



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

DAIANE SCHELLIN BERWALDT

**EDUCAÇÃO PERMANENTE E PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE
MENTAL: LIMITES E POSSIBILIDADES – UM ESTUDO DE CASO NO
MUNICÍPIO DE GUAÍBA / RS**

Porto Alegre

2019

DAIANE SCHELLIN BERWALDT

**EDUCAÇÃO PERMANENTE E PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE
MENTAL: LIMITES E POSSIBILIDADES – UM ESTUDO DE CASO
NO MUNICÍPIO DE GUAÍBA / RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Peixoto de Albuquerque

Porto Alegre

2019

AGRADECIMENTOS

A Vida sempre me proporciona Bons Momentos!

Das andanças que o cotidiano me proporciona, sempre considerei a importância do saber, do ler, do aprender... Por um período da minha trajetória, tive que ir mais devagar... acredito que devido a neblina dos meus olhos.

Algumas pessoas, de forma tão singular sempre me impulsionaram a seguir avante, cito uma em especial: Michelle Carvalho, a qual me fez ver a potência de estudar em um Mestrado em Escola Pública.

Agradeço ao meu marido, João Medeiro que esteve comigo neste andar e muitas vezes, ficou me esperando enquanto eu ia descobrindo, me desafiando, me autorizando.

Aos professores e professoras do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelas vivências e aprendizado compartilhado.

Aos colegas de curso, que ao longo deste caminho mostraram no brilho do olhar que devemos seguir firmes na defesa do Sistema Único de Saúde.

Aos meus colegas de trabalho, trabalhadores e usuários do SUS no município de Guaíba.

Agradeço ao meu orientador Paulo Peixoto de Albuquerque que trouxe leveza e sabedoria a este percurso.

Agradeço a minha mãe Edi Schellin Berwaldt e ao meu pai Edmar Berwaldt, meus melhores presentes e apoiadores incondicionais.

À Deus, por quem todas as coisas foram feitas e por estar a frente das minhas andanças.

Daiane S. Berwaldt.

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde é uma possibilidade estratégica de formação/capacitação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde. O presente estudo teve por estratégia metodológica propor uma intervenção junto aos profissionais dos serviços do CAPS e de Atenção Básica em Saúde do município, para que a partir da análise de suas práticas profissionais de trabalho no território da atenção básica, fosse possível identificar quais mudanças vem ao encontro das tecnologias leves, frente ao cuidado em saúde mental. Os resultados apontam para a Educação Permanente em Saúde é uma possibilidade de aprendizagem no processo de trabalho ou no trabalho; que os trabalhadores do CAPS possuem um papel fundamental na ampliação da atenção psicossocial e que o apoio matricial é metodologia estratégica para o trabalho em rede, pois oferece suporte às equipes.

Palavras-chave: Educação Permanente. Saúde Mental. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Permanent education in health is a strategic possibility of formation/training of National Health System workers. This study's methodologic strategy is to propose an intervention along with CAPS and Primary Attention professionals of Porto Alegre, in order to identify the changes that come along with soft technologies facing mental health care, by the analysis of their professional practices in the Primary Attention territory. The results indicate that permanent education is the learning possibility in the working process or work; that CAPS workers have fundamental role in the enlargement of psychosocial attention; and that matrix support is the strategic methodology for networking, as it offers support to the teams.

Keywords: Permanent Education. Mental Health. National Health System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Reportagem sobre redução em equipes de saúde	15
Figura 2: Reportagem sobre suspensão de repasses	15
Figura 3: Modelos de Atenção Básica	32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Divisão por Área de Atuação do Apoio Matricial em Guaíba/RS.....	37
Quadro 2: Análise do Discurso 1 (QAD1): Compreensão da Atenção Básica – Coordenadores de Serviços.....	40
Quadro 3: Análise do Discurso 1 (QAD1): Compreensão da Atenção Básica – Profissionais do CAPS II.....	40
Quadro 4: Análise do Discurso 1 (QAD1): Compreensão da Atenção Básica – Coordenadores de Serviços.....	41
Quadro 5: Análise do Discurso 2 (QAD2): Compreensão do CA Análise do Discurso 2 (QAD2): Compreensão do CAPS: Profissionais da Atenção Básica.....	41
Quadro 6: Análise do Discurso 2 (QAD2): Compreensão do CAPS: Profissionais do CAPS II.....	42
Quadro 7: Análise do Discurso 2 (QAD2): Compreensão do CAPS: Coordenadores dos Serviços	42
Quadro 8: Análise do Discurso 3 (QAD3): Percepção do Uso das Tecnologias Leves: Profissionais da Atenção Básica.....	43
Quadro 9: Análise do Discurso 3 (QAD3): Percepção do Uso das Tecnologias Leves – Profissionais do CAPS II.....	43
Quadro 10: Análise do Discurso 3 (QAD3): Percepção do Uso das Tecnologias Leves – Coordenadores dos Serviços.....	44
Quadro 11: Análise do Discurso 4 (QAD4): Percepção da Educação Permanente em Saúde Mental - Profissionais da Atenção	44
Quadro 12: Análise do Discurso 3 (QAD3): Percepção da Educação Permanente em Saúde Mental – Profissionais do CAPS II	45
Quadro 13: Análise do Discurso 3 (QAD3): Percepção da Educação Permanente em Saúde Mental– Coordenadores dos Serviços	45

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial para municípios com população entre 70.000 a 200.000 habitantes
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial para municípios com população acima de 200.000 habitantes
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial destinado ao atendimento infanto-juvenil
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PTS	Plano Terapêutico Singular
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3 DO LUGAR QUE OCUPO: UM PROBLEMA SE INSINUA... ..	14
3.1 O CONTEXTO MICRO SOCIAL	16
4 NO CONTEXTO MACRO SOCIAL DA POLÍTICA PÚBLICA (SUS) O LUGAR DO CUIDADO COMPARTILHADO.....	21
5 NO MODELO DE ANÁLISE: A CONSTRUÇÃO DE UMA CHAVE DECODIFICADORA DA ATUAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE EM SAÚDE MENTAL.....	25
6 NO PERCURSO METODOLÓGICO UM CAMINHO DE DESCOBERTAS	33
6.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
7 ANÁLISE DE DADOS: O CENÁRIO DE UM MODO DE ATUAR EM SAÚDE MENTAL.....	38
8 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES: REDEFINIDA A PERSPECTIVA DE UM PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL?	47
9 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES.....	51
REFERÊNCIAS	54
Apêndice – A – Instrumento de coleta de dados	58
Apêndice – B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	59
Anexo – A – Termo de responsabilidade e compromisso para uso, guarda e divulgação de dados e arquivo de pesquisa.....	61
Anexo – B – Carta de Anuência Institucional.....	62

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) os determinantes da saúde mental e dos transtornos mentais incluem não apenas atributos individuais, aqueles que envolvem pensamentos, emoções, comportamentos, interações, mas também os aspectos sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais da vida em sociedade. Tais determinantes são influenciados pelas políticas nacionais, de proteção social, padrões de vida, condições de trabalho e contexto social.

O cuidado em saúde mental hoje é amplamente discutido. A Organização Mundial da Saúde publicou em 2018 o Atlas da Saúde Mental 2017 - Mental Health Atlas¹, o qual aponta para quatro metas globais: (1) fortalecer a liderança e governança eficazes para a saúde mental; (2) fornecer serviços abrangentes, integrados e responsivos de saúde mental e assistência social em contextos comunitários; (3) implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental; (4) fortalecer os sistemas de informação, evidências e pesquisas para a saúde mental, as quais medem a ação coletiva dos Estados Membros e apontam indicadores em saúde mental.

No Brasil, os processos e transformações que vem ocorrendo após o início do processo da Reforma Psiquiátrica, trazem constantes mudanças no modelo de atenção e gestão das práticas de saúde, bem como trazem desafios aos usuários da Política Pública de Saúde, seus familiares e trabalhadores.

Conforme o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2005, p.6):

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

¹ Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 28 dez.2018.

A Política Nacional de Saúde Mental traz, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)², a proposta do cuidado em saúde mental em diferentes serviços de saúde, na comunidade e na cidade, o que permite aos profissionais que atuam na política pública de saúde um constante movimento de aprendizado, no ato de cuidar de pessoas com sofrimento psíquico.

Enquanto assistente social, trabalhadora de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), da cidade de Guaíba/RS, surge no cotidiano de atuação profissional a necessidade de aprendizado, de buscar conhecimento para que as práticas de cuidado não venham a se tornar processos burocráticos ou imediatistas, mas que possam ir ao encontro da humanização, da socialização e da liberdade.

Para Amarante (2007), a saúde mental é uma das áreas do conhecimento da política pública de saúde bastante complexa, plural e intersetorial que abrange diferentes saberes, o que não permite delimitar as fronteiras do saber.

Outro fator a ser considerado enquanto assistente social do CAPS é que há situações de pessoas que apresentam sofrimento psíquico e que chegam até o CAPS como a primeira opção ao cuidado em saúde mental, muitas vezes sem o conhecimento de que esta atenção se dá nos diferentes serviços de saúde do município.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), as intervenções em saúde mental possibilitam modificar e qualificar as condições e modos de vida dos usuários, com foco na produção de qualidade de vida e saúde e não se restringindo à cura de doenças. Na Atenção Básica, a intervenção em saúde mental se dá no cotidiano, nas relações e nas ferramentas que os profissionais e usuários utilizam para o cuidado em saúde.

Esse fato reflete à consideração de que o trabalho em saúde mental exige dos trabalhadores da política pública de saúde uma formação que articule trabalho e ensino, para que o cuidado em saúde mental possa se efetivar nos diferentes pontos de atenção à saúde.

Diante disto, o ingresso no Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, promovido pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tem possibilitado

² 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). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf>. Acesso em: 30 dez.2018.

repensar as práticas através de dois eixos, onde ao longo do período acadêmico pode-se buscar conhecimento: a educação permanente e o ensino na saúde, com ênfase na saúde mental.

Conforme Soares (2014, p.16-17),

Como metodologia, entende-se que a educação permanente, que coloca o trabalho no centro do processo educativo e busca soluções de forma coletiva e não em pacotes fechados, é uma estratégia adequada aos trabalhadores no campo da atenção psicossocial. Pensar no perfil desse trabalhador – nas competências necessárias que ele deve ter e que incluem o acolhimento, a ajuda e orientação ao usuário nos diferentes dispositivos que ele possa estar ou mesmo quando fora de qualquer dispositivo na família, circulando no território, colaborando para obter a autonomia possível – é tarefa imprescindível para se alcançar uma formação que seja apropriada e que respeite as diversidades do processo de trabalho e da própria clientela, objeto da atenção.

A educação permanente e o ensino permitem muitas vezes o rompimento de paradigmas em relação à atuação na área da saúde mental e possibilita ao assistente social instrumentalização teórico-prática que dialoga com as políticas públicas e o cenário de atuação profissional.

Para Fernandes (2007, p.215):

Fazer educação permanente é aprendizado no próprio trabalho, é aprender com o outro, com as necessidades sociais. É compartilhar experiências e práticas, criando estratégias para agregar conhecimento no próprio ambiente de trabalho e propor mudanças. É saber conhecer e fazer. É descobrir e desvelar as potencialidades, fortalecendo a rede de serviços com as quais interagimos, bem como consolidar o projeto ético-político da profissão.

Diante disto, buscar qualificar o cotidiano profissional no campo da saúde mental traz a oportunidade de uma intervenção mais comprometida, na perspectiva de reconhecer a realidade social para melhor interagir, na perspectiva da consolidação do projeto ético-político do Serviço Social³.

³ O projeto ético e político do Serviço Social, orienta o exercício e a formação profissional. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/folder_cofisite.pdf>. Acesso: 6 jan.2019. Para NETO (1999, p. 16): Do ponto de vista estritamente profissional, o projeto implica o compromisso com a competência, que só pode ter como base o aperfeiçoamento intelectual do assistente social. Daí a ênfase numa formação acadêmica qualificada, fundada em concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas, capazes de viabilizar uma análise concreta da realidade social – formação que deve abrir a via à preocupação com a (auto)formação permanente e estimular uma constante preocupação investigativa. Disponível em: <http://www.ssrede.pro.br/wp-content/uploads/2017/07/projeto_etico_politico-j-p-netto_.pdf>. Acesso: 6 jan.2019.

Nesse sentido, a proposta do presente trabalho visa realizar um estudo de caso no município de Guaíba, buscando olhar a forma como os profissionais do Sistema Único de Saúde, atuam em relação às demandas de saúde mental, contextualizando o sentido proposto pela Educação Permanente em Saúde (EPS) aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) e da Atenção Básica de Saúde.

O texto que agora se apresenta diz respeito ao estudo de caso, o qual teve como estratégia metodológica propor uma intervenção, junto aos profissionais dos serviços CAPS e de atenção básica em saúde, no município de Guaíba/RS, para que, a partir da análise de suas práticas profissionais de trabalho no território da atenção básica, promovidas no sentido do cuidado, seja possível identificar quais mudanças vem ao encontro de tecnologias leves, frente ao cuidado em saúde mental.

O presente trabalho encontra-se organizado da seguinte maneira: no terceiro capítulo encontra-se o cenário da análise, buscando retratar o lugar que ocupo no processo de trabalho e de que maneira o problema de pesquisa se insinua. No quarto capítulo, referencia-se o contexto macrossocial da Política Pública (SUS) e o lugar do Cuidado Compartilhado. No quinto capítulo se apresenta o modelo de análise: a construção de uma chave decodificadora da atuação das equipes de saúde em saúde mental. Já no sexto capítulo se apresenta o percurso metodológico, como um caminho de descobertas.

