

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM PRÁTICAS PEDAGÓGICAS PARA EDUCAÇÃO EM
SERVIÇOS DE SAÚDE**

**SABERES E FAZERES:
Discursos e trajetórias retratados nos TCR**

ANDREA CAMPOS PADILHA

Prof.: Ms. Daniela Dallegrove

**Porto Alegre
2013**

SUMÁRIO

RESUMO.....	3
INTRODUÇÃO	4
1. OS MOVIMENTOS NA SAÚDE E A IMPLANTAÇÃO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA	8
1.1 Grupo Hospitalar Conceição	12
2. OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	14
3. TECNOLOGIAS DE CUIDADO: O QUE EMERGE DOS TCR.....	18
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
5. REFERÊNCIAS.....	35
ANEXOS	38

RESUMO

O presente texto apresenta uma pesquisa que analisa textos, discursos, práticas emergentes dos Trabalhos de Conclusão da Residência (TCR), elaborado por profissionais que integraram o programa de Residência Integrada em Saúde (RIS), ênfase Saúde Mental do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório-descritivo, que utiliza como técnica de abordagem dos dados a pesquisa bibliográfica. Tem como objetivo conhecer os trabalhos de conclusão da residência, que abordam a intervenção em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Portanto, foram selecionados e analisados 10 TCR, submetidos à avaliação na RIS/GHC, apresentados no período de 2006 a 2010. A questão que perpassa toda a discussão, desenvolvida neste trabalho, versa sobre as práticas de cuidado e a produção de saber, sintetizada e materializadas nos TCR. Considera-se que estes registros possibilitam desvelar as tecnologias de cuidado emergentes dos discursos e identificar os dispositivos de atenção em saúde que são apresentados.

Palavras-chave: residência em saúde, saúde mental, serviços de saúde mental (psicossocial/CAPS), sistema único de saúde.

INTRODUÇÃO

O presente texto apresenta o trabalho desenvolvido para atender ao requisito obrigatório para a conclusão do curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para Serviços de Saúde, promovido pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)/ Faculdade de Educação (FACED) em parceria com o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e a Escola de Saúde Pública (ESP).

A busca por esta especialização decorre de um desejo, que também aponta uma necessidade: a de qualificar a atual forma de efetivar a minha prática como preceptora. Como profissional de saúde, desempenho minhas atividades na atenção, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Considero importante desenvolver e dinamizar as ações de preceptoria, agregando ao fazer profissional o conhecimento didático-pedagógico condizente com as funções assumidas.

A Residência Integrada em Saúde (RIS) inaugura um novo jeito de formar, qualificar, especializar trabalhadores para atuar na saúde pública; propõe a articulação de saberes e fazeres como modalidade primordial para promover a integração teoria e prática, é uma modalidade de formação em serviço que possibilita uma atenção humanizada e integral, efetivada de forma interdisciplinar, seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os profissionais que optam pela RIS, que é uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*, inserem-se em um programa com duração de dois anos, onde são desenvolvidas atividades multiprofissionais de reflexão teórica, realizada em serviço, com supervisão docente-assistencial. Uma das exigências para certificação dos residentes da RIS é o desenvolvimento de um projeto de pesquisa a respeito de um assunto relevante ao SUS, este trabalho deve ser desenvolvido com orientação e apresentado, para uma banca de avaliação, na maioria dos programas.

O Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) constitui-se em requisito obrigatório e indispensável à integralização do curso, por isso, a proposta de leitura destas produções permite uma aproximação de saberes, práticas e discursos, que

retratam intervenções e interesses de residentes, bem como a inserção nos cenários de aprendizado.

O binômio *saúde-educação* torna-se de alguma forma objeto desta investigação, já que ao falarmos em residência, estamos mencionando composições inextricáveis, como: saberes e fazeres, formação e serviço e o produto decorrente destes enlaces, como a interdisciplinaridade e a integralidade.

Sendo assim, pesquisar textos, discursos, práticas é o objetivo deste trabalho de conclusão, tendo como questão:

- Identificar as práticas e produção de saber, materializadas na forma de TCR, mais especificamente, desvelar as tecnologias de cuidado que emergem destes trabalhos, analisando os dispositivos de cuidado que são apresentados.

Tendo em vista a diversidade de Programas de Residência e de ênfases existentes, foi necessário delimitar melhor o foco desta investigação, desta forma e atendendo aos meus próprios interesses, resolvi definir que os TCR que comporiam esta análise seriam aqueles que tivessem uma relação direta com a minha prática, ou seja, o trabalho no campo da saúde mental, especificamente, em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Desta forma, o recorte que estabeleci foi: analisar os TCR que retratassem a intervenção em CAPS.

Em outro momento, foi necessário escolher um programa de residência em Saúde Mental. Inicialmente, busquei a Escola de Saúde Pública (ESP), pois o interesse era aproximar-me, justamente, de um universo bastante familiar, tendo em vista que exerço a preceptoría junto aos residentes vinculados à ESP (RIS – ênfase Saúde Mental Coletiva). A surpresa foi que ao localizar os TCR, descobri que não seria possível explorar o pouco material encontrado, já que boa parte dos TCR não estavam na Biblioteca da ESP e os que ali se encontravam não possuíam autorização para reprodução.

A etapa seguinte foi buscar outro Centro de Documentação, busquei, inicialmente, o site da biblioteca do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Encontrei um acervo bem organizado, inclusive possibilitando o acesso de alguns trabalhos *on-line*.

Inicialmente, ocorreu a busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME-OPAS-OMS), base de dados do Centro de Documentação do Grupo Hospitalar Conceição (CDOC-GHC), utilizando, os descritores: *saúde and mental*.

Num segundo momento, ocorreu a visita *in loco* para pesquisa no CDOC do GHC. Na primeira etapa da pesquisa procedeu-se o levantamento, quando ocorreu a

análise preliminar de todos os trabalhos de conclusão da residência existentes Centro de Documentação do GHC.

Em outra etapa, de acordo com os padrões estabelecidos, efetuou-se a seleção dos TCR, ou seja, obedecendo ao critério de investigar apenas aqueles que fossem oriundos da Residência Integrada em Saúde, ênfase Saúde Mental. A partir deste momento, iniciou-se a leitura e análise dos respectivos resumos, quando foram destacados 12 trabalhos que descreviam intervenções em CAPS.

Dos 12 trabalhos selecionados que versam sobre CAPS, 10 TCR foram localizados e, portanto, tornaram-se objeto da análise. Tais trabalhos foram apresentados no período de 2006 a 2010¹, com o objetivo de atender ao requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental, na Residência Integrada em Saúde – Grupo Hospitalar Conceição.

A partir da definição da coleta de dados, fui para a fase subsequente, definir como lidar com o material encontrado. A escolha foi desenvolver uma pesquisa bibliográfica, de cunho exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa.

A presente investigação teve como foco a análise das tecnologias de cuidado em saúde mental, tomando como base a prática operada pelos residentes do GHC nos diferentes CAPS.

Os trabalhos foco da análise estão abaixo relacionados:

BAGOLIN, Eduardo I. **A publicidade do desespero: os CAPS como dispositivo de atenção e cuidado na conduta suicida** Trabalho de Conclusão da Residência em Saúde Mental. Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 2009. 18p.

CELENTE, Fani C. C. **O sentimento da equipe do CAPS AD em relação ao processo de recaída.** Trabalho de Conclusão da Residência em Saúde Mental. Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre; s.n.; 2007. 30 p.

DIPP, Giovana S. W. **Dependência química: um sintoma.** Trabalho de Conclusão da Residência em Saúde Mental. Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre; s.n.; 2009. 22 p.

GEORGES, Ana Paula S. **A oficina de sabonetes do CAPS II do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre/RS como possibilidade de reabilitação**

¹ Dos trabalhos analisados, a frequência de apresentações por ano foi a seguinte: em 2006 foi apresentado 1 TCR, em 2007 – 2, em 2008 – 3; em 2009: 3 e em 2010: apenas 1. O último trabalho da ênfase Saúde Mental que abordava o trabalho em CAPS, foi apresentado em 2010, tanto em 2011, quanto em 2012 não foram apresentados trabalhos que retratassem intervenções em CAPS.

psicossocial de pacientes com sofrimento psíquico Trabalho de Conclusão da Residência em Saúde Mental. Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 2007. 37 p.

LUDWIG, Andreine. **O fazer como recurso terapêutico em saúde mental.** Trabalho de Conclusão da Residência em Saúde Mental. Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre; s.n.; 2006. 31 p.

PACHECO, Milena L **Grupo como dispositivo de vida em um CAPS ad: um cuidado em Saúde Mental para além do sintoma.** Trabalho de Conclusão da Residência em Saúde Mental. Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 2008. p.?

SCHMITT, Micaela K. **Percepções da família acerca da doença mental.** Trabalho de Conclusão da Residência em Saúde Mental. Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 2010. 18p.

SILVA, Letícia V. **Ambiência: conviver produz saúde.** Trabalho de Conclusão da Residência em Saúde Mental. Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre; s.n.; 2008. 22 p.

SILVA, Ligiane M. B. **Oficinas terapêuticas para quê?** Trabalho de Conclusão da Residência em Saúde Mental. Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 2009. 25p.

