAPS, facilitou a construção da elucidação da implantação desse estabelecimento. Pois na literatura especializada encontra-se que os serviços de saúde apresentam rodizio de profissionais, o que acaba por quebrar a continuidade dos cuidados ofertados (Lima & Santos, 2017; Severo, 2014).

Amarante e Torre (2007) ressaltam a importância da necessidade de se lutar contra a rotatividade de profissionais e contratos temporários dos serviços de saúde, para alcançar o

desenvolvimento de políticas mais sustentáveis e resultados mais duradouros. No caso do dispositivo estudado, a justificativa de ser mantida praticamente a mesma equipe, corresponde ao fato de se manter no poder o mesmo partido político, pois o vínculo da maioria dos profissionais é por meio de contrato, o que acaba gerando uma instabilidade de permanência no serviço.

A consolidação dos trabalhadores no serviço foi marcada por diversas dificuldades, a equipe relata que passaram alguns meses sem receber seus salários, devido ao CAPS receber o recuso do governo federal apenas alguns meses após sua implantação. Durante este período o município devia arcar com as despesas do serviço, no entanto o prefeito da época ficou mais de três meses sem pagar os funcionários. Não tinha transporte, poucos recursos materiais e isso dificultavam algumas ações, e desmotivava os profissionais. Uma das profissionais relatou que o período em que ficaram sem receber os salários, além das dificuldades que já enfrentavam para iniciar o serviço, como as dúvidas constantes sobre se estavam acertando ou errado no que estavam fazendo, a psicóloga estava causando um clima desagradável na equipe, o que acabou resultando em sua demissão.

“No início foi muito difícil, tinha a questão também, que no começo o recurso do governo federal não tinha ainda. E a nossa psicóloga era de fora, ela deixava tipo aquele climão dentro da repartição, além de todo mundo tá iniciando aquele trabalho, ninguém sabia o que estava fazendo certo, que estava fazendo errado. Aí ela ficava muito aquela coisa, sabe? Ah! Não dá mais para mim vir. Dizia que estava gastando muito, não tá saindo dinheiro. Ela deu um pontapé muito grande para o desenvolvimento do serviço no início, mas quando foi para destruir também, ela deu um pontapé muito grande que ela ficava falando - vocês vão ser voluntários? E com aquilo ali além da equipe não tá muito lá em cima, tava iniciando, entendeu? Dificultava quando ela abria a boca e falava isso” (Participante 05).

A fragilização dos vínculos dos profissionais com o serviço evidencia a institucionalização do serviço atravessada por um modelo de coronelismo visível na contratação e demissão dos profissionais. Dessa forma, para segurar seus empregos os

profissionais se submetiam a condições de assujeitamento nas relações com os gestores e silenciamento perante as dificuldades existentes.

Outra dificuldade apontada pelos profissionais na implantação do serviço era a descrença da população em relação ao trabalho da equipe. A questão da cidade ser pequena onde “todas as pessoas se conhecem”, foi percebido como algo negativo pela população, relatavam que o serviço não daria certo pelas pessoas se conhecerem, e devido o quadro de profissionais serem predominantemente pessoas da cidade, como podemos observar no seguinte relato:

“As pessoas falavam que ninguém ia querer, ninguém ia confiar, que as pessoas tinham vergonha por ser um serviço sigiloso, que não ia dar certo porque só era de profissionais daqui, né?” (Participante p.08).

No entanto, durante a participação observante alguns registros tratam sobre a aproximação dos usuários com os profissionais, facilitado pela convivência em outros espaços, seja vizinhança, vínculos comuns, relações construídas a partir do próprio serviço, com certa facilidade para conhecer de forma concreta as condições socioeconômicas dos usuários, e possibilitando a construção de redes de cuidado no território articulando os diferentes recursos materiais e humano que ele dispõe. Observa-se que a implantação desse serviço elucidava várias características referente a interiorização tanto do cuidado em saúde, como da formação superior que começa a adentrar os contextos mais interioranos (Macedo & Dimenstein, 2011; Yahn & Yasui, 2014).

Uma diferença apontada pelos profissionais de nível superior na implantação do CAPS em município de pequeno porte em relação aos municípios que já conheciam em cidades de maior porte populacional, foi destacada com base nas lembranças que tinham marcadas por um serviço cheio de usuários “dopados” que passam o dia no local, alguns dando como

exemplo o Hospital Psiquiátrico da Capital e outros os CAPS em que participaram de atividades pontuais durante a graduação nas cidades de médio porte. Diferenciando-se do serviço que estavam construindo, pois os usuários e familiares comparecem ao CAPS para participar dos atendimentos individuais, oficinas ou grupos e após isso voltam para suas casas, para onde estão suas famílias.

“Quando fui convidado para trabalhar no CAPS a primeira coisa que veio na minha mente foi quando eu fui no Hospital Areolino de Abreu e um paciente colocou eu e meus colegas de turma para correr. Aí eu fiquei meio assim, né? Depois pensei... é um desafio, se for para correr a gente corre de novo” (Participante p6).

“A experiência que tive foi em um estágio no tempo da universidade. Era muitos pacientes, tentava fazer atividades, eles vinham correndo, outros querendo agarrar a gente. A gente ficava com aquele medo, meu Deus! Então, eu fiquei confesso que com medo, pensava: ai meu deus do céu acha que não é muito bom trabalhar aqui com esse tanto de gente assim tão maluca” (Participante 02).

A experiência que tive foi em uma cidade bem maior, via pacientes passando o dia no serviço, muitas vezes de forma ociosa, aqui as pessoas vêm para os atendimentos, para a roda, terminou vai para sua casa. E os pacientes são muitas vezes pessoas do nosso convívio, eu pensava que só ia encontrar gente doida, não eu tenho minha tia que vem para cá, meu amigo, alguém da minha vizinhança, ou seja, qualquer pessoa pode precisar vir no CAPS, são pessoas como nós, e aí, às vezes, a pessoa tá passando por alguma coisa e precisa de um cuidado (Participante 01).

É interessante observar que as rodas de conversas com os profissionais se constituíram como espaços de educação permanente ao trazer contribuições fazendo que a própria equipe percebesse os estigmas que possuíam sobre os serviços de saúde mental, evidenciando que os estigmas não pertenciam apenas a população que buscava o serviço, mas os próprios profissionais que ofereciam o serviço. Podemos observar com a criação desse dispositivo um movimento instituinte de transformação no percurso formativo, pois, como coloca Patriota (2011) a Reforma Psiquiátrica impõem uma reorientação em todo processo de formação profissional, onde o papel dos trabalhadores de saúde é determinante para a transformação das relações cotidianas nos serviços de saúde para a construção de concepção e compreensão sobre a loucura, assim como na concepção das novas práticas institucionais.

Destacamos que a formação para a atuação no paradigma asilar ainda é a característica instituída da formação dos profissionais de saúde, que de acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004) o modelo pedagógico da formação hegemônica apresenta uma abordagem biológica, medicalizante e é centrado em conteúdos organizados de maneira compartimentada, isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades clínicas. Costa-Rosa (2000) acredita-se que para a transformação radical no campo da saúde mental, temos que avançar para uma direção político-ideológica e teórico-técnica capaz de responder à substituição radical do modo asilar e sua tecnologia.

A análise dos processos sobre a história dos profissionais do interior juntamente com a restituição trouxe momentos de elucidação para os profissionais fazendo perceber que os estigmas e medos tão presentes no início da construção desse serviço, deram lugar para construção de um equipamento de saúde mental marcado pelas singularidades do território e contexto em que foi inserido.

Podemos observar essas transformações quando os profissionais colocaram que os próprios usuários de municípios vizinhos que tem o CAPS em suas cidades de maior porte populacional, buscam este serviço devido segundo eles ser diferente, “não parecer com um CAPS”. A quantidade de pessoas que são de responsabilidades de outros municípios vizinhos, já chegou, várias vezes, a ser tema de reuniões entre os profissionais para tentar resolver essa demanda. E algumas devido ao vínculo já formado e por sua opção continuam no serviço. Além de relatarmos um movimento de pessoas da cidade que moravam há algum tempo em outros estados e retornavam na busca de tratamento por estarem com algum sofrimento psíquico e por acreditarem que seria mais fácil o acompanhamento neste serviço, além de terem outras possibilidades de cuidado por estarem mais próximos dos familiares.

Para Lima e Yasui (2014) “organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa nesse lugar (p.597)”. Dessa forma, a discussão entre território e produção de cuidado, deve considerar o território para além do espaço físico, olha-lo como local onde as pessoas compõem as suas vidas, espaço relacional onde a vida acontece cheia de afetos, vínculos e desafetos, espaço onde as pessoas produzem modos de ser, amar, relacionar, consumir, reagir. Ou seja, é um espaço cheio de potências, que possibilita problematizar como estão sendo construídos os modos de vida, e como nestes espaços é possível produzir modos de cuidado.

4.2 Trabalho interprofissional no contexto da interiorização

O processo de análise sobre o cuidado em saúde mental e o trabalho interprofissional foi sugerido como tema de uma roda aos participantes da pesquisa. E os profissionais começam a relatar sobre a construção de assembleias onde eram convidados usuários e familiares para explicar como deveria ser desenvolvido o trabalho do CAPS, que não estava centrado apenas atendimento clínicos.

Na realização da primeira assembleia os profissionais relataram que foi o momento em que se apresentaram de forma coletiva para os usuários e familiares, explicaram sobre o funcionamento do serviço, as atividades que seriam ofertadas e combinaram os dias e horários junto com os usuários para a realização das oficinas. Essa ação foi avaliada como bem positiva pelos trabalhadores, pois simbolizou o momento que começavam a criar novas práticas, ampliando as formas de cuidado e ajudou a captar pessoas para fazerem parte das oficinas, grupos, que passaram a ocorrer semanalmente.