Em sequência, o sétimo capítulo apresenta a análise dos dados: o cenário de um modo de atuar em saúde mental. No oitavo capítulo encontra-se a análise das informações: redefinida a perspectiva de um processo de trabalho em saúde mental. Derradeiramente, no nono capítulo, algumas considerações finais.

Em síntese, o presente trabalho buscou produzir informações para julgamentos com maior validade, na medida em que considerou a complexidade da temática, bem como a necessidade de reflexão crítica sobre o modelo de atenção, estratégias de avaliação do processo de trabalho em saúde mental, visto que os serviços, suas racionalidades e práticas podem ser potencializados a partir de reflexões aprofundadas, visando maior eficácia, efetividade e melhoria da vida dos usuários.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar se a prática profissional de trabalho no território da atenção básica, promovida no sentido do cuidado, podem propor mudanças que vão ao encontro de tecnologias leves que favoreçam o cuidado em saúde mental.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as principais estratégias de cuidado em saúde mental na atenção básica;
- Avaliar a percepção/sentimentos dos profissionais do CAPS e da atenção básica em relação às ações de EPS desenvolvidas na atenção básica.
- Avaliar se os profissionais estão, no cotidiano de suas ações, sendo multiplicadores de ações mais humanizadas em saúde, garantindo o protagonismo e autonomia dos usuários da Política Pública de Saúde;
- Elaborar uma cartilha com foco na Saúde Mental, para promover a integração dos trabalhadores da saúde.

3 DO LUGAR QUE OCUPO: UM PROBLEMA SE INSINUA...

Enquanto Assistente Social, atuando na área da Saúde Mental no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) no município de Guaíba/RS, percebo cotidianamente como os avanços e retrocessos nas políticas públicas de saúde⁴, principalmente em relação à Política de Saúde Mental, interferem diretamente no fazer profissional e principalmente porque, ao modificarem o contexto social, político e econômico através de alterações nas leis e na forma de acesso às políticas públicas, a ponto de dificultar o direito de usuários do Sistema Único de Saúde, acabam trazendo reflexos significativos no contexto da saúde mental.

Morasine, Fonseca e Lima (2018, p.14), referem em relação às transformações no SUS que:

Seguiu-se a aprovação de medidas ditas "racionalizantes", sob a justificativa da necessidade de enfrentar o desequilíbrio fiscal, atribuído ao descontrole das contas públicas decorrentes de "políticas paternalistas que teriam agravado a crise econômica. A orientação é modificar a destinação dos recursos do fundo público, limitando as políticas sociais, promovendo a redução da dimensão pública do Estado e ampliando a participação do setor privado.

Na atual conjuntura capitalista⁵ no Brasil é possível observar que as políticas públicas de saúde vêm sofrendo retrocessos, seja no aspecto econômico (financiamento e incentivos), seja na precarização das políticas (leis, portarias,

⁴ Outros marcos importantes das políticas de saúde mental no SUS foram estabelecidos pela Portaria/GM nº 336, de 19/02 de 2002, que redefiniu os CAPS em relação à sua organização, ao porte, à especificidade da clientela atendida. Passaram a existir CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil ou infanto-juvenil) e CAPSad (álcool e drogas). Outro marco veio pela Portaria 154 de 2008 que estabeleceu a constituição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de propiciar "apoio matricial" às equipes de Saúde da Família, cumprindo um importante papel de dar suporte tanto técnico quanto institucional na atenção básica. (...) Mas os ventos começaram a mudar já em 2015, com o Ministério da Saúde sendo objeto de negociação política e com ele os princípios do SUS. E, por fim, após a instalação do estado de exceção pelo qual o país passa no momento, o SUS e a Reforma Psiquiátrica passaram a ser alvo de mudanças radicais e de importantes retrocessos. No campo da saúde mental, a Comissão Intergestores Tripartite³¹ aprovou a resolução em dezembro de 2017 que praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da RP brasileira. P Amarante e MO Nunes. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>. Acesso: 05.01.2019.

⁵ As políticas sociais no Brasil estão relacionadas diretamente às condições vivenciadas pelo País em níveis econômico, político e social durante os últimos governos com forte conotação social. Eram vistas como mecanismos de manutenção da força de trabalho, e como conquistas dos trabalhadores. Por outro lado, com a saída de um governo com forte conotação social há no cenário atual, indícios de que políticas sociais devem ser revisadas (previdência, saúde, etc.) e, que estão sendo revistas a partir da influência das elites dominantes ao governo que assumiu em 2019. Esta elite ameaça a garantia do aumento da riqueza do país tão comprometido, está sua economia com os direitos do cidadão.

decretos) ou na forma como o Estado vem diminuindo a atuação frente às políticas, nos últimos anos, à exemplo a PEC 241/2016⁶.

Ao analisar questões relacionadas à política de saúde no Brasil, observa-se que as políticas públicas na área da saúde muitas vezes são base para a atuação da classe dominante, onde o conservadorismo dita o direcionamento financeiro, implicando em políticas públicas restritivas e com cunho desfavorável à população que se utiliza de tais políticas.

Figura 1: Reportagem sobre redução em equipes de saúde - 31/08/2017

31/08/2017 21:59

Ministério da Saúde aprova redução em equipes de atendimento à população

Lígia Formenti (Estadão Conteúdo)

O Ministério da **Saúde** e representantes de secretários estaduais e municipais de saúde aprovaram nesta quinta-feira, 31, novas regras para o funcionamento da porta de entrada do **SUS**, a atenção básica. A nova política reduz as exigências e, com isso, permite a criação de equipes de atendimento à população com menos integrantes. Críticos afirmam que as mudanças vão piorar a qualidade da assistência. "É o mundo real", disse o ministro da **Saúde**, Ricardo Barros.

Fonte: <<https://www.campograndenews.com.br/cidades/ministerio-da-saude-aprova-reducao-em-equipes-de-atendimento-a-populacao>>.

Figura 2: Reportagem sobre suspensão de repasses - 19/11/2018

Repasse de quase R\$ 78 milhões, que seriam destinados ao atendimento à saúde mental em 22 estados e no Distrito Federal (*confira tabela completa abaixo*), foram suspensos na última sexta-feira (16) pelo Ministério da Saúde. A decisão, publicada no Diário Oficial da União, afeta 319 serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Acolhimento e leitos de saúde mental em hospitais gerais.

Fonte: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2018/11/19/ministerio-da-saude-suspende-quase-r-78-milhoes-em-repasses-para-atendimento-a-saude-mental.ghtml>.

Sua difusão é facilitada pela retificação, que, no capitalismo tardio, invade todas as esferas e dimensões da vida social, obscurecendo suas determinações, e pelo irracionalismo, que dissemina o pessimismo, o anti-humanismo, o individualismo e desvaloriza a verdade objetiva, dissimulando as contradições sociais e naturalizando suas consequências. O

⁶ Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal; PEC prevê um limite anual de despesas para os três poderes ao longo das próximas duas décadas.

irracionalismo e o conservadorismo encontram condições favoráveis para se desenvolver em momentos de crise social, exercendo a função de enfrentamento das tensões e contradições sociais e contribuindo, direta ou indiretamente, para a apologia do capitalismo (LUKÁCS, 1972 apud BARROCO, 2013b).

Em síntese: no que diz respeito ao Estado com ênfase na perspectiva Capitalista, esse sempre assumiu historicamente os interesses da burguesia e da classe dominante, assegurando muitos favorecimentos e benefícios para a primazia do lucro. Por isso é tão importante produzir reflexões e análises sobre as políticas públicas que impactam no Sistema Único de Saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é sinônimo de avanço frente às políticas sociais vigentes, porém, para que não perca sua proposta de avanço para a Justiça Social, é tarefa primordial não apenas dos governantes, mas também dos trabalhadores, trabalhadoras do SUS e a população em geral, fortalecer esta política pública em tempos sombrios.

Pensar educação permanente nos processos de trabalho em saúde mental nos espaços da política pública de saúde (SUS) não está se referindo às características de um espaço ou local vazio, mas à qualidade de um serviço coletivo ou um bem que exprime as (inter)relações entre pessoas concretas e uma certa questão. Envolve práticas que atuam e configuram um “público” em torno de uma questão concreta: que lugar tem a educação permanente nos processos de trabalho em saúde mental?

Para tanto, se faz necessário reconstruir o cenário que se apresenta aos profissionais da saúde mental. A busca da compreensão do significado das informações deve considerar a dinâmica estabelecida pelas atividades concretas, eis porque não basta construir abstratamente um problema de pesquisa e esquecer que uma investigação é fruto de intenções e de uma perspectiva de análise que trabalha e resulta de uma práxis contextualizada. Portanto, trata-se de uma produção que implica em um contexto social no qual se dá a prática do cuidado.

3.1 O CONTEXTO MICRO SOCIAL

A seguir, serão apresentadas algumas questões cotidianas (hipotéticas) a fim de contextualizar o contexto micro social.

A fala a seguir demonstra a burocracia cotidiana:

Para o dia de hoje, sexta-feira, foram disponibilizadas 10 fichas para atendimento médico, quando o “João do CAPS” chegou, já não havia disponibilidade de fichas, e ele queria renovar as receitas, pois iria ficar sem medicamentos no final de semana. O João é desorganizado, sempre chega no final da manhã, quando não tem mais fichas (Enfermeira).

Já a fala a seguir demonstra a questão da escuta:

A equipe do CAPS quer que a gente escute a Dona Maria, que não precisa passar para o médico, toda vez que ela vem a UBS, pois ela necessita só falar da angústia e dos medos. Ora, eu tenho que ficar ouvindo ela se queixar, falar dessas vozes que atrapalham ela, eu nem sei o que dizer [...] mas no final do atendimento, a Dona Maria refere estar bem melhor (Enfermeira).

E a fala a seguir demonstra a continuidade no acompanhamento:

O CAPS quer que a ESF dê conta dos pacientes da saúde mental. Agora, além dos grupos de diabetes e hipertensão, temos que fazer grupo de escuta para os usuários que tiveram alta do CAPS, eu não sei... é complicado, porque quando encerra o grupo, eles ainda querem conversar, perguntar coisas sobre os atendimentos do CRAS, da farmácia, daí a gente fica horas envolvidos com eles (Agente de saúde do ESF).

É no atual contexto, marcado por diversas transformações sociais, culturais, políticas e econômicas, que as desigualdades sociais vêm implicando aumento das demandas por cuidado em saúde mental, pois o sofrimento psíquico vem assolando indivíduos de diferentes faixas etárias e requer dos profissionais da área da saúde um constante repensar de práticas, sejam elas mudanças institucionais e/ou de orientação política das ações.

Tais transformações, atreladas ao adoecimento populacional ou a doenças psíquicas previamente identificadas, faz refletir sobre a gestão do cuidado em saúde mental para além do ato clínico, na perspectiva da necessidade de reestruturações produtivas no cotidiano das ações do profissional/trabalhador do SUS.

Conforme Ceccim (2005), para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe, e de construir novos pactos de convivência e práticas que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde.

Nessa perspectiva, o exercício do cuidado em saúde mental requer constantes processos de aprendizagem, ruptura de estigmas em relação ao usuário em sofrimento psíquico, bem como novos processos de práticas para o cuidado em saúde mental, no território, próximo à residência deste usuário e não mais apenas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Conforme Brasil (2005), existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde.

Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica, pois:

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental (BRASIL, 2005).

É no contexto marcado por diversas transformações sociais, políticas, culturais e econômicas que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Guaíba/RS vem se consolidando, fomentando ações e estratégias de atenção e cuidado em saúde mental.

Nesse contexto, o papel dos trabalhadores do CAPS II⁷ é fundamental para que estratégias de Educação Permanente em Saúde, com ênfase na saúde mental, possam gerar movimento e novas possibilidades junto aos profissionais da Atenção Básica.

Dentre algumas das estratégias já consolidadas no município têm-se: ações com temas definidos (qualificação profissional), a Reunião de Rede de Saúde Mental (estratégia mensal de reunião), essa “provocada” pelos trabalhadores do CAPS e o Apoio Matricial que consiste em estratégias de discussão de casos e integralidade das ações em saúde mental.

⁷ CAPS Adulto. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l2-saude-mental/12609-caps>>. Acesso: 10 jun.2017.

Outra estratégia que a equipe do CAPS vem constituindo é a divisão das ações da equipe, no que se refere ao território, na proposta de micro equipes. Em outras palavras, tem se buscado trabalhar na proposta de considerar o município dividido em três microrregiões. Essa experiência das micro equipes possibilita que os profissionais do CAPS conheçam e qualifiquem suas ações nos territórios, conhecendo as potencialidades e fragilidades do local, as formas de poder que perpassam estes territórios, os espaços de inclusão, equipamentos públicos, a relação que os usuários que necessitam cuidado em saúde mental têm com o local (pertencimento), concomitante às ações nos serviços de atenção básica.

Cabe aqui considerar que as mudanças aceleradas provocadas pelas incorporações de tecnologias⁸, tais como equipamentos, protocolos, formulários que ao tempo que são necessários, podem burocratizar as ações e gerar conflitos nas relações de trabalho. Diante disto, faz-se necessário refletir como as equipes da atenção básica atuam frente as demandas em saúde mental, sejam elas: orientação em relação à continuidade do acompanhamento medicamentoso, inserção em espaços de promoção de saúde no território ou a necessidade de espaços de escuta.

