

CAMILA MUGNAI VIEIRA
DANIELLE ABDEL MASSIH PIO
ANA CAROLINA NONATO
ORGANIZADORAS

PESQUISAS EM SAÚDE MENTAL

GESTÃO E
FORMAÇÃO
NOS PROCESSOS
DE CUIDADO

VOLUME 2



PESQUISAS EM SAÚDE MENTAL

Gestão e Formação nos Processos de Cuidado

Volume 2





AVALIAÇÃO, PARECER E REVISÃO POR PARES

Os textos que compõem esta obra foram avaliados por pares e indicados para publicação.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária responsável: Maria Alice Benevides CRB-1/5889

Pesquisas em saúde mental: gestão e formação nos processos de cuidado – Volume 2 [recurso eletrônico] / [orgs.] Camila Mugnai Vieira. Danielle Abdel Massih Pio. Ana Carolina Nonato. – 1.ed. – Curitiba-PR, Editora Bagai, 2023.

Recurso digital.

Formato: e-book

Acesso em www.editorabagai.com.br


ISBN: 978-65-5368-179-8

1. Saúde Mental. 2. Saúde Pública. 3. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. I. Vieira, Camila Mugnai. II. Pio, Danielle Abdel Massih. III. Nonato, Ana Carolina.

10-2023/08


CDD 613

Índice para catálogo sistemático:
1. Saúde Mental 613


 <https://doi.org/10.37008/978-65-5368-179-8.10.01.23>


Proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem autorização prévia da **Editora BAGAI** por qualquer processo, meio ou forma, especialmente por sistemas gráficos (impressão), fonográficos, microfílmicos, fotográficos, videográficos, reprográficos, entre outros. A violação dos direitos autorais é passível de punição como crime (art. 184 e parágrafos do Código Penal) com pena de multa e prisão, busca e apreensão e indenizações diversas (arts. 101 a 110 da Lei 9.610 de 19.02.1998, Lei dos Direitos Autorais).

Este livro foi composto pela Editora Bagai.

 www.editorabagai.com.br

 [/editorabagai](https://www.instagram.com/editorabagai)

 [/editorabagai](https://www.facebook.com/editorabagai)

 contato@editorabagai.com.br

Camila Mugnai Vieira
Danielle Abdel Massih Pio
Ana Carolina Nonato
Organizadoras

PESQUISAS EM SAÚDE MENTAL

Gestão e Formação nos Processos de Cuidado

Volume 2



1.ª Edição - Copyright© 2023 dos autores
Direitos de Edição Reservados à Editora Bagai.

O conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade do(s) seu(s) respectivo(s) autor(es). As normas ortográficas, questões gramaticais, sistema de citações e referencial bibliográfico são prerrogativas de cada autor(es).