Esse momento foi possível, pois em maio de 2015 o serviço passa receber o recurso federal. Com isso, as condições de trabalho melhoraram, salário regularizou, foi comprado um carro para o serviço e novos profissionais foram contratados, como os oficinairos que ainda

não faziam parte da equipe. Neste momento ocorreu a minha inserção como psicóloga no serviço, sendo a terceira psicóloga a fazer parte do quadro de profissionais, e um novo médico foi contratado após alguns meses sem médico no estabelecimento. Antes desse período existia uma dificuldade de permanecer no serviço profissionais de medicina e psicologia, devido ao atraso salarial e estes profissionais virem de outras cidades.

A inserção no município trouxe várias encomendas referentes a ser psicóloga de uma cidade de pequeno porte, havia as demandas da gestão para produzir cuidado em saúde mental na cidade; a demanda dos profissionais por uma psicóloga que “desse certo” na equipe; a minha própria demanda que retorno para a cidade enquanto moradora e agora trabalhadora. Os pensamentos referentes à cidade pequena, sobre “todas as pessoas se conhecerem” e isso pode ser um empecilho para o desenvolvimento das atividades. Então como coloca Lourau (2003, p.31) “existe uma grande diversidade e muitas contradições entre todas as demandas possíveis da população envolvida.”

As análises dessas demandas elucidaram as próprias implicações da investigadora desta pesquisa, deixando claro que nesse processo o investigador não analisa apenas os colaboradores da intervenção, mas coloca em análise a si mesmo, em vários momentos e inclusive na própria intervenção (Lourau, 2003). As implicações da pesquisadora estavam presentes a todo o momento da investigação, não acreditando em neutralidade nesse processo.

A partir da oferta de diversas atividades, o trabalho em equipe foi se consolidando e descentralizado apenas do saber em especialismos. Pois as atividades passam a ocorrer de forma articulada entre os vários profissionais, e isso passava ajudar a construir um vínculo maior entre os usuários-usuários e usuários-profissionais. Como exemplo de trabalho interprofissional foram citando os grupos, ao explicarem que para o seu funcionamento era

indispensável o trabalho de todos os profissionais, no entanto para isso acontecer alguns conflitos foram gerados e através das reuniões de equipe foram se reorganizando.

“No começo a gente que fazia o grupo, tinha que convidar as pessoas, vinha botar a cadeira, vinha botar o som, corria para um lado e para o outro, tinha que pedir pros outros profissionais fazerem silêncio, aí a gente se sobrecarregava, a gente tinha que pensar o que ia fazer e executar tudo. Com as reuniões de equipe, fomos colocando isso e nosso trabalho foi melhorando. Agora quando um traz uma ideia o outro complementa, são coisas assim, um ajuda o outro e desenvolvemos um bom trabalho.” (Participante 02)

“Pra gente funcionar bem todo mundo tem que ajudar, no dia de roda tem as pessoas que vão executar a conversa, o que toca com violão, mas antes disso outro profissional já tem limpado o espaço, os outro colocam as cadeiras, mesa, o que precisar, tem uma pessoa fazendo o lanche, e todo mundo se ajuda/.” (Participante 09)

No início, observa certa centralização na realização das atividades, mas o processo de autogestão dos trabalhadores facilitado pelas reuniões de equipe contribuiu para a reorganização do serviço. A participação e reflexão coletiva entre os profissionais sobre o que os usuários diziam direcionaram pontos para serem trabalhado junto aos usuários e familiares, é isso que encontramos em um trecho do diário abaixo:

“Algumas falas dos usuários colocavam pontos que devem ser trabalhados em grupos, pois frequentemente surgiam pacientes que relatavam a vergonha de entrarem no serviço devido as pessoas chamarem o lugar de “a casa dos doidos”, pessoas que tinham vergonha de frequentar, outras que tinham medo de entrar e serem trancadas no serviço. Esses pontos de estigma passaram a ser trabalhados em rodas de conversas com os pacientes. Chamava-me a atenção o fato de apesar de ser um serviço novo, o estigma manicomial ser presente na forma das pessoas falarem sobre o serviço (Diário de Pesquisa). ”

Nota-se que o estigma sobre frequentar um serviço de saúde mental foi colocado como uma dificuldade em relação ao município ser de pequeno porte, pois muitas pessoas que necessitam do serviço se sentiam desmotivadas a buscar ajuda, devido a população tratar como um local para loucos. Os profissionais foram colocando que essas concepções foram diminuindo com os trabalhos feitos de forma coletiva com os usuários.

“Digo isso porque eu ouço muito na recepção, demais mesmo, que após as rodas de conversa os pacientes que participam dizem assim: - nossa eu achava que aqui era a casa dos doidos eu sempre dizia que aquela casa dos doidos que eu nunca queria vir. E aqui é tão bom. Eu me sinto tão bem. Aquela roda ali é boa demais, aquela roda de conversa. E aí isso vem ajudando a desconstruir o pensamento negativo sobre o serviço” (repcionista).

Observa-se que a implantação desse serviço em uma cidade de pequeno porte traz à tona constantemente processos instituintes e instituídos sobre a concepção da saúde mental, por outro lado é perceptível a busca por parte da equipe em desconstruir pensamentos institucionalizados sobre a loucura, na busca de construção de relações instituintes que não desmereça a importância do cuidado mental e construa ferramentas junto aos usuários para desfazer tais preconceitos.

Yasui (2006) explica a existência de uma dimensão sociocultural, existente no imaginário social que foi construída historicamente sobre a loucura e a diferença: “Um imaginário que desqualifica (“Isso é coisa de louco! “), que exclui (“Lugar de louco é no hospício! ”), que teme (“Louco é perigoso e agressivo! ”), que infantiliza (“Que bonitinho! Nem parece feito por louco!) (P. 98) ”, e nos convida a refletir sobre a nossa relação com a loucura, apontando como um grande desafio a transformação do imaginário existe sobre a loucura.

A dificuldade inicial sobre estigma, medo, preconceito que era posta pelos próprios usuários, foram sendo trabalhados com os profissionais de forma coletiva, através das atividades grupais que eram desenvolvidas no serviço. Foi a partir da possibilidade de cuidado para além da atenção individual especializada, com a adesão dos usuários na oferta de diversos serviços como a visita domiciliar, triagem, oficinas de artesanato, música, canto, oficina de alongamento, terapia comunitária integrativa, grupos de cidadania e articulação com outros serviços de geração de renda, e da articulação entre os próprios profissionais que foram construindo espaços de desconstrução de estigma e formas alternativas de cuidado.

Essas ações contribuíram para a construção de um cuidado mais integral entre os profissionais e usuários.

Trajano, Bernardes e Zurba (2018), ressaltam a importância da garantia do respeito aos direitos humanos para o funcionamento da RAPS, considerando o direito de autonomia e liberdade, a necessidade do combate a estigmas e preconceitos e construção de cuidado de forma interdisciplinar, utilizando para isso diversas estratégias para efetivação do cuidado.

Em relação ao cuidado grupal desenvolvido a equipe apresentou as rodas de conversas, roda de terapia comunitária e oficinas, como potencializadora desse cuidado, *“é um trabalho que não é só você que pensa. Você pensa e compartilha com os profissionais e todo mundo acolhe” (Participante 01)*. Relatam que essas atividades possibilitam maior integração dos demais profissionais, do que apenas o atendimento individual, assim como com os usuários, dessa forma reconhece a construção de uma equipe interprofissional.

Para Costa-Rosa (2008) o trabalho característico do modo psicossocial é o da equipe interprofissional que supera o modo de trabalho pautado nos especialismos, e inclui diversas possibilidades de cuidado, que vão da arte, teatro ao artesanato, formas que tragam alternativas ao modo asilar, que articulem visões teórico-técnicas com as práticas concretas vivenciadas no território capazes de romper com a estratificação do saber dos especialismos.

Outra forma alternativa de cuidado que integra diversos profissionais e usuários foi exemplificada com o serviço oferecido pela artesã do CAPS que compôs um grupo de mulheres, que sofriam com depressão, ansiedades, isolamento e outros sofrimentos psíquicos, os profissionais de nível superior sugeria para essas mulheres participarem do grupo. A artesã começou a trabalhar com confecção de artesanatos, junto a este grupo a educadora física sempre realizava um momento de alongamento, a psicóloga realizava rodas de conversas, um

vínculo foi criado entre os participantes e profissionais, além de ter ocorrido um processo de expansão das relações e construção do cuidado para além do medicamento.

Mensalmente era realizada pela psicóloga uma roda de Terapia Comunitária (TC) que correspondia a um espaço de partilha de experiência e enfrentamento das dificuldades do dia a dia. As rodas de terapia comunitária foram colocadas como um espaço que além de ajudar na partilha de experiência, possibilitava aos profissionais e usuários o conhecimento de diferentes realidades e estratégias de enfrentamento do cotidiano, ajudando a ampliar as formas de enfrentar as dificuldades. A roda de TC era facilitada pela psicóloga, que tinha essa formação, e contava com a colaboração da assistente social, educadora física, e um músico, que contribuía para o desenvolvimento da roda.

Outras atividades coletivas realizadas pelos técnicos de referência eram a oficina de acolhimento que ocorre nas segundas feiras. Esta atividade buscava abranger os usuários que iam para consulta com o psiquiatra e os usuários que fazem parte do município conveniado, pois pela distância das cidades acabam não usufruindo das atividades grupais, sendo este um momento de conversa, interação e troca de experiências. Na quarta-feira, no turno da manhã outra oficina era desenvolvida, que além dos técnicos de referência participava a artesã.

Juntamente a atividades já citadas, a realização de visitas domiciliares, que, às vezes, ocorrem de surpresa para algumas famílias são realizadas pela equipe multiprofissional. Adentrar na casa dos sujeitos, conhecer as famílias, local onde vivem, conversar com a vizinhança, buscar entender melhor o sofrimento psíquico existente em seu contexto, impede que o adoecimento seja visto de forma apenas reducionista a questões biológicas. Realizando um trabalho que vai para além de uma clínica instituída pautada em um modelo manicomial, torna-se algo complexo.