Merhy (apud MÂNGIA et al., 2002) considera que a possibilidade da invenção de novas formas de produzir saúde passa necessariamente pela modificação da gestão dos serviços e do processo de trabalho das equipes, implicando na apropriação coletiva do desafio da construção de novas formas de responsabilização e em assumir como “objeto da ação de saúde” o problema de saúde/necessidade representada pelo usuário.

A estratégia da EPS pode contribuir para qualificar a atenção e cuidado em saúde mental, no entanto é fundamental perceber as relações que os profissionais da saúde que atuam na atenção básica possuem com tais espaços. Por isso se faz tão importante falar, refletir sobre o processo de conhecimento que se realiza através de um programa ou de um projeto educativo. Pois bem, desencadear um processo educativo, implementar uma concepção metodológica, significa colocar em prática alguns elementos que precisam ser explicitados.

⁸ No contexto da Portaria Nº 2.510/GM de 19 de dezembro de 2005, considera-se tecnologias em saúde: medicamentos, materiais, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, e programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf>. Acesso: 20 out.2017.

Assim, um problema não está desvinculado da prática. São aspectos que, no interior de uma realidade, se negam e se afirmam ao mesmo tempo em uma autoprodução, o que coloca a investigação intrinsecamente ligada à historicidade e às características de provisoriedade e relatividade que derivam das políticas públicas voltadas para a saúde.

Explicitar como se efetivam os processos de trabalho dos profissionais da atenção básica e o modo como estes podem dar conta das demandas da saúde mental implica em compreender até que ponto suas práticas podem estar obsoletas e/ou limitadas, porque no ambiente de trabalho/contexto em que não há uma preocupação com educação permanente, o que poder levar à fragmentação do pensamento e a dificuldade de produzir cuidado.⁹

⁹ Conforme Mazzaia (2018, p.2199): Com relação à produção de pesquisas em saúde mental, à exceção de estudos relacionados à atenção farmacológica dentro da área de pesquisa médica, esta concentra-se em estudos diagnósticos e carece dos estudos de intervenção ou experimentais no que tange a abordagem psicossocial preconizada. Assim, carecemos de estudos que fomentem o desenvolvimento de evidências para a atenção psicossocial, abordagem esta que deveria ser o fio condutor de políticas públicas de assistência, de formação profissional e de pesquisas para a área de saúde mental. Questiona-se o engajamento desta produção na manutenção e ampliação do respeito ao indivíduo em sofrimento psíquico e suas demandas, além do reforço às conquistas de direitos. Necessitamos de ousadia para socializar experiências e seus processos de avaliação, a gerar possibilidades de considerações da comunidade científica e também dos profissionais que se utilizam das pesquisas para modificação de suas práticas.

4 NO CONTEXTO MACRO SOCIAL DA POLÍTICA PÚBLICA (SUS) O LUGAR DO CUIDADO COMPARTILHADO

A Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) traz diferentes possibilidades e vivências no âmbito do cuidado em saúde mental aos usuários que buscam atenção à saúde, bem como aos trabalhadores destes espaços.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988), no seu Artigo 198, aponta que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, neste aspecto a política pública de saúde, traz a questão da rede, do cuidado em rede, como elemento de práticas, que fomentam os princípios do SUS.

De acordo com Morsaine, Fonseca e Lima (2018), no Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica traz que a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de modo saudável. Diante disto, o cuidado em saúde na Atenção Básica está centrado nas relações e nos sujeitos, o que permite aos trabalhadores dos serviços que compõem a atenção básica singulares formas de intervenção no território, onde a prática de Educação Permanente em Saúde pode propiciar novas possibilidades de cuidado, bem como a qualificação dos processos de trabalho e formação profissional.

[A] Educação Permanente em Saúde é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (BRASIL, 2009, p.20).

No contexto das relações das equipes de saúde, trabalhadores e usuários, a EPS é proposta para a qualificação da saúde, podendo ser garantia de troca de experiências e saberes, onde as demandas oportunizam a promoção do pensamento e da ação. A estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como garantia de processo formativo, de aprendizagem aos profissionais da política pública de saúde, possibilitando a qualificação inventiva e inovadora na atuação e gestão dos processos de trabalho.

Através da aprendizagem significativa, a EPS contempla processos de análise sobre os processos de trabalho das equipes, podendo qualificar o trabalho através da atualização permanente dos trabalhadores.

Conforme Moraes e Dytz (2015), a Política de Educação Permanente em Saúde caracteriza-se, portanto, como uma política inovadora, com aspirações direcionadas para uma mudança de paradigma já que implica não apenas na realização de atividades de educação em serviço, mas, principalmente, em instituir processos de mudanças na realidade dos serviços por meio da produção do conhecimento a partir do cotidiano e dos desafios enfrentados pelos trabalhadores diariamente, ou seja, o processo de trabalho em saúde é, em si, pedagógico.

É no cotidiano da atenção básica de saúde que as demandas em Saúde Mental, surgem, muitas vezes, como desafio às equipes de Atenção Básica. A Política Nacional de Saúde Mental (Lei 10.216/2001) consolida o cuidado em saúde mental, buscando garantir atenção ao sofrimento psíquico em base comunitária, garantindo o cuidado em saúde mental nos espaços da comunidade e da cidade.

O Ministério da Saúde, através da Portaria 3088¹⁰, traz a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, como rede que contempla o cuidado em saúde mental e se potencializa na articulação dos diferentes pontos de atenção, visando ações e garantia da atenção à saúde mental.

A RAPS é constituída por diferentes componentes, dentre eles a Atenção Básica em Saúde, constituída por equipe multiprofissional que visa desenvolver a atenção integral, impactando na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde.

Conforme artigo 6º, § 1º (BRASIL, 2011):

A Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

Nesse sentido, refletir sobre as demandas em saúde mental que chegam cotidianamente à atenção básica, muitas delas como expressão epidemiológica, juntamente com as dos usuários (sujeitos) que vêm de trajetórias vinculadas ao

¹⁰ Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso: 10 jun.2017.

CAPS, aos hospitais psiquiátricos, traz à tona a importância da inclusão, da reinserção social das pessoas com transtornos mentais graves, severos e persistentes, na cidade, no território, na perspectiva do cuidado em liberdade.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil historicamente iniciou em meados dos anos 70, com um processo de mudança de lógica em relação à saúde mental, onde a internação, hospitalização e institucionalização de “pacientes com transtorno mental”, foi substituída pela lógica do cuidado ao “sujeito em sofrimento psíquico ou mental”¹¹, através de serviços substitutivos aos manicômios e às internações de longa permanência.

Conforme Scarcelli (2011, p.24):

Se a instalação de uma reforma psiquiátrica brasileira está para além do fechamento dos hospícios e é uma dentre tantas coisas necessárias para “reinventar a vida”, pressupõe-se que deva estar em curso um processo de mudança que pode passar tanto por propostas de inclusão do sujeito nos serviços assistenciais e, desse modo, por investimento e adoção de medidas de proteção social, quanto pela transformação social radical que implica a superação da sociedade capitalista e dos processos excludentes de seu sistema de produção. Assim, ao se propor “fazer da luta contra a exclusão uma tarefa comum” abrem-se possibilidades para as mais diversas interpretações sobre o que se entende por essa tarefa e sobre como fazê-la.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde teve um importante avanço com o Decreto nº 7.508/2011¹², o qual trata da estrutura organizativa do SUS e traz na Rede de Atenção à Saúde (RAS) diferentes eixos de cuidado, dentre os quais destaca-se neste estudo o eixo de cuidado à saúde mental, que através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) traz componentes estratégicos para o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico e um novo modelo de atenção em saúde mental. A RAPS possui nos CAPS o ordenador, a bússola que direciona o cuidado em liberdade.

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) traz o CAPS como ponto estratégico da Rede de Atenção Psicossocial. Conforme Lima e Dimentein (2015), a lógica de território, que preconiza a PNSM, tem como perspectiva o cuidado, rompendo com estratégias de internações e segregações, viabilizando o cuidado de

¹¹ Amarante (2007, p.68), traz a utilização do termo, no campo da saúde mental e atenção psicossocial, remetendo a ideia de pensar no sujeito

¹² 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso: 20 nov.2018.

forma articulada onde a Atenção Básica é núcleo central para garantir assistência em Saúde Mental, integralidade do SUS e o cuidado no território.

Nesse sentido, o cuidado em saúde mental se dá no cotidiano das relações, no movimento e no processo social, que desafia a sociedade, gestores e trabalhadores do SUS a constituírem novas práticas de atenção psicossocial, rompendo com práticas assistencialistas e normalizadoras, visando à responsabilização compartilhada na atenção e no cuidado.

A atenção à saúde mental traz a potência de dar voz aos usuários e familiares, o que reforça os desafios em relação às especialidades e identidades profissionais parciais. Isso se dá pelo fato de os profissionais estarem atentos a complexidade das realidades, demandas e reinvenções da vida cotidiana. Daí a importância da escuta, participação ativa dos usuários e seus familiares nos serviços de saúde (VASCONCELOS et al., 2000).

O contexto de trabalho desenhado e proposto pela política pública propõe e exige que a continuidade do trabalho educacional, organizado no interior das instituições (CAPS), será mais significativo quanto mais for influenciado a se apoiar em práticas que permitam uma leitura de realidade mais pertinente e adequada à realidade dos usuários.

Os indivíduos (profissionais da saúde) são construtores de uma cultura que pensa saúde mental e não meros receptáculos, assim a instituição não pode passar ao largo das informações oriundas do contexto socio/técnico que envolve as questões da saúde mental.

As vivências na escola durante a formação, e também fora dela, são constituídas por ações e inter-relações que configuram o desenvolvimento do profissional da saúde. Entretanto, o espaço de trabalho é onde o conhecimento da prática deve ser pensado e reorganizado.

5 NO MODELO DE ANÁLISE: A CONSTRUÇÃO DE UMA CHAVE DECODIFICADORA DA ATUAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE EM SAÚDE MENTAL

O cuidado em saúde mental traz para as equipes de trabalho em saúde particularidades, determinantes sociais e subjetividades que no cotidiano de prática profissional exigem um cuidado compartilhado com o outro, com o colega de profissão, com o profissional que atua junto à equipe e, até mesmo, com profissionais de equipes de outros pontos de atenção em saúde.¹³

A perspectiva de cuidado em saúde mental se dá nas relações, no trabalho em equipe, no diálogo entre os diferentes saberes, para que diante disto possa realizar as intervenções junto ao sujeito em sofrimento psíquico, junto ao território de atuação.

A atuação em equipes de saúde exige um constante aprendizado, pois a atuação em saúde mental se dá num contexto que envolve o trabalho em rede, como proposto pela RAPS.

Para Merhy (2013, p.15-6):

Creio, que ter uma rede bem articulada entre serviços de saúde mental (CAPS), serviços próprios de urgência e emergência (como os SAMUs e PSs) e equipes locais de saúde, seja essencial para dar respostas razoáveis a um dos problemas que mais somam, no imaginário social, a favor da lógica manicomial. Ou seja, enfrentar bem esta situação tem um duplo sentido: de um lado, é uma das chaves para gerar alívio produtivo nas equipes de CAPS; de um outro, ao gerar alívio nos que convivem com loucos, em crise, diminui a pressão para a segregação e exclusão.

A atuação em saúde mental traz na troca de saberes e no conhecimento a importância dos movimentos de educação permanente em saúde e do ensino aos trabalhadores, proporcionando, a partir disto, a integralidade do usuário em sofrimento psíquico em seu território.

Nesse sentido, faz-se necessário analisar as práticas de cuidado em Saúde Mental nos CAPS e no âmbito da atenção básica de saúde. Paralelamente a isso, analisar também se as tecnologias de saúde, de educação permanente e ensino,

¹³ Atualmente observa-se um crescimento vertiginoso de artigos em relação à saúde mental, mas que por outro lado isto é um fato que ao invés de ajudar torna difícil a tarefa de se manter atualizado ou minimamente acompanhar tamanho fluxo de informações.

vem ao encontro das prerrogativas da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária¹⁴.

Conforme Souza e Rivera (2010, p.128):

A inclusão de ações de saúde mental na Atenção Básica possibilita entre outros benefícios, tornar as fronteiras instáveis, permeáveis, podendo nos levar a percorrer muitos caminhos diferentes, proporcionando à loucura sair de um lugar segregador, excludente, par um de convívio, de agenciamentos, de possibilidades, de vida. Tal inclusão permite tornar concreto, no cotidiano da vida das pessoas, os princípios que motivaram e nortearam os caminhos tanto do movimento da Reforma Psiquiátrica quanto da Reforma Sanitária.

Quando se pensa as interfaces do processo de trabalho e as questões que interpelam os profissionais que atuam na política pública de saúde, percebe-se que a leitura não pode ser horizontalizada ou rápida, dada a complexidade da área de atuação. Em saúde mental, não se trata apenas de considerar os condicionantes materiais¹⁵, mas de considerar e perceber o processo de trabalho em saúde mental na sua verticalidade, isto é, na articulação de um trabalho que envolve profissionais de distintas formações e, não menos importante, que este trabalho seja a condição necessária (e suficiente) para potencializar a conscientização/ garantia dos direitos, os quais na atual conjuntura brasileira sofrem fortes impactos, onde as desigualdades sociais perpassam o âmbito da saúde.