SOARES, Sinara C. T. **Famílias e portadores de transtorno de humor bipolar: influências recíprocas** Trabalho de Conclusão da Residência em Saúde Mental. Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre. s.n.; 2008. 36p.

1. OS MOVIMENTOS NA SAÚDE E A IMPLANTAÇÃO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA

A criação da primeira Residência em Medicina Comunitária ocorre em 1976, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em sua Unidade Sanitária denominada São José do Murialdo, sua proposta incluía formar profissionais com uma visão integrada entre Saúde Clínica, Saúde Mental e Saúde Pública.

No ano seguinte em 1977, o **Decreto nº 80.281**, de 05 de setembro, cria a Residência Médica, na modalidade de Pós-graduação *lato sensu*, destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. O mesmo decreto institui, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Médica, responsável pelo estabelecimento dos princípios e normas de funcionamento, credenciamento e avaliação.

Em 1978, a Residência em Medicina Comunitária do Murialdo é ampliada, tornando-se Multiprofissional e contando com a participação de enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e médicos veterinários (ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, 2006).

Em 1979, é criado o Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública (PAR – MP/MS/SP) pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Na década de 80, o Brasil em pleno processo de redemocratização, coloca o tema da Reforma Sanitária em voga. Neste período, a VIII Conferência Nacional de Saúde nasce com o objetivo de subsidiar a discussão sobre o novo modelo de atenção em saúde, potencializando a discussão do tema na Constituinte.

A Constituição Federal, promulgada em 1988, aprova a criação do **Sistema Único de Saúde – SUS**, instaurando uma nova lógica de pensamento e práticas na saúde. O SUS é produto de um conjunto de mobilizações dos trabalhadores da saúde e usuários. Os princípios norteadores do SUS são: a **universalidade** de acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção; a **participação da comunidade**; **integralidade**; **equidade**; **regionalização** e **hierarquização**, **resolutividade**, **descentralização** e **comando único**.

O Brasil renascia de um longo e triste adormecimento, ressurgia o vigor e a intensidade dos movimentos sociais e políticos, neste cenário na carona da VIII Conferência Nacional de Saúde vêm a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que tem como palco a cidade do Rio de Janeiro. Esta trouxe como pauta "*uma sociedade sem manicômios*", dando início ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Nesse momento, a discussão teve como foco o modelo de tratamento institucionalizado, centrado no hospital psiquiátrico, e apontava a importância de se resgatar a condição cidadã dos usuários.

A IX Conferência Nacional de Saúde tem como tema *A Municipalização é o Caminho* e acontece em Brasília, em agosto de 1992, pouco antes do *impeachment* do Governo Collor, que ocorre em setembro. Já a II Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em dezembro de 1992, acontecendo pós-implantação do SUS, pós-impeachment, pós-IX Conferência de Saúde, e torna-se a inspiração de toda a legislação posterior em relação à reversão do modelo de atenção em Saúde Mental.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, *Cuidar, sim. Excluir, não. - Efetivando a Reforma Psiquiátrica com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social*, agrega, em seu título, o tema mundial proposto pela Organização Mundial da Saúde no mesmo ano (*Cuidar, sim, excluir, não*) e as discussões da 11ª Conferência Nacional de Saúde (*Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização da saúde, com controle social*), realizada em 2000. O contexto é o da aprovação da Lei Federal de Saúde Mental, em abril de 2001.

Devemos lembrar que, de 1995 a 2002, estamos sob os dois mandatos governamentais de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Segundo Faleiros (2004), este período caracterizou-se por uma reordenação estratégica do Estado, com aprofundamento do neoliberalismo, mudanças nos fundamentos do próprio Estado – de diretrizes desenvolvimentistas para diretrizes de sustentação da competitividade (incluindo a estabilização econômica) – reduzindo-se, assim, a função e o papel do Estado em favor do mercado. A política de saúde, nesta época, configura-se claramente como uma política de Estado e não de governo, tendo em vista a institucionalidade do SUS como política pública, já estabelecida anteriormente ao mesmo. Porém, ainda há riscos de redução ou extinção na correlação de forças com os segmentos defensores da ótica capitalista e neoliberal (PASINI, 2010, p. 56).

No bojo de todos estes movimentos no campo da saúde pública, ao final da década de 1990, a ESP do RS retomou o programa da Residência com profissionais da saúde, apoiada pela **Lei Estadual nº 11.798**, instituindo legalmente a *Residência Integrada de Saúde (RIS)* e orientando a sua execução através do Regulamento do Programa de Residência Integrada de Saúde do RS.

A Residência Integrada em Saúde (RIS) foi instituída pela **Portaria nº 16/99** da Secretaria de Estado da Saúde do RS, em 1º de outubro de 1999. Esta portaria acrescentou o Programa de Aperfeiçoamento Especializado ao Programa de Residência Médica já existente, instituindo assim a Residência Multiprofissional e Interdisciplinar, passando a integrar três áreas de ênfases distintas.

No ano de **2002**, foram criadas **19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família**, com financiamento do Ministério da Saúde, com perspectiva de trabalhar, integradamente, com todas as profissões de saúde. CLOSS (2010) destaca ações, leis e políticas que foram criadas, com o objetivo de qualificar a formação em saúde, pontua:

a revisão do documento “Princípios e Diretrizes para Gestão do Trabalho no SUS” – NOB/RH-SUS, no ano de 2003; a criação de 19 programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, financiadas pelo Ministério da Saúde, no ano 2002/2003; a constituição da Política de Educação Permanente em Saúde em 2004, alterada em 2007; iniciativas de incentivo de mudanças na graduação das profissões de saúde; Pacto em Saúde, em 2006, que inclui o campo da gestão do trabalho e da educação em saúde; a realização da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS, em 2006 (CLOSS, 2010, p. 38).

Em **2003**, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) estabelece a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, expressa na **portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004**, propondo políticas relativas à formação profissional e educação permanente dos trabalhadores em saúde, nos níveis técnico e superior. Este é o momento em que se define a implantação e financiamento das Residências Multiprofissionais no Brasil. Nesta época, o GHC inicia um duplo movimento, um externo, de tratativas com o Governo Federal para a implantação de um programa de residência multiprofissional na instituição, e outro interno, de análise das possibilidades e espaços que poderiam aderir à proposta de formação de profissionais, conforme o que preconiza o SUS.

A Residência Integrada em Saúde (RIS) surge em 2003, como uma política de formação de trabalhadores para atuação qualificada, humanizada no Sistema Único de Saúde.

Desenvolver profissionais para a área da Saúde, na modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, a partir da inserção dos mesmos em serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade, onde possam, no exercício permanente da educação em serviço, realizar práticas de saúde que integrem o ensino, a pesquisa e a atenção, seguindo os princípios e diretrizes do SUS. (BRASIL, 2006. p.7).

As Residências Integradas em Saúde apostam na necessidade de desenvolver novas tecnologias para operar no campo da saúde, que considerem o “processo saúde-doença” e a importância de engendrar novas formas de cuidado.

A Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005 institui o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, desta forma consolida a proposta da Residência em Área Profissional da Saúde, objetivando fortalecer e qualificar a Gestão do SUS. Foi criada também pela SGTES a Rede de Ensino para a Gestão do SUS (RegeSUS), que define o trabalho em rede como método que possibilita integrar instituições de Educação e Saúde, no sentido de fortalecer e apoiar os processos formativos (BRASIL, 2005).

A **Portaria 2117** de 03 de novembro de 2005 institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde.

Atualmente, em Porto Alegre, há 7 programas de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, dentre eles estão: o do **Grupo Hospitalar Conceição**, com as ênfases em Saúde da Família e Comunidade, Atenção ao Paciente Crítico, Gestão em Saúde, Atenção Materno Infantil e Obstetrícia, Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Oncologia e Hematologia e Saúde Mental; o da **ESP** têm as ênfases Atenção Básica na Saúde Coletiva, Pneumologia Sanitária, Saúde Mental Coletiva e Dermatologia Sanitária; o da **Fundação Universitária de Cardiologia** possui a ênfase em Cardiologia; o da **Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre** (UFCSPA) em parceria com a **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre**, ISCMPA, possui a área de Intensivismo; o do **Hospital de Clínicas/UFRGS** que possui as áreas Onco-hematologia, Adulto Crítico, Saúde da Criança, Saúde Mental e Controle de Infecção; o Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (**EducaSaúde**) da Faculdade de Educação (FACED/UFRGS) tem em seu Programa de Residência as ênfases Saúde Coletiva e Saúde Mental Coletiva e o da **PUCRS** trabalha com as áreas de formação em Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Idoso, Saúde Bucal Atenção Especializada em Saúde – cirurgia bucomaxilofacial, Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Urgência, Radioterapia, Radiodiagnóstico e Medicina Nuclear (Enfermagem, Farmácia, Física Médica, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Educação Física). Além desses, o Hospital Presidente Vargas (HPV) tem projeto de Residência Multiprofissional tramitando.

1.1 Grupo Hospitalar Conceição

O Grupo Hospitalar Conceição GHC é um complexo hospitalar de referência que atua tanto na assistência a usuários, quanto na formação de profissionais e pesquisa na área da saúde, de acordo com os princípios do SUS. O GHC é formado pelos hospitais: Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina, além das 12 Unidades de Saúde, três centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelo Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. A totalidade do atendimento prestado pelo GHC é destinada aos usuários do SUS.