Os profissionais relataram que o trabalho integrado possibilita um olhar mais complexo sobre as demandas que chegam ao serviço. Pois, um usuário por participar de uma oficina pode criar um vínculo maior com um oficinairo, por exemplo, e quando não está bem acaba relatando para essa pessoa que tem um vínculo mais forte, que depois encaminha/compartilha se necessário com a equipe para oferecer um cuidado mais direcionado. Como podemos observar nesse relato:

“A gente percebe que tem gente que é mais próximo da artesã, tem a coragem de desabafar e buscar ajuda com ela. Tem gente que procura a profissional de educação física, procura a psicóloga, procura os profissionais de serviços gerais. E cada profissional já sabendo com quem deve falar para dar um suporte maior” (Participante 08).

Podemos observar, que esses espaços, o cuidado em saúde deixa de ser uma competência meramente dos profissionais de saúde, pois a produção de cuidado diz respeito a todos os seres humanos, valorizando diversos tipos de saberes em saúde, não apenas aqueles centrados no modelo hegemônico e saber científico. Pois como coloca Feuerwerker (2016, p.41) o “território das ações cuidadoras, informado pelas tecnologias relacionais, é de domínio não somente de todos os tipos de trabalhadores que atuam na área da saúde, mas inclusive dos usuários e de suas famílias”. A equipe conclui que o cuidado vai sendo construído através da união, com o compromisso de cada um, nas trocas entre cada profissional, como podemos ver no seguinte relato:

“Eu sei que a Educadora física tem a especialidade dela, eu tenho a minha, a psicóloga tem a dela, a técnica enfermagem tem a dela e cada um tem a sua. Mas eu vejo muita união no nosso trabalho, e isso é muito gratificante, cresce a equipe e a gente pode ofertar um melhor cuidado aos pacientes. ” (Participante 01).

Desta forma, o cuidado territorial, construído pelas tecnologias relacionais, acontece sempre mediante a um encontro – seja entre usuários, usuários e organizações ou encontros entre usuários e profissional de diferentes intuições (Merhy, 1998; Feuerwerker, 2016). Assim podemos considerar que no contexto da interiorização que apresenta diferentes cenários, o trabalho interprofissional sensível ao território que está inserido pode construir

junto aos usuários e familiares alternativas de cuidados criativas, participativas, que não anulem e excluam os sujeitos.

4.3. O cuidado entre o manicômio e a integralidade: desafios sobre a atenção à crise no território

O cuidado a usuários em situação de crise foi apontando como um dos principais desafios dos profissionais, assim como, um dos momentos que requer mais engajamento da equipe para trabalharem de forma conjunta, criativa e inusitada.

É importante salientar a diferença da concepção de crise no paradigma asilar o no psicossocial. Para Costa-Rosa (2000) o modo asilar enfatiza as determinações orgânicas dos que pretende tratar, dessa forma prioriza o tratamento medicamentoso, sem considerar a existência do sujeito, seus desejos. O organismo é o principal destinatário das ações, desenvolve práticas centradas no isolamento em relação ao meio familiar e social, ou seja, hospitalização, medicalização e objetificação do sujeito são centrais como forma de tratamento. O modo psicossocial busca uma mudança radical em relação ao modo asilar, espera-se que as diferentes possibilidades de ação sejam possíveis desde um paciente em crise, incluindo a família e o contexto social como forma de todos assumirem a parte do seu compromisso na atenção e no apoio. Nesta perspectiva os fatores políticos e biopsicosocioculturais são determinantes para compreender o sujeito, e não apenas de maneira genérica. Há uma ênfase na reinserção social do indivíduo, investimento na busca de mobilização do sujeito como participante principal ao tratamento.

Lima et al. (2012) coloca que um dos principais desafios dos serviços que foram criados para romper com o modelo manicomial, trata-se de dar conta dos usuários em crise, ou seja, do cuidado de pessoas que estão em grave sofrimento psíquico. A desinstitucionalização é um dos princípios da reforma psiquiátrica, e os CAPS devem atender

as pessoas com transtornos mentais graves e evitar internações, ofertando atividades terapêuticas, que não a clássica terapêutica.

No entanto, no caso deste estudo os profissionais relatam que assim que o CAPS foi implantado ficou um período sem médico, e na cidade também ficava nos finais de semana, ou os que tinham na Atenção Básica se recusavam a atender justificando que não eram psiquiatras. E no momento que uma pessoa surtava, e precisava ser transferida para o serviço de outro município, tinham dificuldade em conseguir a ambulância, e no serviço ainda não tinha transporte. Os profissionais relatam que ficavam muito perdidos, por uma inexperiência tomavam iniciativas extremamente pessoais, como irem atrás dos pacientes finais de semana, à noite, sem ganhar remuneração por este trabalho extra, e sem suporte como transporte dos serviços ou médico para fazer alguma prescrição medicamentosa se necessário. Sentiam-se responsáveis por tudo que acontecia.

“Quando um paciente entrava em crise nós íamos atrás do médico da atenção básica, tinha médico que se recusava a atender o paciente por não ser psiquiatra. Aí a gente precisava entrar em contato com o psiquiatra que estava fora, para ele prescrever um medicamento e a gente intermediar o contato entre ele e o médico da área, que era só pra ele prescrever um medicamento para levar o paciente até o Hospital na Capital” (Participante 01).

“No início nós éramos muito inexperientes não sabemos por onde começar. No final de semana que nós passamos final de semana inteiro correndo atrás do paciente. Não tinha médico, nos negavam a ambulância e no CAPS não tinha carro ainda. Era muito difícil” (Participante 06).

“Quando uma pessoa surtava é como nós tivéssemos por obrigação lidar com todos os problemas do mundo. Nós tínhamos que dar conta daquilo ali, tá errado! tá errado! É como a culpa fosse nossa, aquela coisa, a equipe todinha sobrecarrega, e ia de noite, final de semana, não tinha dia, nem hora” (Participante 05).

Essas falas foram trazidas pelos profissionais cheias de afetações de um período que denominaram como muito difícil e cheio de obstáculos, e lembrarem desses acontecimentos tornava perceptível o quanto já foram mudando a forma de desenvolver o trabalho, pois reconhecem que os cuidados inicialmente ficavam centralizados apenas no CAPS. O

paradigma asilar se faz presente com esses relatos. Na forma de cuidado a crise apenas com a internação. Além de evidenciar uma sobreimplicação sobre o cuidado a crise e a centralização do cuidado apenas nos profissionais do CAPS. Lourau (2004) chama atenção que o processo de sobreimplicação é atravessado pela produção de “sobretabalho, estresse rentável, doença, morte e mais-valia (p.8), onde é presente aspectos passivo de submissão a ordens explícitas produzidas por processos instituídos”.

Em um estudo realizado por Lima et al (2012) também trouxeram dados relativos a ausência de responsabilização de cuidado de usuários com transtornos mentais em outros serviços da saúde, e descaso institucional com a Política Nacional de Saúde Mental, que muitas vezes deixam os CAPS sem outras possibilidades para o acolhimento noturno e sem procedimentos técnicos de urgência/emergência. Para este autor, tais desafios e falta de suporte acabam por contribuir com a ideia presente entre alguns familiares e profissionais que em caso de crise a única solução é o hospital psiquiátrico.

No caso de uma cidade de pequeno porte, com a existência de um CAPS com equipe mínima, profissional da medicina, que comparece ao serviço especializado uma vez por semana e com uma rede de saúde básica, sem suporte para acolhimento noturno e de urgência/emergência, torna-se difícil em alguns casos o município conseguir dar suporte integral frente as fragilizações que os serviços de saúde mental enfrentam.

No entanto, na busca da construção da atenção à crise no território, os profissionais citaram um caso de um paciente que surtou e toda a equipe (de nível superior e médio) foi para a casa dele, lá acontecendo algumas coisas desagradáveis e a equipe começou a perceber que tinham que se organizar mais para acolher esses casos. Na experiência cotidiana, no encontro com o inusitado iam construindo conhecimentos em ato. Os profissionais relatam que todas essas dificuldades, fazia com que a equipe se fortalecesse. Reuniam para-se ver o

que estava dando certo e o que não estava. Evidencia-se o desenvolvimento do trabalho em equipe que nas experiências cotidianas em meio aos erros na tentativa de acertar, criavam espaços de educação permanente em meio a esses processos.

Entendendo que a situação de crise se refere a situações de conflitos e rupturas de vínculos sociais, no qual o usuário encontra-se em intenso sofrimento psíquico, assim como as pessoas próximas, com dificuldade de estabelecer comunicações, geralmente com quadro instalado de alvoroço, confusão, agitação, que dificulta a resolução de conflito entre os envolvidos e dificuldade de estabelecer consensos, gerando desorganizações na vida cotidiana (Brasil, 2016). Sousa e Nascimento (2018) apontam que na vivência com pessoas que entram em crise, que estão em um quadro de sofrimento, o olhar não deve ser restrito apenas para o quadro clínico médico, mas a história da pessoa, seu contexto de vida, as relações de apoio e outras comorbidades clínicas.

Nessas situações de crise Dell'acqua e Mezzina (2005) nos convidam a refletir sobre a importância da tomada de responsabilidade para além da emergência, considerando todo espaço territorial que devem ter responsabilidade sobre a saúde mental, incluindo relações institucionais que respondam as demandas relativas à miséria, distúrbio, conflito. Nessa perspectiva é importante que os sujeitos mantenham o vínculo com o seu ambiente, para que não percam o direito de reconstrução das relações e construção de novas redes de apoio.