Nesse sentido, é imprescindível reconsiderar o lugar do gestor. A gestão deve possibilitar aos profissionais a autonomia e possibilidades de cuidado para além do emergencial, da consulta ambulatorial e dos processos que tecnologias duras e leve-duras dão conta. Esta atuação não pode ficar somente no nível de discursos sócio/políticos renovados¹⁶, mas precisa se tornar “um objeto de desejo” ou uma “necessidade vital” das pessoas que estão envolvidas no processo de trabalho em saúde mental.

¹⁴ O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização. Expressou a indignação da sociedade frente as aviltantes desigualdades, a mercantilização da saúde (AROUCA, 2003) e, configurou-se como ação política concertada em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, tendo a saúde como direito universal de cidadania. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00204.pdf>>. Acesso: 25 jan.2019.

¹⁵ Conforme Iamamoto (2012) os impactos da redução de gastos sociais e a conseqüente deterioração dos serviços sociais públicos dependeram das relações do Estado e a sociedade, das desigualdades e das políticas sociais anteriormente existentes ao programa de “contra-reformas”.

¹⁶ O Novo Regime Fiscal (NRF) atua, portanto, na contramão da continuidade do enfrentamento dos níveis de desigualdade social. Além do risco de descontinuidade de serviços, o esforço fiscal proposto na PEC 241/16 constrangerá as proteções assistenciais”. Disponível em: <<http://www.terrasemmas.com.br/a-pec-do-fim-do-mundo-e-inconstitucional>> Acesso: 08 nov.2017.

Percebe-se, entretanto, que se tratando de saúde mental no território, esta “demanda” necessita de cuidados que vão além dos condicionantes materiais (recursos materiais e humanos), pois remetem à uma outra dimensão: a formação para o trabalho. Mângia et al. (2002), traz a noção de que o território deve ser entendido para além da simples referência à região geográfica de abrangência do serviço, mas enquanto os múltiplos espaços de circulação e trocas sociais, materiais, subjetivas, simbólicas e culturais nos quais as pessoas, e dentre elas os usuários dos serviços, produzem suas histórias de vida, no contexto de produção da própria história da comunidade.

O território pode apresentar aos profissionais da área da saúde estratégias no fazer/cuidar no âmbito da saúde mental, seja em relação aos recursos do ponto de atenção à saúde (UBS, ESF), da comunidade (escola, lugar de trabalho, associação), ou na integração com outras redes. Estratégias que ampliam o cuidado em saúde mental para além do espaço institucional e fortalecem Planos Terapêuticos Singulares (PTS)¹⁷, para além do cuidado no âmbito da saúde.

Para Bezerra Jr. e Amarante (1992), o fenômeno psíquico deixa de ser um mal obscuro que afeta as pessoas e passa a ser um fenômeno complexo, histórico, em estado de não-equilíbrio.

Diante dos desafios que o trabalho em saúde mental apresenta, torna-se imprescindível considerar os processos de formação profissional e a relação destes processos no cotidiano do cuidado. Os dispositivos de saúde geralmente são permeados por processos em que a divisão técnica do trabalho é imposta aos trabalhadores, visando à operacionalização de suas práticas dentro da especificidade da formação acadêmica/profissional.

Frente a tais processos, que muitas vezes são permeados por processos trefistas, individualistas e que não instigam a problematização do fazer, do contexto ao qual se inserem, torna-se fundamental analisar de que forma o ensino se distancia ou se aproxima da prática profissional após a academia.

Conforme Scherer, Pires e Schwartz (2009), o trabalho em saúde é permeado todo o tempo por práticas multi, pluri e interdisciplinares, de acordo com os problemas que se colocam, as demandas surgidas e as necessidades de solução.

¹⁷ O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. (BRASIL, 2007).

Considera-se que o trabalho em saúde requer aproximação, apropriação, ser/estar presente, olhando para as potencialidades existentes no cotidiano da atuação em saúde, garantindo a autonomia do profissional, seja individualmente, com seus pares ou com os usuários que buscam cuidado e atenção em saúde.

Aproximar o ensino do campo de atuação na saúde vem ao encontro das mudanças, sejam elas relacionadas ao saber, ao poder, às relações sociais do contexto, que viabilizam a possibilidade da utilização de metodologias ativas.

Conforme Mitre (2008, p. 2135):

[...] torna-se essência pensar em uma metodologia para uma prática de educação libertadora, na formação de um profissional ativo e apto a aprender a aprender. [...] o aprender a aprender na formação dos profissionais de saúde deve compreender o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser, garantindo a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade.

Pensar o processo de trabalho em saúde mental considerando apenas as tecnologias-leves, e que estas possibilitam ferramentas que viabilizam cuidado qualificado e humanizado, é reduzir a complexidade deste trabalho na medida que esvazia o lugar dos profissionais que atuam em equipe. A existência de dificuldades de entendimento, formações múltiplas ou diferenciadas e a inexistência de uma linguagem comum nos espaços do CAPS tem a ver com um tipo de formação profissional relativa ao “saber cuidar”.

Por outro lado, evidencia que nas formas de organizar o processo de trabalho em saúde mental é sumamente exigente e que não pode estar desvinculada das competências profissionais e técnicas ligadas a um modelo individualista e fragmentado de pensar atuação no trabalho.

Este trabalhador, para dar conta destas tarefas, vai ter que se apoiar na equipe, mas vai também ter que atuar, diretamente no seu caso- referência, vai ter que acolhê-lo na crise. Vai ter que usar de sua clínica, de suas perspicácias, de suas redes de ajuda. Vai ter que gerar intervenções singulares e novas redes. Vai ter que, e pode aproveitar a oportunidade que a crise permite para ressignificar o Projeto Terapêutico que vem gerindo em relação àquele usuário. Pode inclusive descobrir novas pistas Inter setoriais para criar outros sentidos, para vários de seus casos- referências (MERHY, 2004, p.12).

Esse modelo de atuação está tão interiorizado que outro modo de atuar torna difícil o reagir contra este estado de coisas. Sendo assim, precisamos superar o desencontro entre linguagens que se referem à competência e as que aludem a

temas teóricos e técnicos relacionados a saúde mental, e também a determinadas equivalências que não são verdadeiras.

Segundo Merhy (2014), o cuidado em saúde deve estar no terreno das tecnologias não-equipamentos, o território das tecnologias leves e leve-duras, as quais se expressam nos processos de cuidado em saúde, nos atos produtivos e na capacidade de produzir novas modalidades de cuidado. As tecnologias leves nos espaços de saúde se efetivam nas relações entre profissionais e usuários, nos espaços que são construídos a partir do encontro. Neste sentido, potencializar a EPS é garantir ensino-aprendizagem no cotidiano de práticas profissionais.

A realidade de trabalho nos CAPS coloca que as relações de trabalho dizem que o cuidado com a saúde do outro passa pela ênfase de interfaces ou proximidade interprofissional. Dentre os diferentes desafios do cotidiano de cuidado em saúde mental, destaca-se a atenção à crise. Situações de cuidado e atenção à crise muitas vezes são disparadores de conflitos e discursos que não vem ao encontro das preconizações da Reforma Psiquiátrica.

O tema atenção à crise foi amplamente discutido no ano de 2016 no município, tanto em espaços de EPS do CAPS, como em evento de EPS com os diferentes pontos de atenção à saúde, no sentido de fomentar aprendizado através dos diferentes saberes e fazeres na atenção em saúde mental.

Lobosque (2001 apud FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007, p.35) destaca:

[...] em suas observações alguns traços comuns à experiência da crise: seu caráter de invasão, invasão que chega a ultrapassar o psiquismo e atingir o próprio corpo, a perda de privacidade, o estar exposto, o estar á mercê à irrupção do estranho, onde tudo entra em processo de questionamento e suas convicções fundamentais se abalam... e tudo isso em caráter de imposição, tudo isso é imposto ao portador de sofrimento psíquico. Para a autora, toda esta vivência escancara a reprodução de uma agonia que ocasiona uma dor incompreensível, sem conteúdo de representação e por isso, inatingível pela consciência.

O exemplo da atenção à crise faz refletir sobre diferentes aspectos, mostrando a importância de espaços de EPS nos espaços de trabalho, pois a crise demanda do profissional e da equipe de saúde uma condução da situação que exige cuidado além de protocolos, um cuidado que observa a singularidade e subjetividade do sujeito, o que reforça a necessidade constante de articular o ensino no contexto do trabalho.

Nesse sentido, a EPS qualifica a atenção à saúde no cotidiano, de forma a potencializar usuários e familiares da saúde mental na consolidação de direitos sociais, humanos, bem como autonomia e liberdade, visando à busca constante por políticas públicas adequadas para o território de pertencimento dos usuários garantindo, assim, respeito e dignidade humana.

Considera-se que, para que o cuidado em saúde mental perpassasse o modelo technoassistencial e garanta novas possibilidades de cuidado, é necessária a utilização de ferramentas de tecnologias leves no desenvolvimento de ações em saúde.

Os conceitos que seguem trazem à tona uma conjuntura que ultrapassa o conhecimento biomédico sobre o modo de trabalho em saúde e com saúde mental, que nem sempre é capaz de romper com um modelo fragmentado de ensinar, aprender e fazer saúde, especialmente quando se trata de saúde mental, que remete a múltiplas dimensões. Destacamos a seguir um conjunto de conceitos chave que permitirão otimizar a dimensão pedagógica e o ensino no processo de trabalho da saúde mental.

Educação Permanente: Para Ceccim (2005), é a definição pedagógica do processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, permeabilizada pelas relações concretas que operam realidades e que possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. Ao mesmo tempo, disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, inserindo-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, implicando seus agentes às práticas organizacionais, implicando a instituição e/ou o setor da saúde às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais e por fim, implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

Tecnologias Leves: Para Merhy (2002 apud ASSUNÇÃO, 2011) dentre as novas tecnologias tem-se as tecnologias leves, isto é, o estabelecimento de relações entre trabalhadores e usuários no interior dos serviços, elemento essencial no trabalho em saúde, com o desenvolvimento de um espaço de interseção entre trabalhadores e usuários, que repercute diretamente no resultado final.

Cuidado de si: Para Foucault (2006), o cuidado de si está relacionado com o conhecimento do sujeito por ele mesmo. O cuidado de si mesmo e o fato de ocupar-se consigo é um privilégio-dever, um dom-obrigação que nos assegura a liberdade

obrigando-nos a tomar-nos nós próprios. O cuidado de si apresenta paradoxos de um preceito que pode significar egoísmo ou volta sobre si mesmo ou um princípio positivo, relacionado a uma moral rigorosa, ou ainda, o cuidado de si envolvido em um contexto ético geral de não-egoísmo, seja sob a forma cristã de renunciar a si mesmo ou sob a forma “moderna” de uma obrigação para com os outros. Todos estes códigos de rigor moral estão fortemente marcados, constituindo razões para o tema ser um tanto desconsiderado.

Trabalho em Equipes: traduz um modo de atuar coletivo que implica em responsabilização do seu integrante frente às problemáticas sociais existentes. Corresponde a um espaço profissional desenhado no ponto de encontro e de cruzamento entre a área do trabalho social e a área da atuação no processo de trabalho em saúde.

Cuidar: Para Boff (1999), cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. Para o autor, este somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Estamos diante de uma atitude fundamental, de um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude.

Política Pública: Para Pereira (2009) estas políticas, por serem públicas (e não propriamente estatais ou coletivas e privadas), têm dimensão e escopo que ultrapassa os limites do Estado, dos agregados grupais, das corporações, e obviamente, do indivíduo isolado. Isso porque o termo “público”, que também qualifica a política, tem um intrínseco sentido de universalidade e de totalidade orgânica. Por isso, a política pública não pode ser confundida como política estatal, ou de governo, e muito menos com a iniciativa privada – mesmo que, para a sua realização, ela requeira a participação do Estado, dos governos e da sociedade e atinja grupos particulares e indivíduos.