<i>Editor-Chefe</i>	Cleber Bianchessi
<i>Revisão</i>	Os autores
<i>Diagramação</i>	Lucas Augusto Markovicz
<i>Capa</i>	Alexandre Lemos
<i>Conselho Editorial</i>	Dr. Adilson Tadeu Basquerote – UNIDAVI Dr. Anderson Luiz Tedesco – UNOCHAPECÓ Dra. Andréa Cristina Marques de Araújo - CESUPA Dra. Andréia de Bem Machado – UFSC Dra. Andressa Grazielle Brandt – IFC - UFSC Dr. Antonio Xavier Tomo - UPM - MOÇAMBIQUE Dra. Camila Cunico – UFPB Dr. Carlos Alberto Ferreira – PORTUGAL Dr. Carlos Luís Pereira – UFES Dr. Claudino Borges – UNIPIAGET – CABO VERDE Dr. Cledione Jacinto de Freitas – UFMS Dra. Clelia Peretti – PUCPR Dra. Daniela Mendes V da Silva – SEEDUCRJ Dr. Deivid Alex dos Santos – UEL Dra. Denise Rocha – UFU Dra. Elnora Maria Gondim Machado Lima - UFPI Dra. Elisângela Rosemeri Martins – UESC Dr. Ernane Rosa Martins – IFG Dra. Flavia Gaze Bonfim – UFF Dr. Francisco Javier Cortazar Rodriguez - Universidad Guadalajara – MÉXICO Dra. Geuciane Felipe Guerim Fernandes – UENP Dr. Helder Rodrigues Maiunga - ISCED-HUILA - ANGOLA Dr. Helio Rosa Camilo – UFAC Dra. Helisamara Mota Guedes – UFVJM Dr. Humberto Costa – UFPR Dr. João Hilton Sayeg de Siqueira – PUC-SP Dr. Jorge Carvalho Brandão – UFC Dr. Jorge Henrique Gualandi – IFES Dr. Juan Eligio López García – UCF-CUBA Dr. Juan Martín Ceballos Almeraya – CUIM-MÉXICO Dr. Juliano Milton Kruger - IFAM Dra. Karina de Araújo Dias – SME/PMF Dra. Larissa Warnavin – UNINTER Dr. Lucas Lenin Resende de Assis - UFLA Dr. Luciano Luz Gonzaga – SEEDUCRJ Dr. Luiz M B Rocha Menezes – IFTM Dr. Magno Alexon Bezerra Seabra - UFPB Dr. Marciel Lohmann – UEL Dr. Márcio de Oliveira – UFAM Dr. Marcos A. da Silveira – UFPR Dra. Maria Caridad Bestard González - UCF-CUBA Dra. Maria Lucia Costa de Moura – UNIP Dra. Marta Alexandra Gonçalves Nogueira – IPLEIRIA - PORTUGAL Dra. Nadja Regina Sousa Magalhães – FOPPE-UFSC/UFPEl Dra. Patricia de Oliveira - IF BAIANO Dr. Porfírio Pinto – CIDH - PORTUGAL Dr. Rogério Makino – UNEMAT Dr. Reiner Hildebrandt-Stramann - Technische Universität Braunschweig - ALEMANHA Dr. Reginaldo Peixoto – UEMS Dr. Ricardo Caica Ferreira - UNITEL - ANGOLA Dr. Ronaldo Ferreira Maganhotto – UNICENTRO Dra. Rozane Zaionz - SME/SEED Dra. Sueli da Silva Aquino - FIPAR Dr. Tiago Tendai Chingore - UNILICUNGO – MOÇAMBIQUE Dr. Thiago Perez Bernardes de Moraes – UNIANDRADE/UK-ARGENTINA Dr. Tomás Raúl Gómez Hernández – UCLV e CUM – CUBA Dra. Vanessa Freitag de Araújo - UEM Dr. William Douglas Guilherme – UFT Dr. Yoissell López Bestard- SEDUCRS

SUMÁRIO

DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS DE DEPRESSÃO POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MARÍLIA SP 12

Mariana Peretto dos Santos | Camila Mugnai Vieira | Danielle Abdel Massih Pio

ARTICULAÇÃO DA REDE E CUIDADO INTEGRAL: PERCEPÇÕES DE EQUIPES DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE O MATRICIAMENTO 31

Marcel Porto de Cerqueira Leite | Fabiane Mie Kajiyama | Laura Reyes González | Mariana Sena Rico | Marina Nahas Mega | Danielle Abdel Massih Pio | Camila Mugnai Vieira

SAÚDE MENTAL DO PROFISSIONAL DA SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE O ADOECIMENTO NO TRABALHO 51

Adrieli Cristina Jacomini | Danielle Abdel Massih Pio | Márcia Aparecida Padovan Otani

A PESSOA TRANS E O SEU ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL 69

Igor Martins Duca Faria | Vânia Maria Martins Lopes

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO CAPS SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE 95

Leonardo Haddad da Costa Barros | Márcia Aparecida Padovan Otani

CONSTRUÇÃO DE PROJETOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA 118

Danielle Abdel Massih Pio | Camila Mugnai Vieira | Nayara de Fátima Mazini Ferrari | Ana Carolina Nonato

AVALIAÇÃO DE UM PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: POTÊNCIAS E FRAGILIDADES 139

Camila Mugnai Vieira | Danielle Abdel Massih Pio | Nayara de Fátima Mazini Ferrari | Ana Carolina Nonato

EDUCAÇÃO PERMANENTE: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA PRECEPTORIA EM SAÚDE MENTAL 158

Adriana Magali Dezotti Batista | Ieda Francischetti | Camila Mugnai Vieira | Vera Lúcia Fedel Parpineli

CARTOGRAFIAS DO SENTIR: A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA 178