Nesse sentido, os profissionais apontaram que as experiências adquiridas ao longo do trabalho, ajudaram na percepção que não tinham como dar conta sozinhos das demandas existentes, assim como reconhecer a responsabilidade dos outros equipamentos de saúde, da família e isso contribuiu para construir junto aos outros pontos do território redes de cuidado. Outra questão apontada pelos profissionais foi em relação à família, relataram que geralmente quando um paciente entrava em crise, quando iam buscar ajuda as relações

familiares já estava bem fragilizada, e buscavam como forma de tratamento a internação. Sobre isso Alverga e Dimenstein (2006) apontam como um dos desafios enfrentado pelos profissionais a persistência dos "desejos de manicômio" que se faz presente cotidianamente nas práticas e concepções no campo da saúde mental.

Os profissionais relatam que começaram a desenvolver um trabalho de corresponsabilização junto as famílias, ou junto as pessoas que podiam acompanhar mais de perto quem estava em sofrimento, tentando construir uma rede de cuidados que envolvesse os profissionais do CAPS, usuários e família/responsáveis tornou-se uma alternativa de cuidado, na busca de construir práticas de atenção no próprio território.

Destaca-se que a busca do cuidado territorial, que considera a complexidade das necessidades das pessoas em sofrimento psíquico, exige a articulação intra e intersetorial, articulando os campos de atenção presentes no território, como a Atenção Básica, hospitalar, CAPS, Igrejas, Vizinhança, para construírem respostas que integrem e mobilizem saberes e recursos das pessoas e instituições que compõem o território, para instituírem novas configurações do cuidado que ajude a transformar a experiência do sofrimento psíquico de acordo com a experiência concreta da vida das pessoas (Assis et al., 2014).

O território pensando não apenas como uma área geográfica, mas além deste, sendo constituídas pelas pessoas que nele habitam, junto com seus conflitos, interesses, desejos, instituições e cenários. Dessa forma, articular o cuidado em saúde com o território requer a construção de novas práticas em saúde mental que integrem diferentes saberes, contextos e jeitos de ser que fortalece a cidadania e a construção de projetos de vida e cuidado. O território na perspectiva de cuidado territorial é compreendido para além do espaço físico. Guattari e Rolnik (1996) trazem uma definição que supera essa percepção ao colocarem que:

(...) O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente —em casa. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivosl (p. 323).

Neste cenário, os centros de internação deixaram de ser vistos como eficientes para o tratamento de pessoas com sofrimento psíquico e o hospital psiquiátrico deixa de ser o centro de atenção da assistência, da organização das políticas e da formação profissional. No modo psicossocial o lugar privilegiado para tratar das pessoas com sofrimento psíquico é o território onde vivem, no bairro onde moram, junto a suas famílias, através de uma rede de serviços mais próxima de suas casas, como Unidade Básica de Saúde, Estratégia Saúde da Família e CAPS (Lancetti & Amarante, 2015). No entanto, não se nega a necessidade de fortalecer e investir mais na Rede de Atenção Psicossocial, para dar condições para que seja mais efetiva no contexto da interiorização, no entanto um processo inverso de contra-reforma é o que está atualmente acontecendo, sendo ameaçador para o paradigma psicossocial.

Durante as participações observantes, é interessante expor que na construção do cuidado territorial para as pessoas em situações de crise, apesar de cada profissional apresentar suas especialidades que é própria de cada profissão, a construção do cuidado vai muito além do papel de núcleo de cada profissional, requer a criação de estratégias de corresponsabilização e participação dos envolvidos para criar meios de ofertar cuidado que não está prescrito, e para isso as estratégias utilizadas mobiliza saberes, onde diferentes membros da equipe pode auxiliar de forma criativa e inusitada que gerando comunicação e construção de contratos mais efetivos com usuário familiares, ou até mesmo a vizinhança.

Os profissionais relatam que os vínculos construídos com usuários e familiares que frequentam o serviço há mais tempo, facilitava na construção de redes de apoio no próprio território. Lima et al (2012) trouxe em seu estudo a potência vincular, relatadas pelos

profissionais de um CAPS nas experiências sobre vínculo bem estabelecido e a escuta do sujeito como forma de possibilitar a estabilização do quadro crítico, sem necessariamente ter como única estratégia a medicação ou internação.

Para Merhy e Feuerwerker (2009), nos encontros entre profissional e usuário, o profissional de saúde utiliza-se de “caixas de ferramenta tecnológicas” para atuar neste processo. Estas “caixas de ferramentas” correspondem aos saberes e recursos materiais e imateriais, que pode ser acessado de acordo com os encontros e as necessidades postas. Existindo três tipos de caixas de ferramentas, uma referente aos procedimentos (tecnologias duras) que corresponde aos diagnósticos e terapêuticos, outra caixa de ferramenta que corresponde aos saberes (leve-duras) e uma terceira referente às relações trabalhador-usuário, as tecnologias operantes nesse território das relações e do encontro chamadas de tecnologias leves, e nesse território que os usuários apresentam maior possibilidade de participar do processo do cuidado ser mais ativo, interagir, e se afetar processo.

Se pensarmos o cuidado em saúde mental, pautado no paradigma psicossocial, que cria espaços para a produção do cuidado com o objetivo de substituir e criar alternativas à internação manicomial, não é difícil perceber que a caixa de ferramenta das tecnologias leves, oferece diferentes recursos a serem utilizados nos encontros entre profissionais e usuários. Pois as condições de sofrimento psíquico estão permeadas pelo contexto histórico, econômico, social em que os sujeitos se encontram, onde apenas as tecnologias duras não dão conta dos processos de adoecimento.

Dessa forma, a construção de um modelo de atenção psicossocial evidencia a construção de alternativas à escuta normalmente realizada apenas dentro do consultório, sendo uma das propostas da reforma psiquiátrica ampliar os modos de cuidados ofertados. Lancetti (2008) ao trazer a concepção de Clínica Peripatética (passear, ir e vir conversando),

trouxe suas experiências atravessadas de outras formas de cuidado que se distancia do paradigma manicomial, na busca por construir cuidado através da escuta do paciente e de seus familiares nos lugares onde vivem, sem descaracterizá-lo, nem o diminuir. Relata a construção de uma clínica que busca muito mais levar em consideração o sujeito em meio as suas singularidades, com preocupações que ajude a contribuir a redução de danos do paciente consigo mesmo e com quem convivem com ele, do que impor que se adeque ao que é considerado normal, na busca do que seria considerada uma cura.

4.4 Gestões do trabalho em saúde e impasses para articulação da RAPS

O processo de análise sobre a construção das atividades realizadas em equipe, inicialmente foram colocadas pelos profissionais como algo positivo, pois descrevem estar realizando um bom trabalho e que a equipe era muito unida. No entanto com a análise desse processo e com as restituições realizadas acabaram percebendo dificuldades de assumir algumas decisões devido a conflitos políticos entre os gestores.

A elucidação pelos profissionais sobre o trabalho desenvolvido no CAPS acabou revelando que concretizam um trabalho muito isolado, pois encontram barreiras que dificulta a articulação com profissionais de outros serviços da rede. *Não há muita articulação com os demais serviços, o trabalho fica centrado mais no CAPS* (Participante 10). Lancetti (2008) coloca que “um dos grandes obstáculos do CAPS é a centralização em si mesmo e sua pouca atenção para o território (p.46) ”.

Em um estudo realizado por Eidelwein (2015) destacou a existiam de entraves políticos-institucionais relacionados à gestão técnica e administrativa, nos quais esbarravam as decisões da equipe de trabalhadores do CAPS. Manifestando assim uma lógica totalitária/manicomial, que limitavam as ações de saúde mental as paredes do serviço, sem

articular com os demais serviços da rede de saúde, trazendo consequências negativas para as condições de trabalho.

A restituição realizada junto com a equipe para analisar de forma coletiva a contradição de por hora os profissionais acreditarem que estão realizando um ótimo trabalho e em outros momentos através da análise emergir dificuldades de ações devido à dificuldade de articulação em rede, permitiu que os profissionais apontassem dificuldades, pela falta do apoio dos gestores, devido a conflitos políticos que acabam respingando no serviço do CAPS. Essas falas aconteceram de forma pontual, sem muito aprofundamento. A restituição coletiva possibilita a elucidação de vários aspectos ocultos, não ditos no serviço. O que nesse caso trouxe à tona através da verbalização um deslocamento sobre as concepções sobre o cuidado em saúde mental ofertado.

Aos poucos os profissionais foram citando barreiras políticas, medo de perder o emprego, desmotivação pela falta de apoio. “*Não tá tendo parcerias, né? Lá dos maiores, superiores, não está tendo, né?* ” (Participante 11) os sujeitos envolvidos na pesquisa socioclínica reelaboram o sentido que atribuem as suas ações e dessa forma os pesquisadores têm acesso a um processo reflexivo que está em produção. A pesquisa transforma os fatos que estuda ao mesmo tempo em que contribui para a produção dos mesmos (Monceau, 2005).

A análise da relação dos profissionais com a gestão elucida uma relação vertical, com formas instituídas de difícil diálogo e com diversos atravessamentos que acabam dificultando a autogestão da equipe em algumas situações. O fato da coordenadora do serviço ter sido escolhida ao cargo por uma questão de cargo de confiança e não ter muito conhecimento sobre a política de saúde mental, pois como coloca Rosa e Joazeiro (2017) os gestores da saúde mental, geralmente possuem cargos de confiança, “o que faz com que alguns desconheçam os pressupostos e algumas particularidades da política de saúde mental (p.34)”,

talvez por conta disso, deixava a desejar organização e execução de muitas ações. A equipe técnica, com todo o gás para a execução de algumas tarefas, mas por vezes, barrada pela falta de apoio dos gestores, isso afetava a equipe trazendo desmotivação e afetava diretamente na realização de algumas atividades.

Outra dificuldade existente se referia aos conflitos políticos existentes entre alguns profissionais que ocupam cargos de gestão do município, isso dificultava a articulação dos profissionais dos diferentes serviços. Essas relações conflituosas ocorrem desde que o último prefeito tomou posse após a eleição do ano de 2017 na cidade e mudou o secretário de saúde, gerando desarticulação entre o secretário de saúde e a coordenadora do serviço e falta de apoio municipal para o trabalho no serviço. Então a equipe relata que a quantidade de não e negação que vinham recebendo acabava por desmotivar todos, medo de pegar um não, de perder o serviço. *Essa situação gera desânimo, vontade de não correr mais atrás, tem medo de pegar um não, tem medo de uma barreira* (Participante 12).