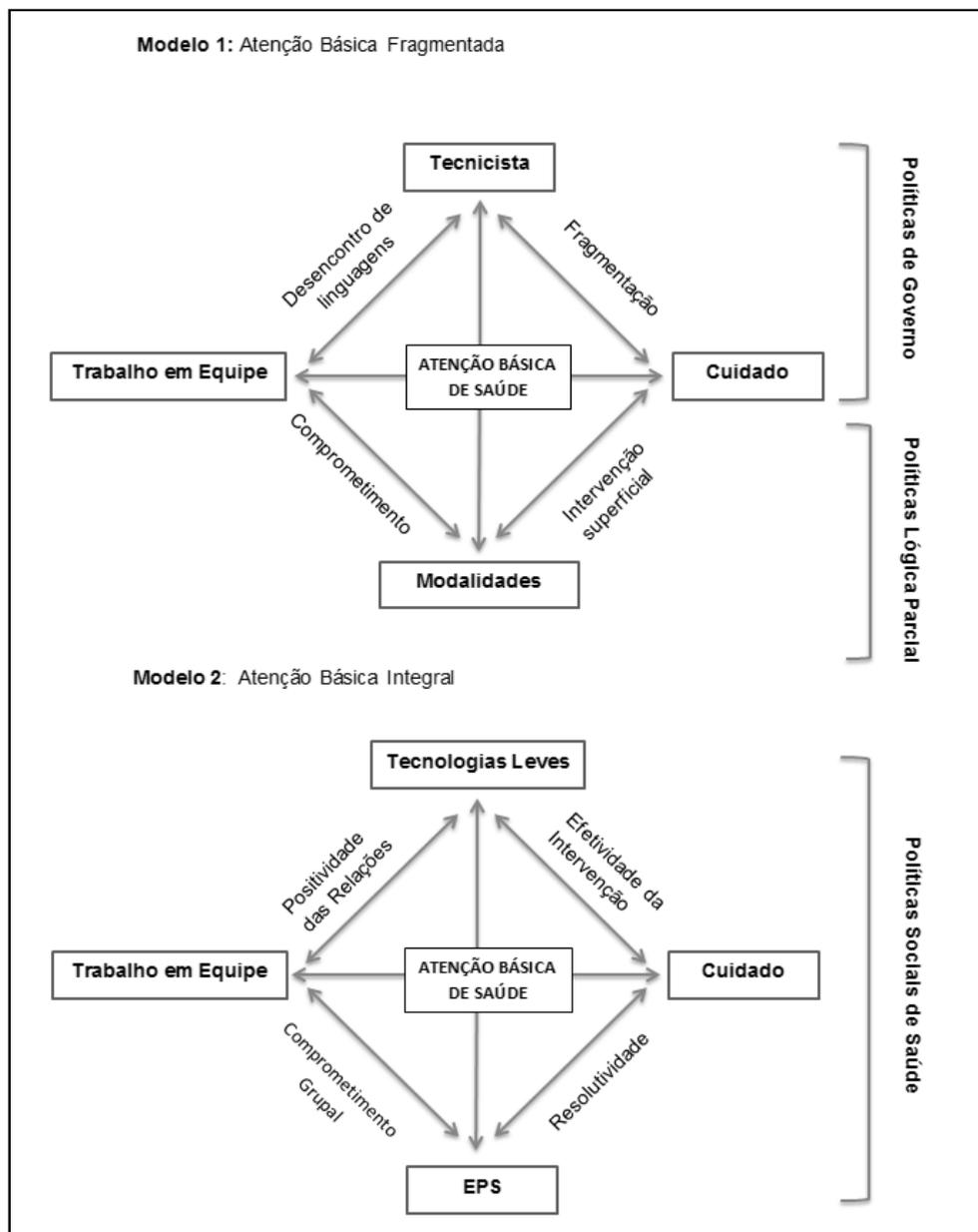
Política pública de saúde: As políticas públicas em saúde integram o campo da ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

Política de governo: Oliveira (2011) considera que políticas de governo são aquelas que o Executivo decide num processo elementar de formulação e

implementação de determinadas medidas e programas, visando responder às demandas da agenda política interna, ainda que envolvam escolhas complexas. Já as políticas de Estado são aquelas que envolvem mais de uma agência do Estado, passando em geral pelo Parlamento ou por instâncias diversas de discussão, resultando em mudanças de outras normas ou disposições preexistentes, com incidência em setores mais amplos da sociedade.

Para melhor visualização do marco analítico apresentamos o esquema lógico, materializado na ilustração (figura 3) que segue:

Figura 3: Modelos de Atenção Básica



Fonte: BERWALDT, D. S. Exemplos de Modelos de Atenção Básica. Porto Alegre; UFRGS, 2019. Dissertação de Mestrado Profissional. PPGENSAU. FAMED. UFRGS.

6 NO PERCURSO METODOLÓGICO: UM CAMINHO DE DESCOBERTAS

Neste capítulo, descreve-se o delineamento e local do estudo, a coleta e análise dos dados, aspectos éticos, bem como a forma de organização e análise das informações obtidas através de documentos e entrevistas.

Esta pesquisa foi desenvolvida através do método qualitativo, tratando-se de um estudo de caso, desenvolvido no município de Guaíba/RS.

Para Minayo (1994), a pesquisa qualitativa responde a questões específicas. Nas ciências sociais ela se ocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Conforme Yin (2001) o estudo de caso trata-se de uma investigação empírica, onde há a investigação de um fenômeno dentro de seu contexto real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente evidentes. Não quisemos aqui fazer um texto que abordasse as complexidades de uma pesquisa que articula a investigação social e educação. Procuramos apontar para uma realidade que dá conteúdo e serve como fonte de informação.

O município de Guaíba/RS está situado na região metropolitana de Porto Alegre/RS, a cerca de 30 km da Capital do Rio Grande do Sul. Tem sua população estimada de: 95.204 habitantes, conforme o Censo Demográfico de 2010. O município conta com doze secretarias na administração municipal, sendo a Secretaria Municipal de Saúde a responsável por gerenciar os serviços de saúde. Atualmente, o município conta com os seguintes níveis de atenção:

- **Nível Primário:** seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), seis Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma Unidade de Saúde Centralizada, a qual dispõe de serviços como: Programa Hiperdia, Saúde da Mulher, Tisiologia e DST/Aids.
- **Nível Secundário:** Uma Policlínica (com diferentes serviços especializados: cardiologista, oftalmologista etc.); uma clínica de Fisioterapia; Três Serviços de Saúde Mental: O CAPS Viver II, que atende usuários adultos, o CAPS AD Vida Nova, responsável pelo atendimento de usuários de álcool e outras drogas e o CAPS IJ, responsável pelo atendimento de crianças e jovens.
- **Nível Terciário:** Serviço de Pronto Atendimento (SPA).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) realiza suas ações de cuidado aos usuários e atua junto aos serviços de saúde do município, onde se destacam

duas ações: o apoio Matricial (matriciamento) e a Reunião de Rede de Saúde Mental. O Apoio Matricial, no município de Guaíba, acontece de forma sistemática desde o ano de 2010¹⁸, impulsionando reuniões de equipes, visitas domiciliares e interconsultas.

Estudo de Campos e Dominitti (2007, p.399) traz que:

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra referência, protocolos e centros de regulação.

O apoio matricial é considerado uma metodologia de trabalho, a qual visa conduzir as situações de forma a contribuir positivamente nos encaminhamentos e atividades relacionadas aos usuários em sofrimento psíquico.

Campos e Domitti (2007, p.401) referem que o apoio matricial é a construção de um projeto terapêutico integrado, podendo se desenvolver em três planos:

- a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência;
- b) Em situações que exijam atenção específica ao núcleo do saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade;
- c) É possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador, diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência.

A Reunião de Rede de Saúde Mental começou a ser realizada no ano de 2016, com a participação de usuários dos serviços da saúde mental, de profissionais das secretarias municipais de saúde, assistência social e educação. Atualmente, as reuniões acontecem mensalmente, e contam ainda com a participação de conselhos de direito, universidade e pessoas da comunidade.

A busca de uma integração entre os diversos serviços – em um processo de aproximação e construção comum entre as equipes de Atenção Básica, CAPS, outros serviços de saúde, assim como de outros equipamentos do território – deve ser instituída e sustentada com o vigor necessário. Esses equipamentos e serviços são potenciais portas de entrada dos sistemas,

¹⁸ Conforme verificado em livro ata do CAPS Viver.

como também conferem fértil possibilidade de compartilhamento de olhares em rede diante dos sujeitos que se apresentam com suas demandas e necessidades. Desse modo, pode-se fortalecer uma rede de suporte social para o aumento da resolutividade, do fomento da atenção integral e, por consequência, melhorando a qualidade do cuidado (BRASIL, 2013, p.127).

Nesse contexto, buscou-se realizar este trabalho na perspectiva de alcançar algumas pessoas que participam direta ou indiretamente de ações que o CAPS realiza junto à atenção básica.

Analisar, através de entrevistas semiestruturadas, no local de atuação dos profissionais, concomitante a revisão documental (atas das reuniões do local de trabalho dos profissionais entrevistados, reunião de Rede de Saúde Mental) se os profissionais da atenção básica e do CAPS, no cotidiano de suas práticas, participam de espaços de EPS, foi o caminho percorrido.

A intencionalidade da análise é averiguar se a participação em espaços de EPS produzem movimentos nos profissionais no intuito de multiplicarem ações mais humanizadas na área da saúde mental, na perspectiva de garantir o protagonismo e autonomia dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Frente a tais considerações, analisar como e em que condições os profissionais participam de espaços de EPS, e se isto possibilita, é condição necessária para: 1) que estes profissionais possam ser multiplicadores de ações mais humanizadas na área da saúde mental, 2) garantam por um outro modo de atuar o protagonismo e autonomia dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Com a análise das entrevistas, a proposta pode encaminhar-se para a elaboração de uma cartilha, com ênfase na Saúde Mental, visando à integração dos trabalhadores da saúde. Que o material sirva de apoio aos trabalhadores em suas práticas de cuidado cotidiano. Nesse sentido, os resultados obtidos neste estudo, servirão como base para a elaboração da cartilha, com informações relacionadas ao cuidado em saúde mental na Atenção Básica e nos CAPS.

Após a elaboração da cartilha, a mesma será apresentada à gestão da Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de, após aceita, ser disponibilizada aos usuários e trabalhadores da RAPS Guaíba, preferencialmente na forma de material impresso, para que possa ser trabalhada em salas de espera e reuniões de equipe, promovendo a integração entre os trabalhadores.

A coleta de dados foi efetuada através de entrevistas semiestruturadas individuais, as quais aconteceram nos locais de atuação profissional dos entrevistados, em ambientes reservados, o que permitiu a privacidade dos entrevistados da pesquisa. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas de forma literal pela autora.

Conforme Richardson (1999, p.207 apud JÚNIOR; JÚNIOR, 2011):

O termo entrevista é construído a partir de duas palavras, *entre* e *vista*. *Vista* refere-se ao ato de ver, ter preocupação com algo. *Entre* indica a relação de lugar ou estado no espaço que separa duas pessoas ou coisas. Portanto, o termo entrevista refere-se ao ato de perceber realizado entre duas pessoas.

Após a transcrição das entrevistas, as quais tiveram uma média de duração de dez minutos, realizou-se o processo de transcrição literal dos áudios gravados. Os dados obtidos nas entrevistas são de responsabilidade da pesquisadora e serão mantidos arquivados por cinco anos, sendo destruídos após esse período.

A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro previamente elaborado (Apêndice A), composto por questões semiestruturadas. Foram realizadas entrevistas individuais com 06 trabalhadores dos serviços de saúde do município de Guaíba/RS, sendo 03 trabalhadores da Atenção Básica e 03 trabalhadores do CAPS II. Também foi realizada entrevista com a coordenadora do CAPS II e coordenadora da Atenção Básica. Utilizou-se também, informações oriundas de análise documental, da instituição CAPS II.

A definição do número de profissionais entrevistados deu-se pelo fato de que, no ano de 2017, a equipe do CAPS II reorganizou a forma de realizar atividades de apoio matricial junto ao território de Guaíba. Nesta perspectiva, o município foi dividido em três micro áreas (Micro 1, Micro 2 e Micro 3), as quais são formadas por bairros próximos. Paralelamente a isto, a equipe do CAPS II também se dividiu, na perspectiva de atender melhor as demandas oriundas do território, bem como suprir a necessidade de referência para os serviços de atenção básica do município.

Atualmente, os serviços de saúde mental especializada, CAPS Álcool e Drogas – CAPS AD e CAPS Infante Juvenil – CAPS IJ, também realizam suas atividades nesta lógica de divisão do território, por micro áreas.

Quadro 1: Divisão por Área de Atuação do Apoio Matricial em Guaíba/RS

Micro área 1	Micro área 2	Micro área 3
Cohab	Vila Iolanda	Columbia City
Policlínica	Colina	São Francisco
Centro	São Jorge	Logradouro
	Primavera	Pedras Brancas
	Ermo	Nova Guaíba
		Ramada

6.1 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto contou com o aceite institucional da Secretaria Municipal de Guaíba/RS (Anexo B). Cabe destacar que o município de Guaíba, não possui Comitê de Ética para Pesquisas envolvendo Seres Humanos.

Para participar da pesquisa, participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), previamente aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade. O termo foi assinado em duas vias pela pesquisadora e pelo participante da pesquisa, ficando uma via do Termo com cada uma das partes.

A pesquisa realizada está em consonância com os princípios éticos para pesquisa envolvendo Seres Humanos previstos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

7 ANÁLISE DE DADOS: O CENÁRIO DE UM MODO DE ATUAR EM SAÚDE MENTAL

No Brasil, dois importantes movimentos¹⁹ trazem conquistas para o campo da saúde mental. No entanto, é necessária a reflexão em torno das políticas sociais e de que forma é possível promover a garantia do acesso aos direitos sociais, políticos e individuais das pessoas que apresentam sofrimento psíquico e que muitas vezes ficam a margem da sociedade capitalista. As políticas sociais desenvolvem algumas funções primordiais no mundo capitalista: função social, econômica e política.

Para Behring (2009, p.315-6):

As políticas sociais são concessões/conquistas mais ou menos elásticas, a depender da correlação de forças na luta política entre os interesses das classes sociais e seus segmentos envolvidos na questão. No período de expansão, a margem de negociação se amplia; na recessão, ela se restringe. Portanto, os ciclos econômicos, que não se definem por qualquer movimento natural da economia, mas pela interação de um conjunto de decisões ético-políticas e econômicas de homens de carne e osso, balizam as possibilidades e limites da política social.

Quando se pensa no processo de trabalho em saúde mental, temos que começar a pensar pela função social, visto que afirma-se nesta área de trabalho as políticas sociais, as quais têm por objetivo o atendimento redistributivo dos recursos sociais por meio de serviços sociais e assistenciais aos usuários das políticas públicas.