A Residência Integrada em Saúde do GHC – RIS/GHC – iniciou em julho de 2004, com projeto financiado pelo Ministério da Saúde. A RIS tem como objetivo geral especializar profissionais das diferentes áreas, através da formação em serviço, atuando de forma interdisciplinar, em diferentes níveis de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

As áreas de ênfases e profissões que integram a RIS/GHC são: **Saúde da Família e Comunidade:** Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social; **Saúde Mental:** Artes, Educação Física, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional; **Atenção ao Paciente Crítico:** Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Serviço Social; **Oncologia/Hematologia:** Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social; **Gestão em Saúde:** Graduados em Ciências Sociais Aplicadas, Ciências Humanas e Ciências da Saúde; **Atenção Materno Infantil e Obstetrícia:** Enfermagem, Nutrição, Serviço Social e Psicologia **Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial:** Odontologia.

A RIS/GHC possui como objetivo geral “especializar profissionais das diferentes áreas que se relacionam com a saúde, através da formação em serviço, com a finalidade de atuar em equipe, de forma interdisciplinar, em diferentes níveis de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisas, aprimorando e qualificando a capacidade de análise, de enfrentamento e proposição de ações que visem concretizar os princípios e diretrizes do SUS” (BRASIL, 2006, p.7).

A RIS/GHC assenta seu Projeto-Político-Pedagógico tomando como base a regulamentação nacional de saúde, que define como parâmetro os princípios e

diretrizes do SUS, sendo assim, as noções transversais do processo: a integralidade, o trabalho em equipe, a humanização e a educação permanente.

Trabalhar a promoção e a atenção integral à saúde, visando o fortalecimento da autonomia dos sujeitos na produção de saúde, potencializa o trabalho em equipe e qualifica a prestação do cuidado. Neste sentido, a educação permanente é uma estratégia de reestruturação dos locais de trabalho para a construção de práticas em saúde integrais e humanizadas (BRASIL, 2006).

Ceccim e Armani (2001) salientam que o contato continuado dos profissionais da Saúde com os usuários e serviços permite o cruzamento de saberes e o desenvolvimento de novos perfis profissionais, mais adequados à exigência ética de atender a cada pessoa conforme sua necessidade, também considerando as necessidades epidemiológicas e sociais das populações em atendimento. Desta forma, a educação em serviço busca desenvolver o aperfeiçoamento profissional, por meio da aprendizagem prática e permitindo a troca, tanto com os usuários, como com a equipe Multiprofissional.

Ao abordar a atenção em saúde ofertada, há a necessidade de disseminar reflexões sobre as experiências concretas e identificar aquelas que se mostram potentes para produzir mudanças nos modos de gerir e de cuidar.

[...]a formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

As residências multiprofissionais pressupõem construir conhecimentos na interface ação – pensamento – intervenção – teoria e, assim, suportar os ineditismos, ensaios e erros, próprios daquilo que é processual, tendo como referência uma concepção de saúde ampliada, que ultrapasse as patologias e diagnósticos, perseguindo sempre a produção de sentido e de vida. Como destaca Ceccim e Feuerwerker (2004):

A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas (p. 50).

2. OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os Centros de Atenção Psicossocial são dispositivos de atenção à saúde mental, pertencentes ao SUS, que oferecem atendimento integral e cuidados personalizados a pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e/ou persistentes.

Surgem como principal alternativa, pós-reforma psiquiátrica, de atendimento aberto e comunitário, buscando intervir em momentos de crise, a fim de evitar a internação psiquiátrica e, desta forma, preservar vínculos e laços sociais.

Os CAPS devem oferecer acolhimento diurno e, quando possível e necessário, noturno. Devem ter um ambiente terapêutico e acolhedor, que possa incluir pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade. O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações. Os CAPS oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas, por exemplo: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares (BRASIL, 2004, p. 17).

A proposta dos CAPS se assenta basicamente na ideia de ruptura com o modelo manicomial e na necessidade de uma mudança de paradigma para lidar com o sofrimento psíquico,

A preocupação com um compromisso inadiável de mudança de paradigma torna necessário que sejam rompidos pelo menos quatro referenciais: o método epistêmico da psiquiatria; o conceito de doença mental como taxativo de erro ou desrazão e sua arbitrária correlação com a periculosidade; o princípio pineliano de isolamento terapêutico; e o tratamento moral que permeia os métodos de cuidado hegemônicos (ONOCKO-CAMPOS, BACCARI, 2011, p. 2052).

Os CAPS compõem uma ampla proposta, segundo a qual uma rede de ações e serviços deve ser implementada, visando a atender os usuários nos diferentes níveis de atenção.

Estes serviços enquanto espaço de atenção à saúde mental procuram reestabelecer o elo entre o sujeito e o social, apostando em uma forma de

pertencimento possível, que dê sentido para uma certa errância, desencadeada pela experiência da loucura.

Os Centros de Atenção operam como dispositivos de proteção para os usuários, dando sustentação e apoio para o enfrentamento das situações de crise. A escuta, o acolhimento, a construção e manutenção de vínculos são as estratégias utilizadas frente à desestabilização, ocasionado pelo adoecimento. As ações desenvolvidas nestes equipamentos buscam resgatar o sujeito e suas potencialidades, muitas vezes, desvanecidas pela patologia.

As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Os CAPS têm, frequentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania (BRASIL, 2004, p. 20).

Acolher a pessoa em sofrimento emocional requer uma capacidade de dialogar, de estabelecer uma interlocução afetiva, que possibilite a construção de vínculos e a reconstituição de laços sociais. O acolhimento é um recurso indispensável para o estabelecimento do vínculo, o exercício do cuidado e estratégia para aliviar o sofrimento.

Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades (BRASIL, 2004, p. 16).

Acompanhar os processos de cada usuário pressupõe um olhar diferenciado, que contemple as demandas específicas. A saúde mental opera com um dispositivo: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), cuja a marca é a singularidade, pois considera o sujeito e seu entorno; tem como objetivo a construção da autonomia e a reinserção social.

O PTS é um instrumento de trabalho que pressupõe a interdisciplinar e possibilita definir hipóteses diagnósticas, em regime de coprodução da problematização, além de estabelecer metas com divisão de responsabilidades. A proposta é o planejamento em saúde, a partir da leitura e análise de cenários,

ocorrendo uma coprodução do projeto. A partir da definição do PTS, há a necessidade de um acompanhamento constante, para avaliar o andamento da proposta, a fim de que seja retomado e reavaliado. Pressupõe, então, uma cogestão/ avaliação do processo, com a constante participação do usuário. O PTS é uma formação de compromisso, uma espécie de aliança terapêutica entre equipe e usuário (BRASIL, .

A elaboração do PTS é atribuição do profissional-referência em associação com o usuário e sua família, como também do profissional com toda a equipe, através das discussões e estudos de caso.

As equipes de CAPS, em geral, definem um ou mais profissionais que possam desempenhar o papel de figura de referência para o usuário. O Técnico ou Equipe de Referência é o responsável pelo acompanhamento da pessoa na instituição, proporciona a inclusão de outros profissionais ou a interlocução com outros serviços, necessários ao tratamento, visando à adesão e evitando o abandono da proposta terapêutica.

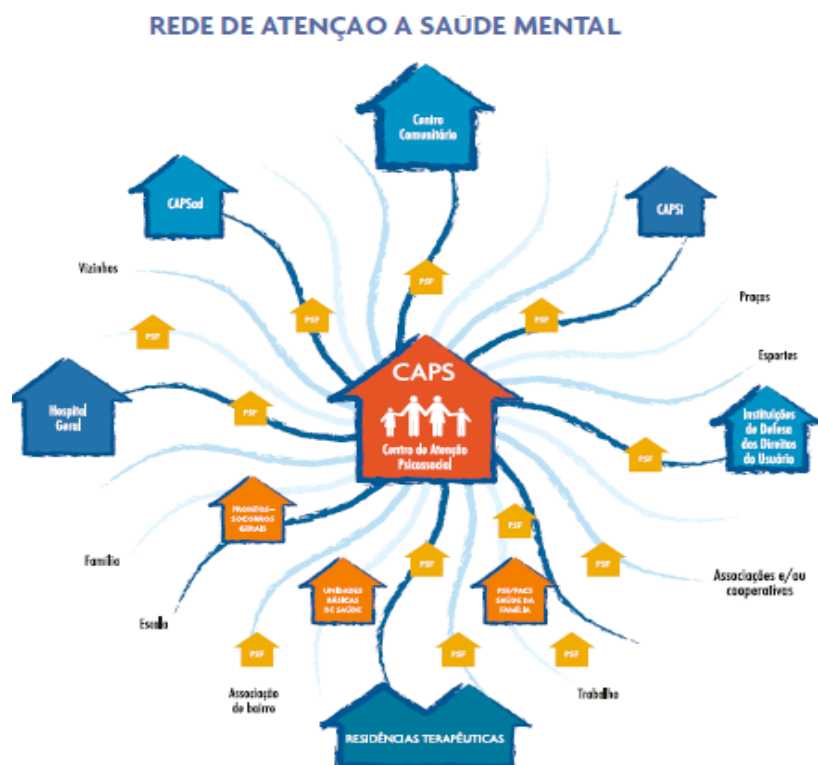
Os CAPS trabalham com a proposta de ampliar a clínica, o que implica *“reconstruir relações de poder na equipe e com os usuários e sua rede sócio-familiar, ampliando processos de troca e de responsabilização mútua”* (BRASIL, 2010, p. 68).