As dificuldades são referentes aos recursos materiais, à falta de matérias para desenvolver atividades nas oficinas, falta de lanche, falta de medicamento, a estrutura física não ser muito adequada. A equipe acaba colocando que essas dificuldades acabam por deixar inseguros para planejar algumas atividades, como as visitas domiciliares, por não saberem se ia ter gasolina ou não no carro.

A elucidação desses conflitos fez com que os profissionais reconhecessem a existência de um campo de força/poder existente entre quem contrata e quem é contratado, que enquadra os profissionais em um quadro de assujeitamento e interferem diretamente nas ações que desejam realizar, pela falta de suporte no que precisam. Alguns estudos também evidenciam resultados semelhantes em relação a tencionamentos entre gestores e trabalhadores, pela falta

de suporte, precarização do trabalho e desresponsabilização da gestão com efetivação da RAPS (Nunes et al., 2016; Guimarães, 2012; Guimarães, Jorge, Assis, 2011).

A elucidação pela própria equipe sobre as falhas existente no serviço e a necessidade de superação dessas dificuldades foi algo revelador, que antes não era colocado. *É impossível realizar um ótimo trabalho, porque a gente não resolve tudo sozinho, a gente fala que a gente é ótimo, mas a gente não dá conta sozinho* (Participante 05).

A equipe coloca a necessidade de uma articulação em rede mais efetiva, com encontro entre os gestores e demais profissionais. No entanto, em meio aos vários conflitos entre gestores isso se torna algo ameaçador para qualquer profissional e acabo colocando para a equipe, que esse deve ser uma busca de todos. Em um estudo realizado por Severo, L'Abbate e Onocko (2014) nos convidam a refletir sobre a necessidade da gestão funcionar na perspectiva de apoio para a equipe de saúde mental, pois a organização do trabalho deve ser construída com uma lógica de cooperação entre os diferentes atores que a compõe, possibilitando a ampliação do diálogo entre os gestores municipais e as equipes da rede de saúde, na busca da construção de uma lógica de uma gestão mais horizontal.

Tensionados pelo dispositivo das rodas de conversas a equipe começou a cogitar a possibilidade de desenvolver uma atividade para reunir os profissionais de diferentes setores, para uma articulação maior da rede. Demandando para a pesquisadora esta articulação. Esta demanda surgiu como uma dificuldade em ser acolhido na pesquisa, devido as sobreimplicações por fazer parte do quadro de profissionais do serviço. No entanto, a elucidação do não dito, gerou na equipe movimentos e inquietações. Dessa forma, com a elucidação das dificuldades enfrentada, a equipe técnica do CAPS juntamente com a coordenadora buscou o secretário de saúde, o que gerou um conflito entre os dois. No entanto, alguns pontos que necessitavam ser conversados foram colocados e esclarecidos sobre

questão de medicação, gasolina e dos profissionais que não estavam recebendo seus salários. E uma articulação maior entre os profissionais do CAPS e os demais serviços foi possíveis depois desse momento, apesar dos conflitos entre alguns gestores ainda existirem. É importante destacar que essa articulação foi após o encerramento das rodas de conversa.

Com base nesse contexto, torna-se relevante problematizar as limitações que os profissionais encontram para articular as redes de saúde, e os agenciamentos em que estão inseridos. Santos (2009) destaca os ataques que o SUS vem sofrendo, e as dificuldade de se efetivar os direitos já garantidos devido a precarização das relações de trabalho, suspensão de concurso público, aviltamento das carreiras e salários, dentre outros. Essas relações fragilizadas acabam por construir espaço de controle e silenciamento, em função da fragilização dos vínculos empregatícios, modos de gestão e organização do trabalho vigente.

No entanto, todas essas elucidaciones das negociações entre os profissionais do serviço e gestores, demonstra um avanço para uma cogestão e nos provocam a pensar também como colocou Archanjo e Barros (2011) que os dispositivos não se constituem como modelos duros, perfeitos e acabados, eles operam na mudança. Desta forma, é importante que os profissionais se percebam também como gestores do seu trabalho, pois a gestão do trabalho em saúde deve ser pensada para além de uma gestão partidária ou pessoal, não é negar as divergências existentes nas relações humanas, mas sim lutar pelo direito à saúde.

Nesse sentido, Franco (2012) nos convida a pensar a gestão do trabalho para além de uma forma exclusivamente administrativa, pautando por diretrizes prescritivas sobre o modo de organização do trabalho e sua atividade produtiva. Ele nos propõe a experimentar um olhar da ação cotidiana do trabalhador, na micropolítica, onde ocorrem às relações, trocas, invenções, a forma singular que interpreta muitas situações do seu trabalho no cotidiano. O trabalho em saúde mental pode ser pautado em uma liberdade, quando o sujeito do trabalho

define o modo de organização da produção do cuidado, ou seja, essa liberdade de governar seu próprio processo de trabalho, dando a liberdade para produzir um cuidado meramente prescritivo, ou um cuidado integral. Dessa forma, o cuidado em saúde está ligado em sua postura ética e política, com base em seu agir e intencionalidade.

Dessa forma, é importante considerar os princípios da PNH que afirma a inseparabilidade entre o modelo de atenção e o modelo de gestão do trabalho em saúde. A transversalidade das práticas que ampliam as comunicações e processos de negociação conectando produção de saúde ao campo da gestão com o propósito de produzir novos sujeitos, que ampliem as redes de comunicação e altere as fronteiras dos saberes e territórios de poder (Campos, 1991; Pasche & Passos, 2010).

Neste aspecto, é necessário darmos visibilidades aos diferentes contextos e rumos que vem sendo produzido no campo da saúde mental. As construções de novas práticas são potencializadas a partir de processos auto analíticos, quando velhas práticas são problematizadas e dão lugar a novas possibilidades de cuidado. Destacando-se a importância da educação permanente, que possibilita a aprendizagem a partir das vivências no cotidiano, contribuindo para a transformação dos processos de cuidado e a construção de novos saberes em saúde (Franco, 2012).

Considerações finais

De modo geral, esta pesquisa propiciou apresentar um novo cenário fruto da Reforma Psiquiátrica, com a construção de dispositivos que chegam a determinados territórios através da regionalização, favorecendo a articulação de redes regionais de saúde em regiões compostas por municípios com menos de quinze mil habitantes. Reconstruir as formas de cuidado ofertados nesses territórios evidencia aproximações e distanciamentos de modos instituídos nos grandes centros, apontando para a necessidade de aprofundar os estudos sobre estes territórios.

A interiorização da RAPS que busca romper com o modelo manicomial de atenção em saúde mental requer por parte dos profissionais a construção de projeto técnico-estético-ético-político na construção do cuidado em diferentes contextos, pois a pesquisa aponta que apesar de um modelo manicomial não se fazer presente anteriormente por serviços de saúde nesses contextos, se faz através de manicômio mental, por parte de profissionais, usuários, familiares e amigos da saúde mental. Relutar contra a implantação de um dispositivo que se institucionalize de forma de reclusão, manicomial, pode ser uma possibilidade para se alcançar as propostas da Reforma Psiquiátrica.

A criação desses dispositivos demanda uma nova forma de atenção que geram desafios a serem enfrentados pelas equipes multiprofissionais. Pois, exigem a construção de práticas que superem modelos instituídos de cuidados centrados no trabalho individualizado, fragmentado, mecanizado, que acarreta na especialização. A formação em saúde apresenta um distanciamento do que é preconizado pelo SUS, pois reflete a coexistência de diferentes projetos em disputa com o projeto ético-político antimanicomial, ao centrar em um modelo biomédico, uniprofissional reduz a possibilidade de construção de cuidados para um campo de adoecido, ao invés de potencializar a multiplicidade de encontros possíveis no cotidiano em que o SUS ganha forma.

Dessa forma, torna-se relevante apresentar os modos como as atuais políticas de saúde chegam a esses territórios e o modo como estão sendo construídos esses cuidados no contexto da interiorização. A análise do processo de institucionalização desse dispositivo permitiu elucidar a historicidade de sua construção, revelando novos cenários do cuidado em saúde mental. Em âmbito local, alguns desafios iniciais foram apontados pela descrença da população em relação ao trabalho dos profissionais por advirem das cidades de onde eles trabalham, além da expectativa da população por um serviço pautado no paradigma asilar, no entanto os processos de educação permanente e trabalho interprofissional construídos no próprio serviço revelaram possibilidades de cuidado que rompem com o modo asilar.

O apoio entre os próprios profissionais foi relatado como forma de melhorar os cuidados desenvolvidos. Evidenciando estratégias de Educação Permanente em Saúde no cotidiano. Mas ressalta-se a necessidade de investimento do Ministério da Saúde que potencializem os espaços de EPS, apesar de compreendê-la para além das políticas ministeriais.

O cuidado grupal foi identificado como potencializador para a EPS e o trabalho interprofissional, por possibilitar conversas entre profissionais de diferentes áreas, além de contribuir para a construção de um cuidado mais integral. A construção de espaços que permitem a equipe/usuários realizarem trocas de conhecimento contribui para conhecer melhor os processos de adoecimento e realidade de vida dos usuários.

Modos instituídos e instituintes de cuidado em situação de crise coexistem, sendo que o cuidado integral fica fragilizado devido aos poucos dispositivos existentes em uma cidade pequena. As dificuldades de apoio da gestão municipal foram apontadas como fragilizantes das relações com a rede de atenção do município.

Destaca-se que as rodas de conversas advindas da pesquisa proporcionaram aos profissionais a reflexão sobre suas práticas desde a implantação do serviço, promovendo espaços de educação permanente com trocas, avaliações e regate do processo de construção do dispositivo. Além de ser usado pelos os profissionais como espaços para continuaram conversando, trazendo atividades que poderiam ser feitas no serviço, e formas de organizá-lo.