Contudo, essa função dissimula as verdadeiras funções que as políticas sociais desempenham no mundo capitalista, pois o CAPS só existe ou deve ser pensado como um dos mecanismos institucionais que compõem uma rede de solidariedade social que objetiva diminuir as desigualdades sociais, oferecendo mais serviços sociais àqueles que têm menos recursos. Deste modo, o CAPS se efetiva como dispositivo que vai além do campo da saúde mental, pois traz novos movimentos nas relações da sociedade, potencializando a produção do cuidado em diferentes âmbitos para além da política de saúde.

¹⁹ Para além da Reforma Sanitária, na saúde mental, ocorreu o Movimento da Reforma Psiquiátrica, que, no Brasil, surgiu influenciado pelo movimento que vinha ocorrendo na Itália com a implantação de novos modelos de atenção à saúde mental. A Reforma Psiquiátrica brasileira surgiu com inúmeras discussões, encontros de trabalhadores em saúde mental e a organização de Congressos locais e nacionais que deram início à organização de lutas sociais, a fim de se pensar na desconstrução do modelo psiquiátrico asilar e na criação de novos serviços substitutivos em saúde mental. MOTA, Mirella de Lucena e Rodrigues, Cleide Maria Batista. Serviço social e saúde mental: um estudo sobre a prática profissional. Ser Social. Brasília. v.18, n.39. p.657, P.652-671, jul./dez. 2016.

Os dados que seguem trazem a percepção dos entrevistados sobre EPS e Processos de Trabalho em Saúde Mental no município de Guaíba, no Rio Grande do Sul. Visando facilitar a compreensão dos leitores, as categorias foram divididas em Quadros de Análise de Discurso (QAD), nas seguintes categorias:

QAD 1: A Compreensão dos entrevistados sobre a Atenção Básica; QAD2: A compreensão sobre o CAPS; QAD 3: A percepção sobre o uso das tecnologias leves; QAD 4: A percepção sobre a Educação Permanente em Saúde Mental.

Cada categoria de Quadro de Análise de Discurso foi dividida em três grupos: Profissionais do CAPS II; Profissionais de Serviços da Atenção Básica; Coordenador do CAPS II e da Atenção Básica.

As entrevistas foram realizadas com 03 profissionais do CAPS, todas do sexo feminino, duas com nível superior e uma sem formação superior. As entrevistadas têm em comum o fato de realizarem atividade de matriciamento junto a RAPS de Guaíba.

Também se realizou entrevista com 03 profissionais da Atenção Básica, das quais todas são do sexo feminino e possuem nível superior completo. A escolha das entrevistadas deu-se pelo fato das mesmas realizarem atividade de matriciamento e serem de micro áreas, diferentes.

Foram entrevistadas a coordenadora do CAPS, com formação superior completa, e a coordenadora dos Serviços de Atenção Básica do município, com formação superior incompleta.

A fim de manter o anonimato das participantes da pesquisa, cada entrevistada da Atenção Básica foi identificada com a letra "P", seguida de um algarismo arábico que representa a micro área de atuação do profissional. As entrevistadas do CAPS foram identificadas com a letra "P" e "C" juntas, ou seja, "PC", seguidas de um algarismo arábico, indicando a micro área de atuação e a gestão foi identificada com a letra "C", seguida de um algarismo arábico.

A análise dos dados obedeceu ao seguinte percurso: realizaram-se as entrevistas, as quais foram transcritas. Num segundo momento, foram assinaladas palavras e expressões relacionadas diretamente às questões propostas. No terceiro momento, realizou-se a análise das entrevistas, dando ênfase ao significado e significante das questões propostas.

Quadro 2: Quadro de Análise do Discurso 1 (QAD1): Compreensão da Atenção Básica – Profissionais da Atenção Básica

	Entrevistado	Respostas	Significado	Significante
Profissionais da Atenção Básica	P1:	“É a porta principal dos pacientes, dos usuários da saúde.” “Prevenção dos Agravos.” “Prevenção e não apenas o tratamento.”	Atenção Básica é prevenção	Cuidado gerencial
	P2:	“É a atenção do usuário dentro do seu território”. “Porta de Entrada.” “Direcionar o usuário para que lado ele vai ser melhor atendido e vai ter a sua necessidade melhor atendida.”	Gerenciamento das demandas	Gerenciamento dos casos
	P3:	“É o cuidado do paciente no todo”. “É uma prevenção!”	Cuidado e prevenção	Intencionalidade

Síntese 1: Os profissionais da Atenção Básica, trazem a questão do sentido do cuidado, das demandas que se apresentam no cotidiano de trabalho e a forma como se gerenciam os casos. Apontam para a intencionalidade do tratamento e no diagnóstico.

Quadro 3: Quadro de Análise do Discurso 1 (QAD1): Compreensão da Atenção Básica – Profissionais do CAPS II.

	Entrevistado	Respostas	Significado	Significante
Profissionais do CAPS	PC1:	“Uma forma de organizar os atendimentos para a população.” “Atende situações menos complexas.”	Organização dos Serviços Primários.	Hierarquização dos serviços - Prioridades
	PC2:	“Cuidados primários da atenção da saúde do paciente que vai buscar na atenção básica.” “Identificam a necessidade de uma atenção mais especializada.” “Encaminhamentos para os outros espaços especializados.”	Cuidado e atendimento Identificação das necessidades em saúde	Direcionamento das ações em saúde
	PC3:	“É a primeira porta de atendimento.” “Onde ele deve ser acolhido, recebido, escutado os seus problemas.”	Acolhimento Atendimento inicial	Escuta da demanda

Síntese 2: A compreensão da atenção básica, para os profissionais do CAPS, se dá no sentido do cuidado gerenciando, direcionando as demandas que

chegam até os serviços de atenção básica, através da escuta e direcionamento das ações (questão processual).

Quadro 4: Quadro de Análise do Discurso 1 (QAD1): Compreensão da Atenção Básica – Coordenadores de Serviços

	Entrevistado	Respostas	Significado	Significante
Coordenação da Atenção Básica	C1:	“São os primeiros atendimentos ao paciente”.	Porta de Entrada	Acolhimento inicial
Coordenação do CAPS	C2:	“Cuidado” “Prevenção” “Desmistificando aquela lógica de atenção a doença” “Cuidar né, de tudo que envolve saúde para o não adoecimento.”	Prevenção em Saúde	Garantia da atenção à saúde

Síntese 3: A coordenação dos serviços de atenção básica e do CAPS, compreendem a atenção básica, como acolhimento e garantia de saúde. (Questão formal).

Quadro 5: Quadro de Análise do Discurso 2 (QAD2): Compreensão do CAPS: Profissionais da Atenção Básica

	Entrevistado	Respostas	Significado	Significante
Profissionais da Atenção Básica	P1:	“Atendimento especializado.” “Cria mais vínculo para tratar de outras questões.” “Ver o paciente como um todo.”	Atendimento especializado, vínculo.	Percepção integral da pessoa.
	P2:	“Atua né, nos usuários mais crônicos”. “Que tem problemas de relacionamento, os que têm mais dificuldades de se colocar, ah na comunidade.” “Tá mais ah, desajustado”. “Fazer com que ele tenha uma vida mais próxima do normal.”	Espaço de inclusão.	Pensar o indivíduo no seu todo (na questão relacional).
	P3:	“Fazem um ótimo trabalho” “promove” “Deveriam vir matricular mais vezes”. “Poderia estar mais inserido na unidade”.	Serviço técnico, especializado.	Fragmentação e Segmentação do cuidado

Síntese 1: Em relação a compreensão do CAPS, os profissionais da atenção básica trazem que no CAPS, a atenção se dá na percepção integral da pessoa; pensa no todo como sujeito relacional, que não pode ter cuidado fragmentado e na

perspectiva plural de atenção à saúde mental. (Questão processual e abordagem teórica, técnico-teórica e Inter profissional).

Quadro 6: Quadro de Análise do Discurso 2 (QAD2): Compreensão do CAPS: Profissionais do CAPS II.

	Entrevistado	Respostas	Significado	Significante
Profissionais do CAPS	PC1:	“Mais específico mais especialista” “Uma especificidade que não dá pra ser atendido numa atenção básica.” “Tem uma equipe multidisciplinar pra dar conta de casos mais graves.”	Serviço Especializado, especificidade.	Atenção <u>especializada</u> <u>fragmentada</u>
	PC2:	“É que as pessoas têm pouco conhecimento do modo que se faz o trabalho dentro do CAPS.”	Desconhecimento	Baixo entendimento em relação ao CAPS
	PC3:	“Em relação à rede básica, nos matriciamento a gente tá bem coligado”. “Discutir as dificuldades”.	Integração do trabalho técnico especializado	Perspectiva da atenção à saúde mental é mais plural.

Síntese 2: abordagem teórica, técnico-teórica e Inter profissional. Os profissionais do CAPS acham que no CAPS o indivíduo é visto como um todo, na percepção integral da saúde mental e não fragmentada; que se tem um baixo entendimento, um desconhecimento do CAPS no sentido de pensar sobre as práticas de trabalho cotidiano; A saúde mental de maneira mais plural.

Quadro 7: Quadro de Análise do Discurso 2 (QAD2): Compreensão do CAPS: Coordenadores dos Serviços

	Entrevistado	Respostas	Significado	Significante
Coordenação da Atenção Básica	C1:	“Eu acho o CAPS muito bom”. “Acho que poderia ter mais psicólogos, para mais atendimentos, porque hoje são feitos nas unidades básicas de saúde”. “Eu acho que eles fazem muito pela estrutura que eles têm”.	Qualificar as ações	Aumentar a atenção
Coordenação do CAPS	C2:	“Criar condições de viver.” “Pratica do cuidado.” “Que ele assuma responsabilidade.” “O usuário pode fazer na rede, o que ele pode estar se beneficiando e o que ele quer fazer também.”, “Tem que fazer sentido pra ele.”	Emponderamento do usuário	Responsabilidade e cuidado compartilhado

Síntese 3: Os gestores trazem que no CAPS é cuidado compartilhado com o aumento da atenção ao usuário, de forma compartilhada e emponderando o usuário.

Quadro 8: Quadro de Análise do Discurso 3 (QAD3): Percepção do Uso das Tecnologias Leves: Profissionais da Atenção Básica

	Entrevistado	Respostas	Significado	Significante
Profissionais da Atenção Básica	P1:	“Acolhimento” “Principal tratamento é pela escuta.”	Tecnologia da escuta	Acolher o outro, aceitar o outro
	P2:	“Escuta ela é essencial”. “Na atenção básica e na saúde mental é tua única ferramenta.” “A gente não pode perder o hábito de escutar”. “A gente tá escutando essa pessoa?” “A gente tá numa fase de aprender a escutar e ensiná-los a falar”	Ferramenta de trabalho	Atribuição do profissional
	P3:	“Eu nem conhecia esse termo.” “O CAPS faz muito bem, o matriciamento é um exemplo”. Hoje a gente tá fazendo vários eventos aqui por causa do CAPS”.	Apoio	Co-responsabilização

Síntese 1: Os profissionais da atenção básica trazem a percepção das tecnologias leves, no acolhimento, com ênfase na escuta, no cuidado e no e direcionamento da demanda.

Quadro 9: Quadro de Análise do Discurso 3 (QAD3): Percepção do Uso das Tecnologias Leves – Profissionais do CAPS II

	Entrevistado	Respostas	Significado	Significante
Profissionais do CAPS	PC1:	“Escuta”. “Ouvir com atenção.” “Ter pré-disposição à escuta e ao acolhimento”.	Tecnologia da escuta. Empatia	Acolhimento. Valorização da escuta
	PC2:	“Técnica” “Escutar as coisas do outro.” “É coisa fundamental.”	Tecnologia fundamental	Disponibilidade da atenção ao outro
	PC3:	“É a escuta”. “Escuta leve”. “Informação de como ter o cuidado.”	Co-responsabilização	Integralidade do cuidado

Síntese 2: Os profissionais do CAPS trazem a questão da utilização das tecnologias para trabalhar as demandas do sujeito em si.

Quadro 10: Quadro de Análise do Discurso 3 (QAD3): Percepção do Uso das Tecnologias Leves – Coordenadores dos Serviços

	Entrevistado	Respostas	Significado	Significante
Coordenação da Atenção Básica	C1	“Eu vejo que eles têm um atendimento muito bom, os profissionais sabem como fazer essas técnicas.”	Apropriação das técnicas	Qualifica os atendimentos
Coordenação do CAPS	C2	“Recursos que tão ali” “Poder tá junto, tá próximo, ouvir, é..acolher, estabelecer um vínculo, promover saúde.” “Fazer diário”	Compreensão das necessidades do outro	Dedicar-se ao atendimento

Síntese 3: As coordenações trazem sobre a importância da utilização das tecnologias leves, no fazer profissional, o que possibilita dedicação e qualificação dos atendimentos.

Quadro 11: Quadro de Análise do Discurso 4 (QAD4): Percepção da Educação Permanente em Saúde Mental - Profissionais da Atenção Básica

	Entrevistado	Respostas	Significado	Significante
Profissionais da Atenção Básica	P1:	“Nos atendimentos de matriciamento, a gente discute, quando discute os casos, a gente cada vez vai aprendendo alguma coisa”. “As reuniões de rede me ajudaram bastante a ter a percepção do contexto”, “de como ter manejo, porque faz a gente refletir, nas práticas, é....nas práticas de atendimento, no dia a dia.”	Refletir a prática de atendimento	Educação Permanente igual a aprendizado no trabalho
	P2:	“O Matriciamento e as reuniões de rede e eventualmente algum curso”. “O matriciamento: a troca de informação ali acontece” “o matriciamento é um ganho que a gente teve nessa etapa, acho que a gente poderia aproveitar melhor em algumas partes”. “o matriciamento é muito bom, a gente apreende muito”	Organização do trabalho Lugar de Aprendizagem	Gestor Operacional
	P3:	“Eu acho que tá muito bem.” “E vocês fazem uma reunião e convidam gente de fora.”	Proporciona aprendizado	Ações de educação pontual

Síntese 1: Para os profissionais da atenção básica, a educação permanente em saúde, traz a questão da aprendizagem no trabalho, na questão operacional das

práticas de educação, a educação permanente é vista como algo proporcionado de forma pontual.