Mayara Lopes Vianna | Thiago da Silva Domingos | Camila Mugnai Vieira

AUTORES DO VOLUME 2 205

SOBRE AS ORGANIZADORAS..... 207

ÍNDICE REMISSIVO 208

PREFÁCIO

Na etapa municipal da 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS 8+8), “Saúde é Democracia”, achei importante ouvir novamente na internet o discurso de abertura da 8ª CNS feito pelo seu coordenador, professor Sergio Arouca. Descobri vários pontos não destacados em outros momentos, porém o que mais me impactou foi, ao citar a definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), dizer: “...não é simplesmente ausência de doença” – em um determinado instante, por qualquer forma de diagnóstico médico ou qualquer tipo de exame, não ser constatada doença na pessoa. Para a OMS, saúde deve ser entendida como bem-estar físico, mental e social... E também ausência de medo, citando o Professor Cinamon como autor da inclusão do medo. Prossegue: “É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra seu próprio povo para que sejam mantidos interesses que não sejam do povo.” Em 1986, ainda não havíamos saída da ditadura; havia um governo civil eleito indiretamente, mas as marcas da violência, suas cicatrizes e sequelas eram vividas. Havia a violência da pobreza.

Se o discurso estivesse datado como de 2022, a essa definição seriam acrescentados: a pandemia, o luto, o pouco caso e a negligência de irresponsáveis dirigentes; o medo do desemprego, da fome, da falta de moradia, das drogas, do acesso à saúde e da violência doméstica. Todos estes medos, ousou dizer, de alguma forma podem transverter em “depressão”, que precisa ser ouvida, que precisa ser acolhida, precisa de uma atenção, precisa da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e da solidariedade. Ilusão pensar que apenas a médica ou o médico, a psicóloga ou o psicólogo, a enfermeira ou o enfermeiro, que qualquer profissional de saúde, sozinho, possui esta capacidade. Com um trabalho sobre este tema começa o capítulo sobre Gestão deste e-book.

Prosseguem outros trabalhos com a mesma significância, que mostram certa proximidade com um personagem de Lima Barreto: *“Xisto Beldroegas, funcionário da Secretaria dos Cultos, vivia obsedado com os avisos, portarias, leis, decretos e acórdãos. Certa vez, foi atacado de uma pequena crise de nervos porque, por mais papéis que consultasse no arquivo, não havia meio de encontrar uma disposição que fixasse o número exato de setas que atravessam a imagem de S. Sebastião, em Gonzaga de Sá.”* Assim acontece na falta de responsabilização no matriciamento, no adoecimento mental dos profissionais de saúde, na elaboração de um olhar aquém do biológico, na invisibilidade ao diferente, no olhar fragmentado de quem precisa de cuidados e na dificuldade de reintegração.

As organizadoras deste e-book, Camila Mugnai Vieira, Danielle Abdel Massih Pio e Ana Carolina Nonato, mostram o trabalho paciente, compartilhado, construtor de novos e novas observadores do mundo ao seu redor, profissionais futuros que terão a responsabilidade, enquanto da saúde, de não serem arrogantes, especialistas em nuances de seres humanos.

O e-book ainda apresenta a FORMAÇÃO dos profissionais. Como a gestão necessita de gente despreocupada em saber exatamente quantas setas atingiram o peito de São Sebastião, como ironiza Lima Barreto, precisamos saber por que alguém recebeu flechas, como feriram as pessoas, de que cuidados elas precisam e o que falar. Independe se as flechas são visíveis, se a ferida sangra, verte lágrimas ou silêncios; urge a dispensa dos arquivistas e controladores numéricos de flechas, ou devemos colocá-los em locais de trabalho em que este preciosismo se faça necessário. Tal como na gestão, a formação de profissionais de saúde e também do pessoal de apoio, como recepcionistas, administradores, auxiliares de limpeza, dentre outros, precisa de responsabilidade e decência. Precisa de compromisso, de desconstruir a indiferença, desconstruir as relações de poder desumanas. A limitação de recursos, que se agravou nos últimos anos; o planejamento para compor as equipes; quantos profissionais são necessários; como

fazer a reposição andar, como prever horários e espaços para Educação Permanente; tudo ficou engessado.