Algumas observações percebidas durante o processo da pesquisa demonstraram transformação da equipe, na busca de organizar o serviço com a realização de reuniões de equipe, construção de um trabalho mais descentralizado, maior cooperação e corresponsabilização entre os profissionais. Conflitos também foram gerados nesse percurso causando desconfortos e angustias. Deslocamento da percepção que os profissionais tinham de que realizavam um ótimo serviço e elucidação das arestas presentes na construção do cuidado, mas com movimentos frente as diversas dificuldades que encontram, na busca para construir um trabalho vivo em ato.

É importante ressaltar que em meio a todas essas elucidações em relação às práticas de cuidado, há necessidade de se aprofundar os estudos sobre o contexto da interiorização da RAPS e do trabalho em saúde em diferentes contextos. Pois, este estudo apresenta como limites trazer o contexto de um serviço específico, além da dificuldade de mapear a interface desse serviço com as atividades culturais e os espaços de convivência que existem no território. Estudos futuros podem se debruçar em outros contextos, envolvendo além dos profissionais, os usuários e gestores. Trazer também estudos sobre os territórios conveniados, pois os pactos entre as regiões de saúde abordam apenas a questão dos recursos financeiros, sem articular como devem ocorrer a organização do cuidado e suporte para as pessoas que moram nas outras cidades, o que acaba prejudicando a atenção ofertada para o município onde não se encontra o dispositivo de saúde.

Yasui (2014) chama a atenção que apenas transferências de recurso da União para os demais entes federativos, não garante que nas regiões as políticas de saúde estejam sendo executadas de forma horizontal. Há a necessidade de se ampliar o debate de como esses municípios estão articulando as redes de atenção à saúde. Dessa forma, é necessária uma aproximação e articulação entre os usuários, profissionais, gestores dos municípios que compõe a região de saúde para construção de redes de cuidado mais efetivas.

Não há como negar a importância do CAPS para ampliação das práticas de cuidado em saúde mental territorial em pequenos municípios. Pois, este estudo, revelou como a construção do cuidado em diferentes contextos conquistados pelo processo de interiorização da RAPS pode contribuir para práticas alternativas de um cuidado que rompem com o modo asilar. No entanto, o paradigma da atenção psicossocial vive momentos difíceis, com os retrocessos que avançam com institucionalização do paradigma asilar, com a Nota Técnica Nº 11/2019 que representa a desconstrução da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e riscos para as práticas do modo psicossocial.

Frente a pouca visibilidade dos serviços em saúde mental em dispositivos como o CAPS em cidades pequenas, essa dissertação buscou compartilhar os processos de cuidados ofertados, em meio as singularidades desses contextos no processo de construção e invenção de práticas de cuidado com base no território que estão inseridos. Ressalta-se a importância do estudo para o cenário da atenção psicossocial e do campo da saúde mental coletiva no SUS, especialmente em relação ao processo de interiorização e produção de saúde em contextos diversos.

Termino com um poema de Patativa do Assaré, Seu Dotô me conhece? Que trata sobre o distanciamento dos profissionais da saúde para a realidade concreta dos sujeitos. Mas com o

objetivo de refletir sobre o inverso, sobre a formação de profissionais culturalmente sensíveis a realidade das pessoas, por fazer parte da realidade das pessoas.

Nosso sonho, de mudança, em meio ao retrocesso, de produção de práticas transformadoras em saúde que dê visibilidade aos diferentes cenários, exige que nossas lutas não cessem, na busca da construção das políticas públicas de saúde mental de modo efetivo e sensível as diferentes realidades que se faz presente.

Seu dotô, só me parece
Que o sinhô não me conhece
Nunca sôbe quem sou eu
Nunca viu minha paióça,
Minha muié, minha roça,
E os fio que Deus me deu.

Se não sabe, escute agora,
Que eu vô contá minha história,
Tenha a bondade de ouvi:
Eu sou da crasse matuta,
Da crasse que não desfruta
Das riqueza do Brasil [...].

(Seu Dotô me conhece? Patativa do Assaré)

Referências

- Abrahão, A. L., Azevedo, F. F. M., & Gomes (2017). A produção do conhecimento em saúde mental e o processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial. *Trabalho educação e saúde*, 15(1), 55-71.
- Afonso, M. L. M., & Abade, F. L. (2008). Para reinventar as rodas. Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros (RECIMAM), Belo Horizonte.
- Aguiar, K. F., & Rocha, M. L. (2007). Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais de dispositivos em análise. *Psicologia ciência e profissão*, 27(04), 648-663.
- Alverga, A. R., & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface (Botucatu)*. 10(20), 299-316.
- Alverga, M. S., & Garcia, M. L. T. (2009). A implementação da política de saúde mental em município de pequeno porte – o caso de São José do Calçado/ ES – Brasil. *Ver. Emancipação*, Ponta Grossa, 9(2), 181-195.
- Alverga, A. R., & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface (Botucatu)*. 10(20), 299-316.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Amarante, P. (2010). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. A. (2003). (Clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In Amarante, P. (org..) *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Nau, p. 45-66.

- Amarante, P. D. C., & Torre, E. H. G. (2001). A Constituição de Novas Práticas no Campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, 25 (58), 26-34.
- Amarante, P. D. C., & Torre, E. H. G. 2007. Avaliação em Saúde Mental: da mensuração diagnóstica e psicopatológica em direção à complexidade no campo da saúde e das políticas públicas. In Pinheiro, R., Guljor, A. P., Silva Junior, A. G., & Mattos, R. A. (Orgs.). *Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos* (pp. 41-64). Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO.
- Amarante, P. (2017). Prefácio. In A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS / organizadoras Pereira, S.L.B, Rosa, L.C.S., Silva, E.K.B, & Maia, J.B.D. 1ª edição: Teresina: EDUFPI.
- Araújo, T. A. M., Vasconcelos, A. C. C. P., Pessoa, T. R. R. F., & Forte, F. D. S. (2017). Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface (Botucatu)*. 21(62), 601-13. doi: 10.1590/1807-57622016.0295
- Assis, J. T, Barreiros, C. A., Jacinto, A. B. M., Kinoshita, R. T., Macdowell, P. L, Mota, T. D., Nicácio, F., Schorn, M. C, Souza, I. S., & Trino, A. T. (2014). Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. *Divulgação em saúde para debate*, Rio de Janeiro, 52, 88-113.
- Archanjo, L.V.J., & Barros, B.E.M. (2011). Política Nacional de Humanização: Desafios de se Construir uma “Política Dispositivo”. Política Nacional de Humanização – ABRAPSO.

- Baremblytt, G. F. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: Teoria e prática*. Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari.
- Barros, M. E. B., & Barros, R. B. (2010). A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: Pinheiro, R., Barros, M.E.B, Matos, R. A. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas* (pp.75-84). Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Barros, S. B., & Pinheiro, R. (2010). Notas teóricas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. In: Pinheiro, R., Barros, M.E.B, Matos, R. A. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas* (pp.111-128). Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Barros, A. S. X. (2015). Expansão da educação superior no brasil: limites e possibilidades. *Educ. Soc.*, Campinas, 36(131), 361-390.
- Basaglia, F. (1985). *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Coordenado por Franco Basaglia; tradução de Heloisa Jahn. - Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Belmonte, P. R. (1996). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. org. *Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. ISBN 85-85676-27-2.
- Bezerra, J. R. B. (2007). Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: Physis. Revista Saúde Coletiva. N. 17, v. 2.
- Boarini. M. L. (2009). A (desconhecida) reforma psiquiátrica em municípios aquém de pequeno porte. *Psicologia em Revista*, 15, 28-50.

- Bonaldi, C., Gomes, R. F., Louzada, A. P. F., & Pinheiro R. (2010). O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: Experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: Pinheiro, R., Barros, M. E. B, Matos, R. A. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas* (pp.53-74). Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Braid, L. M. C., Machado, M. F. A. S., & Aranha, A. C. (2012). Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. *Interface (Botucatu)*, 16(42), 679-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000300008>
- Brasil, Ministério da Saúde. (1997). *O consórcio e a gestão municipal em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 37 p.
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília.
- Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 292 p.
- Brasil. Lei Nº 10.216. (2001). *Política Nacional de Saúde Mental*. Brasília, Congresso Nacional, Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004a). Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o

desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *PORTARIA Nº 198/GM Em 13 de fevereiro*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004b). Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *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.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). (2010). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: Pólos de educação permanente em saúde. *Revista Gestão & Saúde* - Brasília.

Brasil, Ministério da Saúde. (2011a). *Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília (DF).

Brasil. Ministério da Saúde. (2011b). *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2015). *Saúde Mental em Dados*. 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2a edição.
- Brasil. Ministério da saúde. (2017). Cadastramento de Estabelecimento de Saúde. DATASUS.
- Brasil. Ministério da saúde. (2019). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS.
- Campos, G. W. S. (1991). *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Mussite.
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230
- Campos, G.W.S., Onocko-Campos, R.T., & Del Barrio, L.R. (2013). Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2797-2805.
- Carvalho, Y. M., & Ceccim, N. B. (2015). Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos, G.W.S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Carvalho, Y. M (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz.
- Ceccim, R. B., & Ferla, A. A. (2003). Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção á saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 211-226). Rio de Janeiro, IMS ABRASCO.