Quadro 12: Quadro de Análise do Discurso 3 (QAD3): Percepção da Educação Permanente em Saúde Mental – Profissionais do CAPS II

	Entrevistado	Respostas	Significado	Significante
Profissionais do CAPS	PC1:	“Tem que ter um saber. Tem que ter uma troca.” “Quanto mais se falar...das questões de saúde mental, menos resistência as pessoas vão ter”. “Ter que lutar contra essa resistência”.	Troca de saber.	Persistência na qualificação das ações
	PC2:	“É bem importante”. “As pessoas quase não procuram conhecer, elas só dizem que não sabem.”	Desinteresse no tema	Pouco reconhecimento
	PC3:	“Tem que ser bem trabalhada”. “A capacitação tem que sempre continuar melhorando.” “Visando na qualidade de atenção para paciente.” “Qualificação junto e profissionais.”	Qualificação continuada	Aprendizado no cotidiano

Síntese 2: aos profissionais do CAPS, a educação permanente em saúde ainda é pouco reconhecida, embora se tenha o entendimento que possibilita a troca de saber e a qualificação continuada.

Quadro 13: Quadro de Análise do Discurso 3 (QAD3): Percepção da Educação Permanente em Saúde Mental – Coordenadores dos Serviços

	Entrevistado	Respostas	Significado	Significante
Coordenação da Atenção Básica	C1	“Eu acho que poderia ter mais espaços.” “Deveria ter bem mais esses grupos, que vocês fazem.” “Eu acho muito bom” “Os profissionais da atenção básica, eles conseguem ficar mais, ficar sabendo mais como funciona”.	Importância para os profissionais	Ampliação das ações
Coordenação do CAPS	C2	“Discutir um caso, fazer uma visita em conjunto, visita compartilhada, interconsulta, isso é educação permanente, conversar uma questão com o colega por telefone, isso também faz parte de um processo de educação permanente.” “Acho que tá muito mais no dia a dia, parar para pensar, falar, articular e pensar junto”.	Disponibilidade de aprendizado	Saber compartilhado

Síntese 3: As coordenações dos serviços referem sobre a importância das ações, do saber e da responsabilidade compartilhada.

8 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES: REDEFINIDA A PERSPECTIVA DE UM PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL?

Se as políticas sociais apresentam-se como estratégias governamentais de integração da força de trabalho na relação de trabalho, as políticas sociais relativas à saúde mental estão destinadas a atender problemáticas particulares e específicas apresentadas pela questão social (produto e condição da ordem do capitalismo vigente), contribuindo para um modo de atuar na saúde que privilegia o modelo hospitalocêntrico e reproduzindo as desigualdades sociais decorrentes dos diferentes modos de participações dos profissionais no processo de trabalho em saúde mental.

Então, aquilo que entendemos por educação permanente: a garantia de processo formativo, de aprendizagem aos profissionais da política pública de saúde, possibilitando a qualificação inventiva e inovadora na atuação e gestão dos processos de trabalho, podem até parecerem como compensações isoladas para cada caso, mas devem ser entendidas como uma proposta político pedagógica que se materializam nas mediações que visam à articulação de diferentes formas de atuação interdisciplinar, de modo a potencializar a força do trabalho proposto em saúde mental, para que haja pela interdisciplinaridade um processo de acumulação e de reforço das políticas públicas voltadas para a saúde.

O termo educação permanente tem despertado uma polêmica político-ideológica pela apropriação do seu significado, que remete ao caráter das relações, mas aqui ele pode ser entendido na maneira como os profissionais da saúde percebem a questão da educação no contexto de trabalho.

O modo como os profissionais perceberam o processo de trabalho nos ajuda entender aquilo que Ceccim (2008, p.21) diz sobre as práticas educativas:

A Educação dos profissionais da saúde requer que seus atores se sintam convocados à criação, a abertura e ao coletivo. Sob esta perspectiva, somos sempre uma novidade, potência de afetar e ser afetado, caminhando na diversidade, construindo alianças, problematizando conceitos e conceitualizações. O investimento pedagógico é para poder quebrar o que está dado, ampliar as noções de autonomia do outro e constituir espaços criativos e sensíveis na produção de saúde.

As informações nos permitem dizer que:

- a) Os profissionais estão mais preocupados com o processo técnico-normativo enquanto os gestores estão mais preocupados com questões protocolares e formais. Isso evidencia duas coisas: por um lado a ideia de formação de educação contínua e permanente deve ser uma prática dos gestores, mas ao mesmo tempo os gestores devem compreender mais qual é a percepção dos profissionais para que eles possam qualificar os atendimentos.
- b) Em relação a compreensão do CAPS, os profissionais da atenção básica trazem que no CAPS a atenção se dá na percepção integral da pessoa; pensa no todo, como sujeito relacional, que não pode ter cuidado fragmentado e na perspectiva plural de atenção à saúde mental (questão processual e abordagem teórica, técnico-teórica e Inter profissional). Os profissionais do CAPS acham que no CAPS o indivíduo é visto como um todo, na percepção integral da saúde mental e não fragmentada. Consideram que se tem um baixo entendimento, um desconhecimento do CAPS no sentido de pensar sobre as práticas de trabalho cotidiano, na saúde mental de maneira mais plural. Os gestores trazem que no CAPS o cuidado é compartilhado com o aumento da atenção ao usuário, de forma compartilhada e empoderando o usuário (questão formal, burocrática dos protocolos).
- c) Os profissionais da atenção básica trazem a percepção das tecnologias leves, no acolhimento, com ênfase na escuta, no cuidado e no direcionamento da demanda. Os profissionais do CAPS trazem a questão da utilização das tecnologias para trabalhar as demandas do sujeito em si. As coordenações trazem sobre a importância da utilização das tecnologias leves no fazer profissional, o que possibilita dedicação e qualificação dos atendimentos.
- d) A diferença é sutil, mas singularizada e essa diferença exige e necessita da educação permanente. Percebe-se que para as equipes a educação permanente em saúde é algo que existe, porém ainda é vista de forma pontual e/ou operativa. Já a coordenação mostra que é algo já instituído, que possibilita o aprendizado e a qualificação das ações.

Os resultados indicam que o cuidado em saúde mental se dá no cotidiano das ações em saúde, no território onde o usuário se sente confortável em buscar apoio

às suas necessidades. A rede de saúde mental compreende diferentes níveis de atenção e é nos serviços de atenção básica que os usuários recorrem em um primeiro momento, conforme observamos na fala do Entrevistado P2:

Direcionar o usuário para que lado ele vai ser melhor atendido e vai ter a sua necessidade melhor atendida.

Para esse profissional, fica evidente que cabe ao profissional de saúde atender as demandas de saúde mental e independente do ponto de atenção em saúde que o usuário buscar, as suas demandas devem ser atendidas e se necessário encaminhadas.

Para o Entrevistado PC2, a atenção básica direciona o cuidado:

Identificam a necessidade de uma atenção mais especializada.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.20):

A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida.

Com isso pode-se constatar a importância de os profissionais estarem atentos às demandas, para que a assistência ao usuário venha ao encontro de suas necessidades. Neste sentido considera-se que a escuta é fundamental ao direcionamento das ações em saúde mental.

A Atenção Básica, para o profissional do CAPS – PC3:

É a primeira porta de atendimento, onde ele deve ser acolhido, recebido, escutado os seus problemas.

A fala remete à questão dos processos de trabalho em saúde, o que para MERHY e FRANCO²⁰ tem potencial transformador, pois a micropolítica da organização do trabalho garante a capacidade resolutiva dos serviços, onde o “trabalho vivo em ato” configura o modelo de assistência à saúde.

Para fechar esta seção de análise, convém reforçar as considerações acima, dizendo que, conforme Soares (2014, p.79):

²⁰ Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/23/Trabalho-em-Saude-Merhy--Franco.pdf>. Acesso: 06.12.2018.

[...] as ações de cuidado devem acontecer prioritariamente no espaço onde o sujeito vive, em dispositivos comunitários. Entretanto, considerar esse espaço como preferencial exige que se pensem as redes como fluxos permanentes, mas não fixos, que podem articular e desarticular-se. Não é assim que a vida se organiza? Esperar que as redes de suporte das pessoas com transtornos mentais sejam harmônicos e sem conflitos ou ruídos pode ser um engano.

9 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

Ao final de uma pesquisa, há uma sensação de incompletude. Assim como a questão do conhecimento é incompleta, tem-se a impressão de que uma pesquisa vai dar conta, porém nem sempre ela consegue apreender determinados aspectos de uma dada realidade em função do tempo, do momento e da hora, das condições individuais e coletivas.

Então as últimas considerações estão sendo feitas tendo o caráter de provisoriedade.

As possibilidades da Educação Permanente estão:

- a) Na aprendizagem no processo de trabalho ou no trabalho em si, onde trata-se de um processo contínuo e global que evolui em função das situações e das ações exercidas pelo indivíduo no seu contexto sócio histórico, o que faz a construção do conhecimento ser um processo coletivo que envolve educadores e educandos, mas no caso específico do CAPS, mas também funcionários e a comunidade em geral.
Pode-se dizer que a proposta metodológica adquiriu sentido e correspondeu a alguns dos aspectos que precisam ser pensados quando no ambiente de trabalho se pensa o modo como os profissionais compreendem a especificidade deste trabalho e o quanto se evidencia a importância do processo educativo.
- b) Na importância e na necessidade de os gestores assumirem a educação permanente como ferramenta gerencial no processo de trabalho, pois os profissionais da saúde mental vivem e constroem suas relações com o mundo, relações estas que estão carregadas de significados e representações, de prática e teoria, de simplicidades e complexidades.
- c) Na perspectiva de que os trabalhadores do CAPS possuem um papel fundamental na ampliação da atenção psicossocial e através da educação permanente em saúde, a possibilidade de repensar práticas de trabalho e qualificar as ações em saúde, propiciando para uma política de saúde mental de base territorial.
- d) Na atuação do CAPS na Rede de Atenção Psicossocial que tem a possibilidade de realizar ações intersetoriais, principalmente no âmbito da

atenção básica, na perspectiva de desenvolver práticas acolhedoras de cuidado.

- e) Na construção de metodologias no campo da saúde mental, relacionadas às ações de intervenção psicossocial na atenção básica, que fortalecem as redes²¹ de cuidado, destaca-se o apoio matricial (matriciamento).
- f) No apoio matricial em saúde a metodologia de trabalho que pretende oferecer suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.

Os limites estão:

- a) Nos processos de trabalho dos profissionais na área da saúde, aqui em especial, na saúde mental e na utilização de tecnologias para a produção do cuidado²².

Merhy (p.129-30) refere sobre duas questões básicas:

[...] a de todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha, como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos; e, ao ser identificado como o responsável pelo “projeto terapêutico”, estará sempre sendo um operador do cuidado.

- b) No desconhecimento do uso das tecnologias na saúde sejam elas: tecnologias duras, leve-duras ou leves, as quais são instrumentos necessários para a produção de cuidado, no cotidiano de trabalho, pois possibilita que os profissionais se impliquem na gestão cotidiana de trabalho.

Na saúde mental, a utilização das tecnologias leves aponta para as dimensões clínica e política, as quais potencializam o indivíduo, levando em consideração, sua capacidade, sua singularidade e seus modos de relacionar-se.

²¹ Conforme Brasil (2011, p.199) Rede é sempre algo que une, que entrelaça, que apanha, que amortece, que interconecta, que comunica, que vincula por meio de sua ligação, de seus nós, e que por isso, quando bem instrumentalizada na saúde, possibilita a melhor visão do sistema, seja do indivíduo, de sua família ou de sua comunidade, melhorando a resolubilidade da atenção.

²² O termo cuidado abrange práticas de saúde que envolvem muitas considerações, isto é, para que as práticas de saúde tenham, como produto final, o cuidado, está implícito que, nos serviços, estejam ocorrendo: o acolhimento, as relações de responsabilidade, o compromisso, o social, o econômico, as políticas públicas, enfim, a integralidade. (FERRI, S.M.N. ET AL. Soft technologies as generating satisfaction in users of a family health unit. Interface - Comunic., Saúde, Educ., Comunic., Saúde, Educ. v.11, n.23, p.515-29, set/dez 2007).

- c) No (des)cuidado. O cuidado em saúde mental deve se dar no cotidiano, nos diferentes pontos de atenção em saúde, na comunidade, na cidade, no território onde o usuário, o sujeito se sente bem, para junto com o apoio de familiares e profissionais garantir seu cuidado em liberdade.

Conforme Venturini (2016, p.47):

Por sua vez, o manicômio é poderoso porque responde às necessidades do sistema social e de saúde: o controle social do desvio, o controle da cronicidade produzida por uma organização clínica incapaz de responder às necessidades das pessoas após a fase aguda da doença; de uma organização que não é mais uma rede de solidariedade social e que se tornou apenas uma situação de conflito de interesses, em que sucumbem mais aqueles que detêm menos poder.