A clínica ampliada tem como pressupostos: a compreensão ampla do processo saúde-doença, construção compartilhada do diagnóstico e da proposta terapêutica. A escuta é o principal recurso para acolher a queixa da pessoa em sofrimento. A informação e o diálogo são ferramentas fundamentais para a construção de vínculos, a definição de propostas terapêuticas pactuadas, nas quais o usuário possa inserir-se e contratualizar.

Ramminger e Brito (2011) destacam o papel do CAPS ultrapassa o aspecto clínico e de cuidados imediatos ao usuário, tem como atribuição de gerir e organizar a rede de saúde mental (Figura 1):

Uma especificidade do Caps em relação a outras unidades de saúde: seu objetivo não é apenas o cuidado clínico, mas também a reabilitação psicossocial (com oficinas de geração de renda, por exemplo) e a organização da rede de saúde mental em seu território. Assim, se o “centro” da rede de saúde é a Unidade Básica, na saúde mental esse “centro” é o Caps (p. 51).

Figura 1: CAPS e a Rede Atenção em Saúde Mental



3. TECNOLOGIAS DE CUIDADO: O QUE EMERGE DOS TCR

Um panorama geral...

Os trabalhos de conclusão demonstram que o contato dos residentes com o cenário CAPS disparou o interesse pelo fazer, pois de todos, apenas um trabalho apresentava uma discussão *puramente* teórica, os demais buscaram ouvir, dar vez e voz aos diversos atores que compõem o campo de práticas, sejam eles: usuários, familiares, trabalhadores, residentes, bem como focar os diversos espaços, dentre eles: as oficinas, a ambiência, os grupos terapêuticos ou de familiares.

Os TCR retratam a intervenção em CAPS e foram elaborados por profissionais de diferentes áreas: 4 trabalhos foram redigidos por Terapeutas Ocupacionais, 3 por Psicólogos, 2 por Assistentes Sociais e 1 por Enfermeira.

Cinco trabalhos utilizaram como campo de pesquisa o CAPS II, três desenvolveram suas atividades no CAPSad, um optou por uma coleta de dados mista, entrevistando profissionais do CAPS II, do CAPSad e da Unidade de Internação Psiquiátrica e um apresentou discussão teórica acerca do fazer como recurso terapêutico nos CAPS.

Todos adotaram metodologia qualitativa, no entanto, identifica-se uma diversidade de técnicas empregadas, como: diário de pesquisa, narrativas, relatos orais e de experiência, entrevistas individuais, grupo focal e entrevistas semiestruturadas.

Quanto ao referencial teórico adotado para a análise, são utilizados: método hermenêutico-dialético, análise de conteúdo (Bardin), análise discursiva (Foucault), enfoque psicossocial, teoria sistêmica e teoria psicanalítica.

As temáticas enfocadas abordam: oficinas (2), dependência química (3), suicídio, ambiência, o fazer terapêutico, a família e sua percepção acerca da doença mental (2). É possível agrupar os TCR em blocos, conforme as reflexões apresentadas, sintetizando em 4 grandes grupos temáticos: **oficinas, família, intervenção clínica** (grupal e individual) e **equipe do CAPS**.

TABELA 1 – RETRATO DOS TCR

Tabela 1 – TCR					
TÍTULOS	N ²	OBJETIVOS	METODOLOGIA	INSTRUMENTO COLETA DADOS	ANÁLISE REFERENCIAL TEÓRICO E
1. 2006 o Fazer como recurso terapêutico	TO	Refletir sobre o uso do fazer humano como Recurso terapêutico dentro Dos atuais espaços de oficinas nos CAPS		REFLEXÃO TEÓRICA	Enfoque Psicossocial
2. 2007- A oficina de sabonetes como possibilidade de reabilitação psicossocial de pacientes c/ sofrimento psíquico	TO	Refletir sobre a reinserção social, analisar e verificar se as oficinas desenvolvidas possibilitam a reabilitação psicossocial	Participação na Oficina como Coterapeuta (TO residente) junto com a Coordenadora (TO)	Grupo da Oficina de Sabonetes	Enfoque Psicossocial
3. 2007- o sentimento da equipe do CAPS AD em relação ao processo da recaída	AS	Analisar como os profissionais da equipe do CAPS AD vivenciam o processo da recaída dos pacientes em tratamento neste serviço	Pesquisa Qualitativa	Entrevista Individual	Análise de Conteúdo (Bardin)

² Núcleos

Tabela 1 – TCR					
TÍTULOS	N ²	OBJETIVOS	METODOLOGIA	INSTRUMENTO COLETA DADOS	ANÁLISE REFERENCIAL TEÓRICO
4. 2008- Ambiência produz saúde?	TO	Compreender se estar num espaço informal, pode modificar a relação entre técnicos e usuários e verificar se este espaço poderia ser valorizado como mais uma possibilidade terapêutica	Pesquisa Qualitativa	Grupo Focal (equipe Técnica do CAPS)	Análise Discursiva (Foucault)
5. 2008- Famílias e portadores de transtorno de humor bipolar: influências recíprocas	AS	Compreender, através da percepção das mães de mulheres portadoras de transtorno de humor bipolar, a relação entre os aspectos do funcionamento psicodinâmico familiar e o desenvolvimento do transtorno.	-Pesquisa qualitativa -Caráter Exploratório Descritivo	Entrevista semi-estruturada e análise documental (leitura dos prontuários)	Estudo de caso tomando como referencial a teoria sistêmica
6. 2008- Grupo como dispositivo de vida	Psi	Relatar a experiência do Grupo de sentimentos do CAPS ad Criar um espaço coletivo onde os usuários pudessem refletir sobre suas vidas além do uso de substâncias	Pesquisa Qualitativa	Coordenação do Grupo de Sentimentos, com outro terapeuta	Produção de subjetividade (Pós-estruturalismo)

Tabela 1 – TCR					
TÍTULOS	N ²	OBJETIVOS	METODOLOGIA	INSTRUMENTO COLETA DADOS	ANÁLISE REFERENCIAL TEÓRICO
7. 2009- A publicidade do desespero: os CAPS como dispositivo de atenção e cuidado na conduta suicida	Psi	Seria o CAPS um dispositivo de cuidado para o paciente suicida?	Pesquisa qualitativa	Depoimentos e narrativas Relatos orais Diários de pesquisa	Análise interpretativa Cenários Teoria Psicanalítica
8. 2009- DQ: um sintoma	Psi	Estudar e analisar a dinâmica familiar dos adolescentes c/ DQ e identificar a função que a droga exerce no sistema familiar	Metodologia qualitativa	Entrevista semi-estruturada	Teoria sistêmica
9. 2009- Oficinas terapêuticas: para quê?	TO	Qual o papel terapêutico desempenhado pelas oficinas? Como a oficina interfere no processo saúde doença	Abordagem qualitativa -Estudo exploratório	Entrevista semi-estruturada Observação participante	Análise de conteúdo
10. 2010- Percepções da Família acerca da doença mental	Enf	Compreender as percepções da família sobre a doença mental de um ou mais de seus membros e identificar conceitos sobre a doença mental	Pesquisa qualitativa	Entrevista semi-estruturada	Método Hermenêutico-dialético

A inserção nas equipes e a construção da proposta de pesquisa fazem parte de um continuum, onde a escuta dos diversos atores, a conexão do residente com suas percepções e sentimentos, provocam o desejo de compreender todos estes enlaces, convocam à elaboração e resultam em construções teóricas, no caso os TCR.

***N**a medida (em) que fui conhecendo o serviço com a minha inserção na equipe técnica e apropriação deste espaço, acompanhando as sucessivas recaídas das pessoas em tratamento pelo uso abusivo de drogas, passei a ficar bastante mobilizada. Busquei num primeiro momento entender o porquê da minha inquietação e como era trabalhar o processo de recaída de um dependente químico; o que me levou a conversar com alguns técnicos sobre a questão e então percebi que esta inquietação não era apenas minha, mas também de outros profissionais da equipe. (R3)*

Os TCR convidam-nos a olhar para aspectos da realidade dos CAPS a partir de diversos pontos de vista, buscando desvelar, problematizar e compreender o campo da atenção em saúde mental. É evidente a intenção, e muitas vezes expressa, de que tais produções contribuam de alguma forma para qualificar o fazer cotidiano das equipes de CAPS, possibilitando a oferta de um cuidado qualificado.

***E**sta tem o propósito de auxiliar os serviços de saúde mental, dentre eles o CAPS II – GHC, a compreenderem aspectos intrafamiliares que influenciam positiva e negativamente no desenvolvimento de THB, identificando padrões de funcionamento familiar nas diferentes fases da vida do portador desta patologia, bem como a influência que esse transtorno exerce sobre a família. Além disso, busca contribuir para o crescimento científico da área de saúde mental (R5).*

Nos diferentes relatos, muitas vezes, é possível se depreender algo do funcionamento institucional do CAPS em questão, percebe-se a ênfase dada às características e possibilidades dos serviços, como a abertura para repensar ações e intervenções e efetuar mudanças.