- Ceccim, R. B., Ferla, A. A. (2008). Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. educ. saúde*, 16(3), 443-456. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004a). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 41-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004b). Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. In: *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), set-out.
- Costa, G. M. (2013). A rede de atenção psicossocial em saúde mental nos municípios de pequeno porte e a saúde mental de quem trabalha nos CAPS (Especialização em Saúde Mental). Universidade Federal do Maranhão UNASUS.
- Costa, M.V. (2016). A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface – Comunicação saúde e educação*, 20 (56), 197-8. doi: 10.1590/1807-57622015.0311
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P.D.C. Amarante (Org.). *Ensaio subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Conferência Nacional de Saúde. (2004). 12.^a Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 230 p. – (Série D. Reuniões e Conferências)

- Dal Poz, M. R., Lima, J. C. S., Perazzi, S. (2012). Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22(2), 621-639.
- Dimenstein, M, Sales, A. L., Galvão, E., & Severo, A. K.(2010). Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Revista de Saúde Coletiva*, 20(4) ,1209-1226. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400008>.
- Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2012). Formação em Psicologia: Requisitos para Atuação na Atenção Primária e Psicossocial. *Psicologia: ciência e profissão*, 32 (num. esp.), 232-245.
- Dobies, D. V., & L'abbate, S. (2016). A resistência como analisador da saúde mental em campinas (SP): contribuições da análise institucional. *Saúde em Debate*, 40(110), 120-133.
- Eidelwein, C. (2015) Formação-Intervenção como Dispositivo de Apoio à Rede de Atenção Psicossocial na Região. In *Cadernos HumanizaSUS*. V.5. Ministério da Saúde: Brasília.
- Favret-Saada, Jeanne. (2005). “Ser afetado”. *Cadernos de Campo*, 13(14), USP, 155-162, São Paulo.
- Feitosa, L. G. G. C., & Silva, M. R. F. (2014). Assistência em Saúde Mental no Piauí: mecanismos estruturais para o cuidado Entre a Razão e a desrazão. *Serv. Soc. & Saúde*, Campinas, SP v. 13, n. 1 (17) p. 77-99.
- Ferreira, V.S.C., Andrade, C.S., Fontes, A.M.D.V., Araújo, M.C.F., & Anjos, S.D.S. (2015). Modos de cuidar e educar a partir do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. *Interface (Botucatu)*.19(1),857-68.

- Ferreira, G. (2007). Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: Pinheiro, R., Guljor, A. P., Silva Junior, A. G., & Mattos, R. A. (Orgs.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos* (pp.155-167). Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO.
- Feuerwerker, L. C. M. (2014). Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. In. Feuerwerker, L.C.M Org. *Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA. 174 p.
- Feuerwerker, L. C. M. (2016). Cuidar em saúde. In. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes* In. Feuerwerker, L.C.M, Bertussi, D.C., Merhy, E.E. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis.
- Feuerwerker, L. C. M., & Capozzolo, A. (2013). Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In Capozzolo, A., Casseto, S.J., Henz, A. Org. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Finkler, M., Caetano, J. C., & Ramos, F. R. S. (2014). Modelos, mercado e poder: elementos do currículo oculto que se revelam na formação em odontologia. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, 12(2), 343-361.
- Fortuna, C.M., Monceau, G., Valentim, S., El Mennani, K.L. (2014). Uma pesquisa socioclínica na França: notas sobre a Análise Institucional. *Fractal, Rev. Psicol.*, 26(2), 255-266. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1309>
- Foucault, M. (1978). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.

- Franco, T. B.(2012). Gestão do Trabalho em Saúde Mental. <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/wpcontent/uploads/sites/151/2017/10/9gest-ao-trabalho-saude-mental.pdf>
- Gigante, R. L., & Campos, G. V. S. (2016). Política de formação e educação permanente em saúde no brasil: bases legais e referências teóricas. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, 14(3), 747-763, set. /dez. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00124>
- Gomes, R. S., Silva, F. H., Pinheiro, R., & Barros, M. E. B. (2010). Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: Pinheiro, R., Barros, M.E.B, Matos, R. A. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas* (pp.75-84). Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Guimarães, J. M. X., Jorge, M. S. B., Assis, M. M. A. (2011). (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciênc. saúde coletiva*, 16(4), 2145-2154.
- Guimarães, J. M. X. (2012). Inovação e gestão em serviços de saúde mental: incorporação de tecnologias e reinvenção no cotidiano dos centros de atenção psicossocial. 286p. *Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)* – Universidade Estadual do Ceará – Fortaleza.
- Heckert, A. L., & Neves, C. A. B. (2010). Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: *Política Nacional de Humanização: formação e intervenção* (PP.13-28). Brasília: O Ministério.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2012). Projeção da população do Brasil. Recuperado em <https://ww2.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2017). Indicadores Sociais Municipais. (2010). Recuperado em <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>.
- Jesus, A. F. (2013) A institucionalização de um serviço de saúde mental em um município de pequeno porte. In: L'Abbate, S., Mourão, L. C., Pezzato, L. M., (org.). *Análise institucional & saúde coletiva* (pp. 91-103). São Paulo: Editora Hucitec.
- Junqueira, T. S, & Cotta, R. M. M. (2014). Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências. *Ciênc. saúde coletiva*. 19(5), 1459-1474. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014195.11932013>.
- Junqueira, V. (2013). O SUS em Debate: Redes de Atenção em Saúde e o Trabalho Interprofissional. VII Ciclo de Aulas Abertas no IPUSP. Youtube. Recuperado em <https://www.youtube.com/watch?v=ubMVxp8BWiM&t=3651s>
- L'Abbate, S. (2013). Análise institucional e saúde coletiva: Uma articulação em processo. In S. L'Abbate, L. C., Mourão, & L. M. Pezzato (Orgs). *Análise institucional e saúde coletiva no Brasil* (pp. 31-88). São Paulo: Hucitec
- Lancetti, A. (2008). *Clínica peripatética*. 3. ed. São Paulo: Hucitec.
- Lancetti, A., & Amarante, P. (2015). Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Carvalho, Y. M (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: HUCITEC.
- Leal, E. M., & Delgado, P. G. G. (2007). Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: Pinheiro, R. et al. (org.) *Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*(pp. 137-154). Rio de Janeiro: Cepesc.

- Lemos, C. L. S. (2016). Educação Permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3), 913-922. DOI: 10.1590/1413-81232015213.08182015
- Lima, M. S. S. (2018). *Cartografias de processos de subjetivação de pessoas com sofrimento psíquico: saúde mental de dentro para fora*. (Trabalho de conclusão de curso). Parnaíba-Piauí.
- Lima, M. et al. (2012). Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 16(41), 423-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000200011>
- Lima, S. G. S., & Santos, D. V. S. (2017). Rede, instituições e articulação: o desafio de levar saúde mental para o território. In Pereira, S.L.B; Rosa, L.C.S.; Silva, E.K.B; Maia, J.B.D (org.). *A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS*. 1ª edição: Teresina: EDUFPI.
- Lima, A. I. O., Severo, A. K., Andrade, N. L., Soares, G. P., & Silva, L. M. (2013). O Desafio da Construção do Cuidado Integral em Saúde Mental no Âmbito da Atenção Primária. *Ribeirão Preto*, 21(1), 1413-389. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.1-05>.
- Lourau, R. (1993). *Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro, RJ: Editora da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- Lourau, René. (2004). Implicação e Sobreimplicação. In: Altoé, Sonia (org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral* (66-86). São Paulo, Hucitec.
- Lourau, R. (1995). *A análise institucional*. Petrópolis: Vozes.

- Luzio, C. A., & L'abbate, S. (2009). A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(01), 105-116.
- Martins Filho, M. T. & Narval, P. C. (2013). O sujeito implicado e a produção de conhecimento científico. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro. 37(99), 646-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400012>.
- Macedo, J., Abreu, M. M.; Fontenele, M., & Dimenstein, M.(2017). A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde sociedade*. 26(1), 155-170. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017165827>.
- Melo, A. M. C. (2012). Apontamentos sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, 8(9), 84-95.
- Mello, G. A. et al. (2017). O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1291-1310. doi <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016>.
- Melo, A. M. C. (2017). Relatório de uma experiência em saúde mental: o consorcio em questão. In Passos, G, Costa, R.A, Silva, F.G, *Saúde mental e os desafios atuais da atenção psicossocial* (pp. 221-244). Rio de Janeiro: Gramma.
- Menezes, M. P., & Yasui, S. (2013). A interdisciplinaridade e a psiquiatria: é tempo de não saber? *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6):1817-1826. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600032>.
- Merhy. E. E. (2002). *Saúde: cartografias do trabalho vivo*. Hucitec, São Paulo.

- Merhy, E. E. (2005). O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 9(16), 161-77.
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., & Ceccim, R. B. (2006). Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 2(2), 147-160.
- Merhy, E. E. (2004). O CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. Recuperado em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>.
- Miccas, F. L. & Batista, S. H. S. S. (2014). Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev. Saúde Pública*. 48(1), 170-185. ISSN 0034-8910. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004498>.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª. Edição. São Paulo: Hucitec.
- Monceau, G. (2013). A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: L'Abbate, S., Mourão, L. C., & Pezzato, L. M., (org.). *Análise institucional & saúde coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec, 91-103.
- Monceau, G. (2008). Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. *Fractal: Revista de Psicologia*, 20(1), 19-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922008000100007>
- Monceau, G. (2015). Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 21(1),197-217. doi: DOI - 10.5752/P.1678-9523.2015V21N1P197

- Nunes, E. D.(1994). Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 3(2), 5-21.
- Nunes, J. M. S., Guimaraões, J. M. X., & Sampaio, J. J. C. (2016). A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 26(4), 1213-1232. doi <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000400008>.
- Oliveira, E. F. A., & Garcia, M. L T. (2009). A política de saúde mental em municípios de pequeno porte do Espírito Santo: entre mínimas equipes e múltiplos projetos. *Argumentum*, 1(1), 167.
- Oliveira, A. M., & Passos, E. (2015). Efeitos Transversais da Supervisão Clínico-Institucional na Rede de Atenção Psicossocial. In *Cadernos HumanizaSUS*. Volume 5. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Oliveira, E. A. A. (2009). *Política de saúde mental em municípios de pequeno porte do Espírito Santo: entre mínimas equipes e múltiplos projetos* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Onocko-Campos, R. T., & Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 22(5), 1053-1062. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500018>.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2010). Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Genebra: OMS.
- Osório, A., & Schraiber, L.B. (2015). O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde Soc.* São Paulo, 24(1), 205-218.