Por fim, é notório que no campo da Saúde Mental o Serviço Social tem contribuições, responsabilidades e intervenções que são específicas da profissão, como preconizado no Código de Ética e na Lei da Regulamentação da Profissão – Lei N° 8.662, de 7 de junho de 1993 (BRASIL, 1993).

Entende-se que o profissional Assistente Social, junto aos profissionais envolvidos no processo de trabalho com saúde mental e que atuam diretamente no cuidado de pessoas com sofrimento psíquico, precisam ter consciência que, para continuar avançando no campo da saúde mental, a educação permanente em saúde, a utilização de tecnologias leves com meio de intervenção, o trabalho em redes, podem e devem desenvolver e ampliar a atenção e cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

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

ASSUNÇÃO, A. A. (Org), **Trabalho na saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BARROCO, M. S. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e Serviço Social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n 124, p.623-63, out./dez.2015.

BEHRING, E. R.. Política Social no contexto da crise capitalista. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BEZERRA JR. Beniton: AMARANTE, P. **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumara,1992.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética da humanidade – compaixão pela terra. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005, p.6.

_____. 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. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 48p.

_____. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental** / Dulce Helena Chiaverini(Org) ... [et al.]. [Brasília, DF]: 2011.

_____. **Lei nº 3.088**, De 23 de dezembro de 2011. 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 (SUS). In: Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p.176; p.18-27; p.120-128 (Cadernos de Atenção Básica, n.34).

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, p.399-407, 2007.

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

_____. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, 9 (16), p.161–77.

CFESS, A. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CEAD/UnB. Brasília. 2009.

DINIZ, C.; SILVA, I. B.R. **Metodologia Científica**. Natal: EDUEP, 2008.

FERRI, S.M.N. ET AL. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**. v.11, n.23, p.515-29, set/dez, 2007.

FERNANDES, J. C. A.; MENDES, R. (organizadores). **Promoção da Saúde e Gestão Local**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

FERNANDES, R. M. C. Educação Permanente: um desafio para o Serviço Social. **Revista Textos e Contextos**. Porto Alegre, v. 6, n.1, p.207-18, Jun.2007.

FERIGATO, S. H., CAMPOS, R. T. O., & BALLARIN, M. L. G. S. (2007). The attendance the crisis in Mental Health: Extending Concepts. **Revista de Psicologia da UNESP**, 6(1), 31-44.

FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade, política**. Col. Ditos e Escritos (v.V). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

IAMAMOTO, M. V.. **Serviço Social em Tempos de Capital Fetiche**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2012.

JÚNIOR, A. F. B.; JÚNIOR, N. F. **A utilização da técnica de entrevista em trabalhos científicos**. Evidência, Araxá/MG, n.7, p.237-250, 2011.

LUCCHESI, P. T. R. (coord). **Políticas Públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MÂNGIA, E. F et al. **Acolhimento: uma postura**. Rev. Terapia Ocupacional. Universidade de São Paulo, v.13, n.1, p.15-21, jan/abr.2002.

MAZZAIA M.C. Needs in Mental Health and Research. Ver. **Bras. Enferm.** 2018; 7 (Suppl 5); 2077-8. [Thematic Issue: Mental Health]

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2.

_____, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4.ed. São Paulo: [s.n.], 2014.

_____, E. E. **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão o antimanicomial**. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. [s.l.]: [s.n.], 2004.

MINAYO, M.C.S. (Org). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 22.ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MITRE, S. M. et al. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais**. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. Sup.2, p.2133-44, 2008.

MORAES, K.; DYTZ, J. L. G. **Política de Educação Permanente em Saúde: análise de sua implementação**. **Abcs Health Sciences**, 40 (3), 263-9, 2015.

MORASINE, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.42, n.116, p.11-24, 2018.

MOTA, M. L.; RODRIGUES, C. M. B. Serviço social e saúde mental: um estudo sobre a prática profissional. **Ser Social**. Brasília, v.18, n.39, p.652-71, jul/dez.2016.

OLIVEIRA, D. A. Das Políticas de Governo à Política de Estado: Reflexões sobre a atual Agenda Educacional Brasileira. **Soc. Campinas**, v.32, n.115, p.232-7, abr-jun.2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha Informativa – Transtornos Mentais** -2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839>. Acesso em: 30 jan.2019.

PEREIRA, P. A. P. **Política social: temas & questões**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SCARCELLI, I. R, **Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental**. São Paulo, Zagodoni, 2011.

SCHERER, M.D.A.; PIRES D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev Saúde Pública**. v.43, n.4, p.721-5, 2009.

SILVA, E. L; MENEZES, E. M.. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4.ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, M. L. B; DIMENSTEIN, M, O Apoio Matricial em Saúde Mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Revista Interfaces**, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832016000300625&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso: 4 out.2018.

SOARES JORGE, M. A. (Org). CARVALHO, M. C. A, SILVA, P. R. F. **Políticas de Cuidado em Saúde Mental**: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

SOUZA, A. C., RIVERA, F. J. U. A Inclusão de ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Revista. Tempus Actas Saúde Colet**. 2010; 4 (1): 105-14.

VASCONCELOS, E. M. (Org) ROSA, L. C. S., PEREIRA, I. C. G., BISNETO, J. A. **Saúde mental e serviço social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000.

VENTURINI, E. **A linha curva**: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2016.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e método. 5. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

WORLD Health Organization – WHO. **Mental health action plan 2013-2020**. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021eng.pdf?sequence=1>>. Acesso: 30 dez.2018.

APÊNDICES

Apêndice – A – Instrumento de coleta de dados

INTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: **FORMULÁRIO DE ENTREVISTA**

Roteiro de Questionamentos a Profissionais da Atenção Básica e do CAPS.

1. O que você entende por Atenção Básica?
2. Como você percebe a atuação do CAPS?
3. Como você percebe a aplicação de tecnologias leves no fazer profissional, em relação à Saúde Mental?
4. Como você percebe a educação permanente em saúde, com ênfase na Saúde Mental?

Apêndice – B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Gostaria de convidá-lo(a) a participar da pesquisa “Educação Permanente e Processos de Trabalho em Saúde Mental: limites e possibilidades – Estudo de Caso no Município de Guaíba/RS”, do Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina / Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O estudo tem por objetivo analisar junto aos profissionais dos serviços do CAPS e de atenção básica em saúde, no município de Guaíba/RS, suas práticas profissionais de trabalho no território da atenção básica, promovidas no sentido do cuidado, identificando quais mudanças vêm ao encontro de tecnologias leves, frente ao cuidado em saúde mental.

A sua participação será por meio de uma entrevista individual semiestruturada, em local privativo, conduzida por mim. A entrevista individual será gravada em arquivos digitais que posteriormente serão transcritos. O material obtido será utilizado apenas neste estudo e ficarão armazenados pela pesquisadora, durante cinco anos e, após esse prazo, destruído.

A participação na entrevista é voluntária e não remunerada, ficando você livre a não responder qualquer pergunta. Depois de iniciarmos a entrevista, você terá o direito de interrompê-la se desejar desistir da participação. A participação na pesquisa poderá trazer riscos mínimos, caso haja constrangimentos em relação às entrevistas, neste caso você poderá interromper a entrevista e retomar em outro momento ou mesmo desistir, o que não afetará seu trabalho no campo da saúde. Quanto aos benefícios que poderão ser alcançados: a possibilidade de qualificar ações de educação permanente em saúde, no município. É garantido o sigilo da identidade das informações e/ou opiniões em todas as publicações e formas de divulgação dos resultados, que terão finalidade exclusivamente científica.

Caso você tenha novas perguntas, ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação nesse estudo, pode contatar a pesquisadora Daiane Schellin Berwaldt no número (51) 98456-2885, ou entrar em contato com o professor orientador, Paulo Peixoto de Albuquerque, na sede do PPGENSAU, sito à Rua Ramiro Barcelos, 2400 – 2º andar, em Porto Alegre – RS.

Você também poderá entrar em contato, no caso de dúvidas quanto a questões éticas, com o **Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, pelo telefone (51) 3308- 3738. Endereço Av. Paulo Gama, 110 – Sala 317,

Prédio Anexo 1 da Reitoria, Campus Centro – Porto Alegre/RS. E-mail: etica@propesq.ufrgs.br, no horário de atendimento de segunda-feira à sexta-feira, das 8h30 às 12h e das 14h às 18h

Declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e aceito participar da mesma de forma livre e sem constrangimentos. Durante o contato com a pesquisadora Daiane Schellin Berwaldt pude esclarecer minhas dúvidas e estou certo de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações.

Estou ciente de que meus dados serão confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, se julgar oportuno, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo a minha vida pessoal.

Qualquer dúvida poderei entrar em contato com o pesquisador responsável Paulo Peixoto de Albuquerque, ou com a pesquisadora Daiane Schellin Berwaldt, pelo telefone (51) 984562885 ou e-mail: daiane.s@hotmail.com.

Ou ainda poderei entrar em contato, no caso de dúvidas quanto a questões éticas, com o **Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, pelo telefone (51) 3308- 3738. Endereço Av. Paulo Gama, 110 – Sala 317, Prédio Anexo 1 da Reitoria, Campus Centro – Porto Alegre/RS. E-mail: etica@propesq.ufrgs.br, no horário de atendimento de segunda-feira à sexta-feira, das 8h30 às 12h e das 14h às 18h

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Guaíba, ____ de _____ de 2018.

ANEXOS

Anexo – A – Termo de responsabilidade e compromisso para uso, guarda e divulgação de dados e arquivo de pesquisa

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO PARA USO, GUARDA E DIVULGAÇÃO DE DADOS E ARQUIVOS DE PESQUISA

Título do Projeto: Educação Permanente e Processos de Trabalho em Saúde Mental: limites e possibilidades - Estudo de caso no Município de Guaíba/RS.

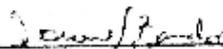
*Daiane Schellin Berwaldt (pesquisadora assistente e mestranda)
Aluna de pós-graduação (Mestrado)
Programa de Pós-Graduação em Educação em Saúde
Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

Local a ser pesquisado: Livros ata do CAPS II - VIVER no município de Guaíba - RS nos anos de 2016 a 2017.

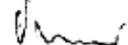
As pesquisadoras envolvidas na pesquisa supracitada, declaram-se cientes e de acordo:

- a) de todos os termos do presente instrumento, assumindo toda e qualquer responsabilidade por quaisquer condutas, ações ou omissões que importem na inobservação do presente e consequente violação de quaisquer das cláusulas abaixo descritas bem como por outras normas previstas em lei, aqui não especificadas, respondendo de forma ilimitada, irretroatável, irrevogável e absoluta perante a fornecedora dos dados e arquivos em eventuais ações regressivas, bem como perante terceiros eventualmente prejudicados por sua não observação.
- b) de que os dados e arquivos fornecidos deverão ser usados, guardados e preservados em sigilo e que eventual divulgação dos dados deverá ser feita em estrita observação aos princípios éticos de pesquisa, resguardando-se ainda aos termos da Constituição Federal de 1988, especialmente no tocante ao direito a intimidade e a privacidade dos consultados, sejam eles pacientes ou não.
- c) de que as informações constantes nos dados ou arquivos disponibilizados deverão ser utilizados apenas e tão somente para a execução e pesquisa do projeto acima descrito, sendo vedado o uso em outro projeto, seja a que título for, salvo expressa autorização em contrário do responsável devidamente habilitado do setor.
- d) de que eventuais informações a serem divulgadas, serão única e exclusivamente para fins de pesquisa científica, sendo vedado uso das informações para publicação em quaisquer meios de comunicação de massa que não guardem compromisso ou relação científica, tais como televisão, jornais, periódicos e revistas, entre outros aqui não especificados.
- e) sem prejuízo dos termos da presente, que deverão ser respeitadas as normas da Resolução 466/12 e suas complementares na execução do projeto em epígrafe.

Porto Alegre, ____ de ____ de ____



Daiane Schellin Berwaldt
pesquisadora assistente



Paulo Peixoto de Albuquerque
Pesquisador responsável



Jocir Panizzolo
Secretário Municipal de Saúde

Anexo – B – Carta de Anuência Institucional

Carta de Anuência Institucional

Eu, **Jocir Panazzolo**, Secretário de Saúde, no município de Guaíba – RS”, estou de acordo com a realização da pesquisa “Educação Permanente e Processos de Trabalho em Saúde Mental: limites e possibilidades - Estudo de caso no Município de Guaíba/RS de responsabilidade do prof. Dr. Paulo Peixoto de Albuquerque, do Programa de Pós-graduação Ensino na Saúde - Faculdade de Medicina / Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tendo como pesquisadora assistente a mestranda do curso Ensino na Saúde a assistente social Daiane Schellin Berwaldt.

O estudo terá como propósito analisar se a prática profissional de trabalho no território da atenção básica, promovidas no sentido do cuidado, identificando quais mudanças vem ao encontro de tecnologias leves, frente ao cuidado em saúde mental e envolve a realização de levantamento documental e entrevistas com trabalhadores da Atenção Básica de Saúde do município.

Declaro conhecer e cumprir as disposições éticas relativas a pesquisa, em especial a Resolução CNS nº 466/2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança dos dados que serão coletados.

Guaíba, 30 de NOVEMBRO de 2018.

Jocir Panazzolo


Jocir Panazzolo
Secretário Municipal de Saúde

Secretário Municipal de Saúde de Guaíba – RS