R3 destaca que o estudo desenvolvido no TCR, possivelmente, contribuiu, tendo em vista que a equipe do CAPS, onde realizou a pesquisa, mostrava-se “aberta a mudanças, ao novo, a novas formas de trabalhar, tendo como objetivo melhorar o trabalho que é desenvolvido” (R3).

Para delimitar o trabalho, verifica-se que alguns residentes recorrem à estratégia de narrar sua trajetória entrelaçando-a com o caminho percorrido até a

construção do objetivo, retratando a aproximação dos serviços, a inserção nos locais, o contato com a equipe, usuários e familiares.

Ao iniciar a *Residência Integrada em Saúde (RIS)* no Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS II) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), **tive a oportunidade de acompanhar e observar as pessoas** que recebem tratamento [...] **foi possível direcionar meu olhar para as famílias**, a partir da constatação de que muitas das pessoas atendidas por mim estavam vinculadas ao CAPS II por serem familiares de portadores de THB vinculados ao Serviço. Assim, **comecei a me questionar sobre o que estava se passando com as famílias que traziam seu familiar adoecido para tratamento**[...] (R5).

No relato acima, percebe-se que este primeiro olhar lançado pelo residente para o contexto no qual se insere, dispara inúmeras questões que se convertem em projetos de pesquisa e propostas de práticas e cuidados para serem dirigidas tanto para equipes, quanto para familiares e usuários.

Instigada por estes questionamentos, escolhi este tema para minha pesquisa de conclusão da Residência. Queria compreender como estar naquele contexto informal, onde a proximidade modificava a relação entre técnicos e usuários e onde surgia um universo bastante diverso da doença. E queria mais: poder conferir a este espaço uma valorização por suas características diferenciadas como mais uma possibilidade terapêutica no CAPS (R4).

R4 ao falar da construção de seu projeto de pesquisa, complementa sua exposição de motivos, trazendo seu desejo de fazer diferença: “*E queria mais: poder conferir a este espaço uma valorização*”. Outros trabalhos evidenciam o desejo de um ineditismo, próprio de quem relata uma vivência com todas suas idiossincrasias. A experiência de dedicar um tempo para analisar, pesquisar e produzir uma escrita cabem no sonho de uma produção textual singular. R7 já relata a experiência de desconstruir o desejo, ir “suicidando” em si mesmo “*a expectativa narcísica de trabalhar com um tema inédito*”.

A mistura de trajetória pessoal, história profissional e o desejo de conhecer o ambiente no qual estão se inserindo, possibilitam aos residentes lançar questões, construir as problematizações, presentes durante todo processo, no cenário de práticas, e que puderam ser trabalhadas e respondidas, através da pesquisa.

Em minhas andanças, **deparei-me com demandas diferentes, teceres trilhados de sujeitos diversos**. [...] **O que busco nas oficinas é o significado, o seu valor, o que ali foi lapidado nas intervenções** conforme

*sua demanda, tecido enquanto processo e enquanto produto. [...] **A partir de minha trajetória profissional e do processo de formação na Residência Integrada em Saúde, acredito que reabilitar é produzir subjetividade, processos de relações com o meio e com o Outro. É dessa forma que nós, terapeutas, nos aproximamos do conceito de saúde. Mas que papel terapêutico é esse? É com tal questionamento que elejo as oficinas terapêuticas como campo de pesquisa.*** (R9).

Dentre as experiências descritas, há um relato que reflete um misto de encantamento e surpresa, revelando singelamente um desconhecimento do Universo CAPS e seus atores. A perplexidade retratada falava de um sem-número de (in)compreensões que desestabilizavam ideias e crenças sobre as formas que o sofrimento psíquico assume.

R4 refere: *me surpreendi: ainda achava que veria a personificação da incapacidade completa para a vida. No entanto, encontrei novamente um grupo de usuários com seus sofrimentos, sintomas e diagnósticos, e cheios de histórias para contar; histórias de suas vidas, de sua comunidade, de seus gostos e hábitos.* Ao mesmo tempo, fica evidente que permitir-se experimentar os dissabores provocados pela sensação de desterro, de se sentir sem lugar, em busca de identidade, possibilitou à residente aproximar-se e empatizar com os usuários.

Lembro bem da primeira vez que pisei neste espaço; estavam lá usuários e técnicos do serviço. **Pareceram-me tão normais,** e a surpresa foi o que se passou comigo. Ao visualizar a cena das pessoas circulando e conversando, parei exatamente onde estava e pensei: **“nossa, está todo mundo tão igual, tão misturado... Como é que eu vou me identificar?”**. Logo, lembrei: “Ah, sim, o crachá”, como se o uso do crachá sustentasse uma diferenciação necessária, para mim, naquele momento; **tranquilei-me e segui.** Porém, não sem questionar, perplexa comigo mesma: o que significava aquilo? Por que buscava evidenciar um lugar diferenciado? Não seria essa a mesma razão... (R4)

O mergulho de corpo e alma no campo de práticas torna-se evidente nos relatos de uma forma geral, em alguns sobressalta o emprego de verbos na primeira pessoa, “*não hesitei em escolher a Saúde Mental*”; em outros, o que se destaca do texto é o recorrer a uma linguagem eivada de ornamentos e afetação, “*Entre saberes e fazeres, o projeto de pesquisa “Oficinas terapêuticas, para quê?” foi-se tecendo*” (R9). Textos, escolhas temáticas e linguagens apontam um jeito de compreender e lidar com o real e, também, o próprio pertencimento teórico-conceitual,

***P**roduzir subjetividades e desmitificar alguns modos de ser e viver. Este estudo foi fundamentado em ideias, de autores como Birman, Rolnik, Benevides, Brasil, Naffah Neto, Foucault, entre outros, que dizem respeito a produção de subjetividade, clínica, cuidado, desejo, integralidade na atenção e grupo dispositivo. (R6).*

***E**ste trabalho versa justamente sobre o meu percurso em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS [...] reflete o meu contato com pacientes que haviam tentado suicídio e suas esperanças de ter suas vidas sustentadas/aguentadas por um outro (R7).*

Nas pesquisas analisadas, identifica-se a caracterização do campo de práticas, observando a correspondência aos princípios e diretrizes do SUS, como: “*este serviço trabalha de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica*” (R3). A preocupação com a integralidade é destacada de forma explícita nos TCR, conforme verifica-se no texto da R2: *Para tanto, pensamos no ser humano em sua integralidade, observando suas necessidades e sua singularidade.* Implicitamente, a integralidade desponta como objetivo, é defendida e perseguida nas diferentes modalidades de intervenção. De maneira geral os TCR abordam a importância do trabalho centrado no usuário e suas necessidades singulares.

A referência ao núcleo de saber, ao qual os residentes estão vinculados, aparece como forma de diferenciar o enfoque utilizado e delimitar a direção do olhar: “*de que vale a memória para a saúde mental e a psicologia*” (R7), “*o enfoque da Terapia Ocupacional não está na avaliação de incapacidades, [...] mas prioritariamente na pessoa e no seu contexto familiar e sociocultural [...]* (R2).

As transformações da assistência pública em saúde mental, com a criação de novos dispositivos de cuidado e atenção ao sofrimento emocional, a partir da reforma psiquiátrica brasileira, desperta para a necessidade de conhecer, gerando uma reorganização das práticas de saúde e das relações terapêuticas na produção do cuidado.

A questão do cuidado permeia as diversas abordagens apresentadas nos TCR, trazendo para discussão a importância da intervenção clínica, enquanto um espaço de troca, onde ocorre o encontro entre sujeitos, onde se efetiva o acolhimento e dá início à construção do vínculo. “*Esses dispositivos relacionais (acolhimento/vínculo/co-responsabilização/autonomia) representam possibilidades de se construir uma nova prática em saúde*” (JORGE, 2011, p. 3053).

Sendo assim, o CAPS II adulto visa proporcionar ao paciente um ambiente favorável no qual possa encontrar o suporte necessário para reestruturar e possibilitar sua reabilitação psicossocial. Assim, espero que este estudo, juntamente com outros do meio científico, venha a auxiliar os profissionais, de diferentes serviços de saúde mental que envolvem o tratamento de portadores de THB, a compreenderem o que se passa entre estas pessoas e suas famílias, para melhor tratá-las. (R5)

Ao analisar a produção de conhecimento sobre o “cuidar” é possível identificar novas práticas na saúde pública, em oposição ao modelo biomédico, onde o cuidar aparece como “um encontro intersubjetivo, do diálogo, onde há uma escuta ética, o compartilhamento de responsabilidades” (BALLARIN, CARVALHO, FERIGATO, 2009, p. 219).

A informalidade do ambiente favorece uma proximidade entre as pessoas que circulam por ele, que é expressa principalmente por compartilhar tanto situações advindas do “estar junto” naquele momento, como situações vivenciadas fora do CAPS. (R4)

Cada um ocupa um lugar dentro do processo de produção, a partir do que consegue fazer de melhor, de forma a adequar a atividade ao paciente. [...] Neste espaço, o que se apresenta aos participantes é o fazer de cada um e não seu diagnóstico. (R2)

Nesta concepção de cuidado aparece a importância de reconhecer o direito do usuário de fazer escolhas, ter autonomia e, desta forma, são exorcizadas quaisquer ações que remetam à tutela ou de relações de poder, no sentido de um assujeitamento, de relação assimétrica.