- Paim, J. S. (2009). *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. (Coleção Temas em Saúde).
- Paiva, C. H. A., & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 21(1),15-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>
- Pasche, D., & Passos, E. (2010). Cadernos temáticos PNH: formação em humanização. Brasília. v. 1.
- Patriota, L. M. (2011). Saúde mental, Reforma Psiquiátrica e formação profissional. Estado Desenvolvimento, e crise do capital. V Jornada Internacional de Políticas Públicas.
- Peduzzi, M. (2010). Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro, R., Barros, M. E. B, Matos, R. A. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas* (pp.161-177). Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Peduzzi, M. (2016). O SUS é interprofissional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2016, 20(56), 199-201. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>
- Peduzzi, M., Norman, I. J., Germani, A. C. C. G, Silva, J. A. M., & Souza, G. C. (2013). Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev. esc. Enferm*, 47(4), 977-983. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>.
- Pelbart, Peter Pal. (1990). Manicomio mental - a outra face da loucura. *In saúde e loucura 2*, São Paulo: Ed: Hucitec.

- Pereira, E. C., & Costa-Rosa. (2012). Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis. *Saúde Soc.* São Paulo, 21(4),1035-1043. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000400020>
- Pessoa Júnior, J.M., Miranda, F.A.N., Melo, R.M., & Silva, M.B. (2013). Gestão e saúde mental em um município de pequeno porte: uma experiência em um município de pequeno porte. *Rev. APS*, 16(3), 328-332. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100016>
- Pezzato, L.M., & S. (2011). O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal *Coletiva. Physis*, 21(4), 1297-1314. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000400008>.
- Piauí (Secretaria Estadual de Saúde do Piauí). 2016. Documento: Plano Estadual de Saúde 2016 a 2019. Secretaria Estadual de Saúde do Piauí/Diretoria de Unidade de Planejamento: abril. 86. p
- Pinho, L. (2018). Saúde Mental: Retrocessos ou Contra-Reforma? Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME).
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>.
- Rosa, C. R. S., & Joazeiro, E. M. G. (2017). Rede de atenção psicossocial no Piauí: embalos em Tempos incertos. In Pereira, S. L. B; Rosa, L. C. S.; Silva, E. K. B; Maia, J. B. D. (Org.). *A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS*. 1ª edição: Teresina: EDUFPI.

- Rosa, L. C. S., Figueiredo Neto, M. V., Nascimento, G. M., & Alencar, L. A. (2011). A política e as ações de saúde mental do Piauí: As dimensões transformadoras da década de 2000 a 2010. In Rosa, L. C. S, Carvalho, M. E., & Macedo, J.P (Org). *Políticas e ações de SAÚDE Mental no Piauí: 2000 a 2010*. Teresina: ED UFPI.
- Rosa, R. P. F., Andrade, A. L. F., Oliveira, S. P., Silva, A. G. L., Ferreira, A. M., Inácio, J. S., & Araújo, S. M. S. S. (2015). Construindo saberes no trabalho em saúde mental: experiências de formação em saúde. *Interface (Botucatu)*, 19(1), 931-940. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0730>.
- Rossi, A., & Passos, E. (2014). Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. *Revista EPOS*, 5(1), 156-181.
- Sampaio, J. J. C., Guimarães, J. M. X., Carneiro, C., & Garcia Filho, C. (2011). O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4685-4694. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300017>
- Santos, L., & Campos, G. W. S. (2015). SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde Soc. São Paulo*, 24(2), 438-446.
- Sarreta, F. O. (2009). *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS*. São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Severo, A. K. S., L'abbate, S., & Campos, R. T. O. (2014). A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, 18(50), 545-556.

- Severo, A.K.S. (2014). *A institucionalização da supervisão na Reforma Psiquiátrica brasileira: (re)produção de controles e desvios junto às equipes de saúde mental*. (Tese de Doutorado). Campinas-São Paulo.
- Simão, V. M., Vargas, D. M., Damo, N. G., Campanella, L. C. A., Oliveira, M. F., & Silva, C. R. L. D. (2017). Exposição de uma Prática de Ensino e Cuidado Inter e Multiprofissional. In Dias, T. G, & Oliveira, D. C. (Org.). *Vivências da formação de profissionais de saúde: aventuras e percursos de educação pelo trabalho* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA.
- Sousa, L. E. N., & Nascimento, J. M. (2018). Crise e urgência em saúde mental: (re)pensando em conceitos e novas práticas de cuidado. In *A rede de atenção psicossocial no Piauí: orientações para o cuidado em saúde mental*. Teresina – PI.
- Souza, A. C., & Rivera, F. J. U. (2010). A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Rev Tempus Actas Saúde Colet*. 4(1),105-14.
- Vasconcelos, E.M. (2010). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Vasconcelos, C. M., Pasche, D. F. (2015). O Sistema Único de Saúde. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., & Carvalho, Y. M (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 531-62). São Paulo: HUCITEC.
- Vasconcelos, E. M. (2009). *Abordagens Psicossociais História, Teoria E Trabalho No Campo*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Vasconcelos, M. F. F., Nicolotti, C. A., Silva, J. F., Pereira, S. M. L. R. (2016). Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de

- Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*, 20(59), 981-91.
- Yahn, P. I. F. C., & Yasui, S. (2014). O apoiador caipira: o desafio/arte de articular redes regionais a partir de territórios/desejos singulares. *Interface (Botucatu)*. 18(1),871-884. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0214>.
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira* (Tese de Doutorado). ENSP- Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Yasui, S. (2007). CAPS: estratégia de produção de cuidado e de bons encontros. In: Pinheiro, R., Guljor, A. P., Silva Junior, A. G., & Mattos, R. A. (Orgs.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos* (pp.155-167). Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO.
- Yasui, S. (2015). Entre o Cárcere e a Liberdade: Apostas na Produção Cotidiana de Modos Diferentes de Cuidar. In *Cadernos HumanizaSUS*. Vol. 5. Saúde Mental, Brasília: Ministério da Saúde.
- Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 32, 27-37.
- Trajano, M., Bernardes, P. S. M., & Zurba, M. C. (2018). O cuidado em saúde mental: caminhos possíveis na rede de atenção psicossocial. In *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. Florianópolis, v.10, n.25, p.20-37.
- Zgiet, J. (2013). Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental – a quem interessa mudar? *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, 37(97), 313-323.

Kinker, F. S., Moreira, M. I. B., & Bertuol, C. (2018). O desafio da formação permanente no fortalecimento das Redes de Atenção Psicossocial. *Interface, comunicação, saúde e educação*. 22(67),1247-1256. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0493>.

APÊNDICES

Apêndices I

Ao falar sobre saúde mental geralmente os pensamentos que surgem, ou as histórias narradas, são sobre cenas de internação, hospício, loucura, alienados, perigo, insanidade, falta de razão. E a relação destes termos possui uma fundamentação histórica, social, cultural e econômica. Existiu e ainda existe. No entanto, movimentos que denunciaram o descaso e negligência de pacientes internados e esquecidos, maltratados, surgiram e impulsionaram mudanças sobre os modos de cuidado em saúde mental.

Para Pelbart (1990) é necessário que sejamos capazes de nos permitir experimentar o acaso, o desconhecido, possibilitando assim, campos de invenções e criatividade imprevisíveis, que possibilitam lugares a diferença e a intensidade. Atualmente, a criação de políticas públicas possibilitou o desenvolvimento de novos territórios e expansão dos cuidados em saúde mental. As cidades pequenas contam com serviços de saúde mental que devem ser construídos de forma diferente dos modelos centrados no isolamento, internação, negligência e maus tratos.

Fazendo parte atualmente deste cenário de cidade de pequeno porte, diferente das cidades de maior porte populacional, distante dos manicômios, mas, por vezes, com os mesmos pensamentos. Quando fui convidada para fazer parte desta equipe me questionava: O que seria trabalhar em um CAPS em uma cidade tão pequena, com serviços de saúde básicos, e com uma bagagem de formação profissional e com práticas vivenciadas em cidades maiores? Pois a realidade da formação acadêmica, está voltada para a realidade das grandes cidades, exigindo assim dos profissionais que se inserem em pequenos municípios o desenvolvimento de habilidades para dar conta das diversas arestas presentes.

Ao fazer parte do serviço o que me chamou a atenção foi deparar-me com profissionais implicados com o seu trabalho, mas com relatos que entraram neste serviço sem conhecer o que era a saúde mental, ou mesmo o que era o CAPS. E que foram construindo modos de cuidar no próprio serviço. Ou seja, o próprio trabalho, está atravessado de formação? Foram aprendendo a trabalhar trabalhando.

Desta forma, permeada das implicações provocadas em mim junto a equipe que faço parte me instigou a realizar esta pesquisa que busca investigar como ocorrem os processos de educação permanente dos profissionais para produzirem cuidados e responderem as demandas de saúde mental em Saúde Mental em cidades de pequeno porte.

Apêndices II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Declaro, por meio deste Termo, que concordei em participar da pesquisa que será utilizada para a Dissertação de Mestrado de Francisca Maira Silva de Sousa, intitulada “Educação permanente em saúde e trabalho em equipe em um serviço de atenção psicossocial no contexto da interiorização da RAPS”. Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada pela Prof. Dr. Ana Calina de Sousa Severo, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (86) 995060065. Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa e que minha colaboração se fará de forma anônima. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e/ou seu (sua) orientador (a). Fui ainda informado (a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Parnaíba, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do (a) participante:

Assinatura do (a) pesquisador (a):

Assinatura da testemunha:

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
Comitê de Ética em Pesquisa Humana – CEP da Universidade Federal do Piauí
Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Pró-Reitoria de Pesquisa.
Bairro: Ininga. CEP: 64.049-550 - Teresina – PI.
Tel:(86)3237-2332.
email:cep.ufpi@ufpi.edu.br.