Nesta lógica de intervenção em saúde mental, as ações se dirigem no sentido de perceber como cada um pode participar do processo produtivo, possibilitar que os participantes exercitem a sua capacidade inventiva. No exemplo acima, aparece, também, a necessidade de se compreender os processos de cada sujeito e a necessidade dos profissionais suportarem limites e impossibilidades surgidas ao longo do trabalho com pessoas em sofrimento.

Otro fator apontado pelos técnicos como relevante para o usuário é a socialização promovida pela ambiência. Neste processo de convivência, os usuários formam laços afetivos entre si que se mantêm fora da instituição, auxiliando a formação de vínculos necessários principalmente quando a família está ausente (R4).

A noção de cuidado tem como correlato direto novas práticas de saúde, ou seja, não há como compreender o conceito de “cuidado” sem que isto produza, imediatamente, fazeres que rompam com a clínica tradicional ou com a lógica manicomial. A noção de clínica, portanto, aparece ressignificada, no sentido de ampliar a proposta de ação e a forma de nomear e compreender os atores envolvidos, além de necessariamente provocar a construção de todo um aparato conceitual. A clínica desta forma recebe como complementos os termos: ampliada, ou social, ou do sujeito, ou do cotidiano (NEVES DE LIMA, RINALDI, 2006). Neste caso, pode-se ler o “Ampliada” como algo que aponta para a necessidade desta intervenção incluir uma polifonia de vozes, ou seja, múltiplos saberes e discursos, além de abarcar a voz e a palavra do “louco”.

O caminho de reflexão que veio a trilhar situa-se mais estritamente no interior da clínica, o que não quer dizer que se reduza às meras reformulações técnicas que caracterizaram a fase inicial da reforma, anteriormente citada. O questionamento dos pressupostos do saber psiquiátrico é colocado não em uma perspectiva externa à psiquiatria, mas no sentido de, internamente ao campo, produzir um novo modo de fazer e conceber a doença mental, seu tratamento e a cura. A clínica do CAPS, portanto, não dispensa a tradição, o saber e os instrumentos da psiquiatria, mas subordina-os a uma nova apreensão do que seja a problemática da doença mental e do que seja o tratar (TENÓRIO, 2002, p. 39).

A circulação pelo espaço público, a retomada dos laços sociais, a possibilidade de aprender alguma técnica, descobrir-se capaz de reproduzir (a técnica), ou ainda encontrar um jeito próprio de operar com os novos ensinamentos, são processos viabilizados nas oficinas, que tem como objetivo o terapêutico. A atividade em si não é terapêutica e a técnica também não, mas as relações que se estabelecem a partir do mote “oficina” é que podem ou não ser terapêuticas.

*O*s participantes demonstravam interesse em sair para vender os produtos e participar de feiras, torcendo e vibrando com cada venda que faziam, dando a impressão de que se sentiam aceitos novamente pela sociedade e familiares. Logo que começavam a participar da oficina percebia-se a diferença em suas expressões, pois ficavam surpresos e felizes quando explicávamos o funcionamento da atividade e percebiam que as decisões eram tomadas em conjunto e que faziam parte deste processo (R2).

Identifica-se e classifica-se os TCR em dois enfoques diferenciados, um reflexão sobre as técnicas empregadas e a possibilidade destas produzirem efeitos

terapêuticos e reabilitação psicossocial, que pode ser qualificada como **dimensão política**, e outra que foca sua análise no processo de cada sujeito frente a inusitada situação de adoecimento, seja ele, o usuário, a família ou a equipe do CAPS, buscando compreender as intersecções entre subjetividade e sofrimento psíquico, qualificada como **dimensão clínica**. Alguns autores destacam que as intervenções em CAPS se pautam nestas duas dimensões e acreditam que exista uma possível tensão entre as ênfase (FERREIRA NETO, 2008).

A primeira ênfase, a clínica, diz respeito, fundamentalmente, ao tratamento oferecido a cada sujeito na sua singular individualidade. [...] Nesta prática a psicopatologia é reconhecida como sendo “a expressão da forma peculiar, própria a cada sujeito, de enfretamento de um conflito vivido intrapsiquicamente” (Almeida & Santos, 2001, p. 23). [...] a ênfase política, denominada por vezes de “reabilitação psicossocial” ou “psiquiatria militante”, em geral descarta a noção de clínica em favor de uma prática política voltada para a reinserção social e para o resgate da cidadania. Os defensores dessa tese partem do pressuposto de que a inserção do portador do sofrimento mental no ambiente urbano só é possível numa prática coletiva. Priorizam as transformações sociais e institucionais e entendem a terapêutica como subproduto da ação política, buscando “superar a clínica em seu sentido clássico (ALMEIDA, SANTOS, 2001, p. 22, apud FERREIRA NETO, 2008, p. 111-112).

A dimensão política aparece em determinados TCR enquanto proposta que valoriza a intervenção em espaço coletivo, a socialização e as conquistas obtidas com participação nas oficinas, enquanto estratégia que concretiza o desejo da reinserção social.

*N*as oficinas procura-se valorizar tanto a fala como as demais formas de expressão da singularidade dos pacientes, sendo construídos ambientes favoráveis de inserção e socialização. Neste espaço aparecem questões tanto em relação ao grupo quanto individuais. Os profissionais contratados e os residentes realizam intervenções e manejos no momento da oficina e, se for o caso, reservam um tempo após a atividade para conversar com o paciente. (R2)

A ressocialização é apontada como foco de muitas propostas desenvolvidas nos CAPS, além do desenvolvimento da autonomia dos usuários e da necessidade de reatar laços sociais rompidos pela experiência subjetiva do adoecimento.

*O*s participantes demonstravam interesse em sair para vender os produtos e participar de feiras, torcendo e vibrando com cada venda que faziam, dando a impressão de que se sentiam aceitos novamente pela sociedade e familiares. Logo que começavam a participar da oficina percebia-se a diferença em suas expressões, pois ficavam surpresos e felizes quando explicávamos o

funcionamento da atividade e percebiam que as decisões eram tomadas em conjunto e que faziam parte deste processo (R2).

A valorização dos diversos espaços potencializadores da reinserção, a invenção/descoberta de novos dispositivos ou cenários que estimulam a interação, o contato com o Outro redimensionado, aparece em trabalhos que apostam no enfoque psicossocial.

C *onviver no CAPS tem esse efeito terapêutico porque o que se produz neste espaço é visto como necessário para ressocialização do usuário, para a sua reinserção na comunidade (R4).*

Compreender o papel das oficinas terapêuticas é fonte de interesse e questionamentos, as pesquisas desenvolvidas permitem disparar a discussão nos campos de prática, assim como possibilitam construir um saber acerca desta metodologia de intervenção, tão valorizada pelas políticas de saúde mental, pós-reforma psiquiátrica.

E *nquanto pesquisadora, penso que é importante compreender a visão dosicineiros acerca de oficinas terapêuticas e seus efeitos sobre o sujeito portador de sofrimento psíquico. Como osicineiros observam e identificam as influências que as oficinas têm no tratamento? Como podem discriminar, através de sua percepção, seu papel enquantoicineiro e as atribuições que julgam necessárias no processo terapêutico das oficinas? Enfim, que concepção de reabilitação psicossocial têm os trabalhadores dessas três unidades? (R9)*

A ênfase política aparece em determinados trechos dos TCR, identificando e valorizando conquistas obtidas com o exercício das oficinas e apresentados exemplos concretos de reinserção social. No entanto, tais trabalhos, enquadrados na dimensão política, demonstram que o foco na reabilitação psicossocial não impede o olhar para os aspectos subjetivos, esta intervenção também perscruta cada expressão de afeto, desejo, sorriso e conquistas pessoais.

A *escolha das essências, dos corantes e das formas era acompanhada de lembranças e opiniões, além de ideias para quem vender os sabonetes; enfim, se apropriavam de todo o processo. Aqueles participantes que, no início do turno, chegavam apáticos e com olhar distante, ao final da atividade em grupo estavam cheios de vida e entusiasmo. Desejavam mostrar para seus familiares o que estavam fazendo na oficina, querendo apresentá-los. A oficina se transformou num vínculo entre família e paciente. (R2).*

As oficinas, em muitos momentos, entrelaçam as dimensões política e clínica, uma vez que há toda a articulação com o social, realizada pelos coordenadores da atividade, a partir da lógica da reinserção social, mas, também, há uma dinâmica grupal, um campo intersubjetivo que é alvo da intervenção terapêutica.

***A** oficina de sabonetes torna-se um elo entre o mundo interior e o mundo exterior do paciente, a partir de seu engajamento, propiciando sua inserção social. Como terapeutas ocupacionais estamos atentas a toda rotina do paciente e procuramos ir reconstruindo uma nova possibilidade de interação social e familiar, oportunizando aos participantes o fazer e o trabalho produtivo como parte de suas vidas (R2).*

A ênfase clínica dos dispositivos de atenção psicossocial desponta sob diferentes enfoques, há referenciais teóricos como a abordagem psicanalítica, sistêmica e psicossocial, para analisar e compreender situações e conflitos decorrentes de vivências e experiências como o suicídio e a dependência química.

***E** ntão, o papel do terapeuta é de grande responsabilidade. Partindo da relação terapeuta-paciente, penso que seria mais de troca, auxiliando o indivíduo a lidar com a sua ambivalência e, conseqüentemente, possibilitar a busca efetiva das razões para mudar, planejando ações conjuntas; ao invés de falar o que devem fazer, levá-los a refletir sobre a mudança necessária (R3).*

A escuta desempenha um papel preponderante na dimensão clínica. Tal procedimento permite a conexão entre terapeuta e sujeito, na qual ocorre uma interlocução singular e intensa, que viabiliza acessar fantasias, medos, dores, segredos e angústias, conhecer a trajetória do sujeito e sua forma de operar e enfrentar conflitos.

No referencial teórico e nas políticas de saúde mental, acerca das práticas propostas, a referência à escuta, enquanto método de abordagem dos sujeitos, aparece valorizada e, frequentemente, associada à noção de acolhimento e vínculo. O termo escuta, tomado de empréstimo da psicanálise, acopla à proposta de atenção psicossocial a dimensão clínica do cuidado.

A psicanálise se efetua na troca entre os atores do campo analítico, através da escuta e pelo método da associação livre, garante ao enunciador um lugar diferenciado na cena terapêutica. Considera que a pessoa detém um saber sobre seu estado, é o sujeito que narra a causalidade psíquica de seus sintomas e, através desta

narrativa, traz à luz o seu inconsciente, percebido nos atos falhos, nas fraturas de seu discurso.

Escutar aparece enquanto proposta que possibilita acolher o sujeito e, também, como técnica para dar lugar, sentido e direção para afetos, queixas, conflitos e dores narradas. O exercício da fala permite reconstruir a trajetória que, muitas vezes, levou a construção sintomática ou a ruptura com o Real.

Embora tenha em sua origem um questionamento da clínica, a reforma psiquiátrica não pôde se furtar a enfrentar o problema das práticas de cuidado dirigidas aos loucos. Para alguns autores (Leal, 1994; Bezerra Jr., 1996), isso é o mesmo que dizer que a reforma psiquiátrica não pôde se furtar de enfrentar o problema da clínica e de operar em seu interior, uma vez que a clínica é o principal dispositivo historicamente construído pela sociedade para se relacionar com o fato da loucura (TENÓRIO, 2002, p. 28).

Obviamente, há diferenças entre as dimensões, não apenas uma mudança de referencial teórico, mas também na forma de intervir e compreender o sujeito. A clínica desloca o olhar para os processos intrapsíquicos, intrafamiliares e subjetivos, no sentido de buscar uma reaproximação do social. A dimensão política, embora perceba as peculiaridades e processos individuais, os enfoca enquanto processo interpessoal, sempre remetido à relação com o Outro, com o coletivo, visando o resgate da cidadania, ou seja, pensar a reinserção no social, possibilitar uma relação especular sujeito e mundo. Conforme Guerra (2008, p. 42), *“a dimensão do sujeito implicaria a dimensão da liberdade, da implicação”*, diferente da dimensão do cidadão onde *“seria resguardado o direito aos cuidados, mesmo que ele não se implique enquanto sujeito no tratamento”*.

Guerra (2008) identifica quatro modalidades discursivas possíveis na intervenção desenvolvida em oficinas, o discurso: do déficit, do inconsciente, da estética e da cidadania. A autora destaca que esta é “uma tentativa de organizar o campo discursivo que circunscreve a questão das oficinas, levando em conta a intra e a interdiscursividade que sustentam seu território” (p. 45).

O discurso do déficit seria aquele que entende as oficinas como espaço de entretenimento, infantilizando o usuário. O discurso do inconsciente é aquele cujo o interesse está centrado na “subjetividade e sobretudo a singularidade do louco e sua possibilidade de subjetivar e simbolizar sua história de vida” (GUERRA, 2008, p. 46). A outra modalidade discursiva é a da *cidadania*, que tem como foco o processo de resgate da cidadania, humanização da loucura e respeito à diferença. Por fim a

modalidade estética, onde a loucura aparece como uma “manifestação singular de expressão, que permite as mais variadas formas de intervenção visando ampliar seu potencial criativo e sua produção artística” (GUERRA, 2008, p. 47).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O surgimento das residências multiprofissionais em saúde teve como principal demanda a intervenção nos processos formativos, visando a especializar trabalhadores para atuar na saúde coletiva. A residência é uma estratégia político-administrativa para formar trabalhadores, capazes de exercer uma atenção humanizada e integral, seguindo os princípios e diretrizes do SUS.

A formação em serviço propõe uma reconfiguração dos processos de aprendizagem e formativos, implica a estreita articulação teoria e prática. Outra peculiaridade da RIS é a proposta de trabalho interdisciplinar, inúmeros saberes compondo e atuando em um mesmo cenário, a fim de propiciar um atendimento integral aos usuários.

A finalização deste processo formativo é coroada com a apresentação do trabalho de conclusão. O TCR permite entrelaçamento entre a prática e os referenciais estudados ao longo da RIS, representa o momento de elencar algo do fazer que foi significativo e integrar conhecimentos. Nos discursos transparecem desejos, resistências, identificação, satisfação, realização. Um misto de sentimentos são experimentados durante o processo e frente aos diversos encontros travados pelos residentes, com: o CAPS, os usuários, as equipes de saúde, a comunidade, os saberes e discursos.

A leitura da produção textual dos alunos, do Programa de Residência Integrada do GHC, ênfase saúde mental, permitiu uma aproximação de saberes e fazeres desenvolvidos, especificamente, nos CAPS. A pesquisa deste material possibilitou identificar a produção de saber e os dispositivos de cuidado que são exercidos na saúde mental. Perscrutar e, assim, conhecer tais produções viabilizou perceber e, por conseguinte, descobrir novas formas de qualificar as ações desenvolvidas no campo da saúde.

Os TCR analisados apresentam uma heterogeneidade de linguagens, vozes e olhares. A RIS do GHC parece conseguir abarcar referenciais teóricos díspares e suas decorrentes formas de efetuar o cuidado na saúde mental.

A pesquisa desenvolvida refletiu sobre os escritos, as pesquisas e as ações realizadas pelos residentes do GHC, que definiram como foco de seus trabalhos de conclusão o cenário CAPS. A análise destes textos possibilitou conhecer saberes e fazeres, além de desvelar as tecnologias de cuidado retratadas.

Foi possível perceber, a partir dos temas, referenciais teóricos e objetivos, que os TCR gravitam em torno de duas dimensões: a clínica e a política. Tal discussão é inerente ao exercício do cuidado em saúde, realizado nos centros de atenção psicossocial. As possibilidades de entender e enfrentar o sofrimento psíquico são múltiplas e não podem prescindir destes dois enfoques (clínico e político). Portanto, as práticas de cuidado envolvem: a promoção de cidadania e a compreensão da experiência subjetiva.

A noção de cuidado retratada nos TCR apontam diferentes estratégias para lidar com o sofrimento ou auxiliar na compreensão deste, a ênfase recai na preocupação com o usuário e não com a patologia, na busca por uma intervenção integral e inclusiva, privilegiando a escuta, o acolhimento, o vínculo e compromisso com o outro no sentido de construir propostas terapêuticas que promovam a emergência de um sujeito autônomo.

As tecnologias de cuidado, apresentadas nos TCR, demonstram que os pressupostos do SUS está impregnado nas ações, problematizações e concepções descritas pelos residentes. A ideia de uma clínica ampliada capaz de acolher diferentes saberes, as propostas retratadas articulavam diferentes enfoques e disciplinas, visando a garantir um atendimento qualificado atentos diferenças e peculiaridades de cada história de vida.

Pensar os modos instituídos de produzir cuidado, em saúde, demanda a problematização das ações de formação e gestão vigentes. Convoca a tomar os processos de trabalho, seus impasses e desafios como molas propulsoras para a construção de práticas de cuidado atentas às necessidades, potencialidades e limites dos usuários.

5. REFERÊNCIAS

BALLARIN, M. L. G. S., CARVALHO, F. B.; FERIGATO, S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, vol. 33, n. 2, p. 218-224, 2009.

BRASIL. **Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - **CNRMS**. Brasília, DF: Autor, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm Acessado em 20 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Autor, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. – Brasília, DF: Autor, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**. Brasília, DF: Autor, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, DF: Autor, 2006.

CECIM, R. B., ARMANI, T. B. Educação na saúde coletiva. **Divulg. Saúde Debate**, Londrina, s. v., n.23, p.30-56, dez. 2001.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, vol.14, no.1, p.41-65, Jun 2004.

CLOSS, T. T. **O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica: Formação para Integralidade?** 228 f. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Porto Alegre, 2010.

FERREIRA NETO, J. L. Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722008000100014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 28 Abr. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722008000100014>.

GUERRA, A.M.C. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: COSTA, C. M., FIGUEIREDO, A. C. (org.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania** (pp. 23-58). Rio de Janeiro, Contra Capa Livraria, 2008.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

NEVES DE LIMA, M.C., RINALDI, D. L. Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental. **Mental**, Barbacena, v. IV, n. 6, p. 53-68, 2006. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42000606>. Acessado em 26 Abr. 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R. T., FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico parágrafo Avaliação da Rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 22, n. 5, 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 de abril de 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500018>.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; BACCARI, I. P. A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2051-2058. Abr. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400004&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 28 Abr. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400004>

PASINI, V. **Residência Multiprofissional em Saúde: De Aventura Quixotesca à Política de Formação de Profissionais para o Sus.** 155 f. Tese (Doutorado).

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Porto Alegre, 2010.

RAMMINGER, T., BRITO, J. C. “Cada CAPS é um CAPS”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores. **Psicologia & Sociedade**; Rio de Janeiro, v. 23, n. spe., p. 150-160, 2011.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, pp.25-59, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>. Acessado em 29 abr. 2013.

ANEXOS

Tabela Análise-síntese Completa:

	Ênfase Política: TCR 1, 2, 4, 6, 9				Ênfase Clínica: TCR 3, 5, 7, 8, 10			
Trabalho	C	Objetivos	Metodologia	Instrumento Coleta Dados	Análise e Referencial Teórico	Categorias	Sujeitos	Conclusões
11. 2006 o Fazer como recurso terapêutico (Andreine)	TO	Refletir sobre o uso do fazer humano como Recurso terapêutico dentro Dos atuais espaços de oficinas nos CAPS REFLEXÃO TEÓRICA						
12. 2007- A oficina de sabonetes do CAPS II do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre/RS como possibilidade de reabilitação psicossocial de pacientes com sofrimento psíquico (Ana Paula)	TO	Relato de Experiência	Participação na Oficina como Coterapeuta (TO residente) junto com a Coordenadora (TO)	Grupo da Oficina de Sabonetes	Geração de renda como facilitadora da reinserção social		Usuários que frequentam o CAPS II do GHC	A oficina de sabonetes é um espaço de inclusão social que estimula o desenvolvimento de atividade produtiva, trocas sociais e a reflexão de novas perspectivas do mercado solidário
13. 2007- o sentimento da equipe do caps ad em relação ao processo da recaída (FANI)	AS?	Analisar como os profissionais da equipe do CAPS AD vivenciam o processo da recaída dos	Pesquisa Qualitativa	Entrevista Individual	Análise de Conteúdo (Bardin)		Técnicos da equipe do CAPS ad GHC	importante p/trabalhar nesta área profissionais q optem, compreender o processo de recaída enqt etapa do tto, fator protetivo p/a equipe: buscar qualificação, repensar a prática, supervisão

	Ênfase Política: TCR 1, 2, 4, 6, 9				Ênfase Clínica: TCR 3, 5, 7, 8, 10			
Trabalho	C	Objetivos	Metodologia	Instrumento Coleta Dados	Análise e Referencial Teórico	Categorias	Sujeitos	Conclusões
		pacientes em tratamento neste serviço						
14. 2008- Ambiência produz saúde? (Letícia)	TO	compreender como estar num espaço informal, poderia modificar a relação entre técnicos e usuários e verificar se este espaço poderia ser valorizado como mais uma possibilidade e terapêutica no CAPS.	Pesquisa Qualitativa	Grupo Focal (equipe Técnica do CAPS)	Análise Discursiva (Foucault)	1) todo conhecimento é sempre parcial; 2) a realidade é uma construção; 3) a identidade é sempre um estado em processo.	Profissionais e Residentes do CAPS II: psiquiatra, serviço social, terapia ocupacional, enfermagem, psicologia e arteterapia.	a ambiência é reconhecida e valorizada no discurso dos técnicos por ser um espaço de socialização, promoção de vínculos e por oferecer vantagens para o processo terapêutico no CAPS, mas há uma tendência por parte dos profissionais de se ausentarem desta atividade. Os profissionais temem desocupar seus espaços de poder, ou o perder poder que a técnica lhes confere, temem se aventurar em

	Ênfase Política: TCR 1, 2, 4, 6, 9				Ênfase Clínica: TCR 3, 5, 7, 8, 10			
Trabalho	C	Objetivos	Metodologia	Instrumento Coleta Dados	Análise e Referencial Teórico	Categorias	Sujeitos	Conclusões
								novas formas de relação
15. 2008- Famílias e portadores de transtorno de humor bipolar: influências recíprocas (Sinara)	AS	Compreender, através da percepção das mães de mulheres portadoras de transtorno de humor bipolar, a relação entre os aspectos do funcionamento psicodinâmico familiar e o	- Pesquisa qualitativa - Caráter Exploratório Descritivo	Entrevista semi-estruturada e análise documental (leitura dos prontuários)	Estudo de caso tomando como referencial a teoria sistêmica		três mães de usuárias do CAPS II do GHC diagnóstica das com transtorno de humor bipolar (THB).	O aparecimento da doença é um sinal da “quebra” da homeostase familiar; percebe-se que as famílias podem ser, pelas características específicas que apresentam, tanto fator de risco, como de proteção, quanto ao desenvolvimento do THB. Isso, conforme a qualidade de sua dinâmica: famílias mais saudáveis propiciam um desenvolvimento mais

	Ênfase Política: TCR 1, 2, 4, 6, 9				Ênfase Clínica: TCR 3, 5, 7, 8, 10			
Trabalho	C	Objetivos	Metodologia	Instrumento Coleta Dados	Análise e Referencial Teórico	Categorias	Sujeitos	Conclusões
		desenvolvimento do transtorno.						sadio em seus membros
16. 2008- Grupo como dispositivo de vida (Milena)	Psi	Relatar a experiência do Grupo de sentimentos do CAPS ad Criar um espaço coletivo onde os usuários pudessem refletir sobre suas vidas além do uso de substâncias	Pesquisa Qualitativa	Coordenação do Grupo de Sentimentos, com outro terapeuta			Integrantes do Grupo de Sentimentos	Grupo possibilitou desestabilizar papéis; ver o grupo como disparador de novos modos de subjetivação, calcado nas diferenças e não nas igualdades Criação de campos de atuação q reivindique a singularidade, a multiplicação de modos de subjetivação O modelo de atenção integral e o espaço grupal possibilitam que os sujeitos não fiquem tão

	Ênfase Política: TCR 1, 2, 4, 6, 9				Ênfase Clínica: TCR 3, 5, 7, 8, 10			
Trabalho	C	Objetivos	Metodologia	Instrumento Coleta Dados	Análise e Referencial Teórico	Categorias	Sujeitos	Conclusões
								fragmentados em sua escuta.
17. 2009- A publicidade do desespero: os CAPS como dispositivo de atenção e cuidado na conduta suicida (Eduardo)	Psi	Seria o CAPS um dispositivo de cuidado para o paciente suicida?	Pesquisa qualitativa	Depoimentos e narrativas Relatos orais Diários de pesquisa	Análise interpretativa Cenários Teoria Psicanalítica	Eixo norteador: infringir a própria vida - entrar em contato com um serviço de saúde mental	5 usuários do CAPS II GHC (c/história de tentativa de suicídio)	Caps é um espaço para lidar com não lugar ou suicídio
18. 2009- DQ: um sintoma (Giovana)	Psi	Estudar e analisar a dinâmica familiar dos adolescentes c/ DQ e identificar a função que a droga exerce no sistema familiar	Metodologia qualitativa	Entrevista semi-estruturada	Teoria sistêmica	Manutenção dos papéis familiares Dificuldades na evolução do ciclo desenvolvimentista	Famílias e adolescentes de 14 a 20 anos em atendimento no CAPS ad do GHC (usuários de maconha, cocaína ou crack, não abstinente)	Famílias disfuncionais, dificuldades para estabelecer limites, para oferecer afeto, o dependente químico assume um papel subfuncional. A abordagem da família é muito importante para a recuperação do DQ.

	Ênfase Política: TCR 1, 2, 4, 6, 9				Ênfase Clínica: TCR 3, 5, 7, 8, 10			
Trabalho	C	Objetivos	Metodologia	Instrumento Coleta Dados	Análise e Referencial Teórico	Categorias	Sujeitos	Conclusões
19. 2009- Oficinas terapêuticas: para quê? (Ligiane)	TO	Qual o papel terapêutico desempenhado pelas oficinas? Como a oficina interfere no processo saúde doença	Abordagem qualitativa - Estudo exploratório	Entrevista semi-estruturada Observação participante	Análise de conteúdo		Profissionais que coordenam oficinas em 3 unidades: CAPS II, CAPS ad, Unidade de Internação Psiquiátrica	A reabilitação psicossocial se dá através de intervenções como as realizadas nas Oficinas, permite trabalhar o singular e o coletivo
20. 2010- Percepções da Família acerca da doença mental (Micaela)	Enf		Pesquisa qualitativa	Entrevista semi-estruturada	Método Hermenêutico-dialético	Entendendo a SM Sujeito na Família Sentimentos em relação ao familiar e sua doença	Famílias que os membros são atendidos em serviços substitutivos de SM de POA	O sujeito doente impõe mudanças à família, bem como a família interfere no processo da pessoa em sofrimento, muitas vezes é porta-voz familiar.