Os trabalhos apresentados mostram que investir em formação traz uma melhora, mensurável, inclusive. Existem diferentes experiências aplicadas que devem estimular e dar fôlego de serem provadas. O grande desafio é de serem continuadas, não estanques. Agora, como dar continuidade se a cada troca de gestor e coordenador existe mais ou menos “simpatia pelas horas não trabalhadas”, desperdiçadas. As pressões vêm de todos os lados: nos municípios, vereadores, prefeitos e candidatos futuros a isto ou aquilo ficam indignados. Além da dificuldade em tornar permanente, como define o próprio nome, é preciso estabelecer um contrato. Sim, um contrato de transparência e informação para ter um bom serviço de saúde mental; é preciso existir um espaço “oficial” na agenda para debater, aprender, trocar ideias, saber o que existe de novo. Acredito que esquecemos deste “pedaço”, da necessidade de mostrar a todas as instâncias de poder, que não vamos ter bons serviços sem ter como rotina a Educação Permanente. Ela tem que fazer parte da estrutura: a população tem que saber, a imprensa... Ela tem que ser um contrato a ser respeitado.

Tenho, no entanto, esperança, que foi o sentimento mais citado pelos brasileiros como o mais marcante de 2022. Os textos de formação mostrados apontam a possibilidade concreta de ir em frente, em ter avanços. As experiências aqui mostradas e seus resultados são norteadores.

Maria Cecília Cordeiro Dellatorre

Formada pela Famema em 1975, Médica sanitarista e Coordenadora do PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) no Vale do Ribeira/SP; Docente de Saúde Coletiva Famema, Mestre em Saúde Coletiva pela UEL/PR.

Participante do grupo que elaborou a portaria Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência em 2001 e da Política Nacional de Atendimento às Urgências, o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), em 2003.

APRESENTAÇÃO

A Faculdade de Medicina de Marília (Famema) é uma instituição pública do Estado de São Paulo, localizada em cidade do mesmo nome. Apresenta cursos de graduação em Medicina e Enfermagem e diversos em pós-graduação: Especialização em Psicoterapias de Orientação Psicanalítica, Residências Multiprofissionais e Residências Médicas (*lato sensu*), Mestrado Profissional “Ensino em Saúde” e Mestrado Acadêmico “Saúde e Envelhecimento” (*stricto sensu*).

Todos os capítulos aqui apresentados são frutos de pesquisas de seus autores e orientadores realizadas nestes contextos. Assim, esta obra representa a força científica da instituição, além da valorização da Saúde Mental enquanto campo de cuidado, ensino, pesquisa e extensão.

Ao reunirmos os conteúdos, voltamo-nos às Áreas de conhecimento propostas nas diversas Diretrizes Curriculares Nacionais e na organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, este livro é dividido em dois volumes, o primeiro com foco em pesquisas sobre o processo de cuidado e o segundo em gestão e formação em saúde mental.

Este volume II é composto pelas partes “Gestão”, composta por capítulos que versam sobre diversos aspectos da gestão do cuidado, incluindo diagnóstico comunitário, matriciamento, acesso e reabilitação em saúde e “Formação”, é constituída por capítulos que versam sobre o desenvolvimento e a capacitação dos profissionais para o cuidado em Saúde Mental. Há a valorização da construção de projetos de intervenção pelas equipes, de cartografias na Atenção Básica e, como não poderia deixar de acontecer, dos processos de Educação Permanente em Saúde, considerando o desenvolvimento de competências e suas potências e fragilidades.

Diante do exposto, a presente publicação contribui com pesquisas e reflexões que favorecem, direta ou indiretamente, a valorização da Saúde Mental enquanto espaço potente, visando o fortalecimento de

profissionais e serviços, além do atendimento integral às necessidades de saúde dos usuários, nossos parceiros nesta jornada.

Este livro pode ser utilizado por profissionais de saúde, gestores, serviços, educandos ou outras pessoas que tenham interesse na temática e desejem uma maior aproximação com a realidade do cuidado no SUS.

Agradecemos o Departamento de Educação e Desenvolvimento Humano da Faculdade de Filosofia e Ciências da UNESP, campus de Marília, pelo apoio para publicação de artigos e livros resultantes de pesquisas científicas, após proposta ter sido contemplada na chamada n. 02/2022.

Boa leitura!

DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS DE DEPRESSÃO POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MARÍLIA SP

Mariana Peretto dos Santos
Camila Mugnai Vieira
Danielle Abdel Massih Pio¹

*“O que faz andar o barco não é a vela enfumada,
mas o vento que não se vê (Platão)”*

INTRODUÇÃO

A despeito de avanços e de a política do Sistema Único de Saúde (SUS) Pactos pela Saúde (2006) ter como diretrizes o trabalho visto em uma vertente horizontalizada, visando a cogestão por toda a equipe e a participação e controle social, o modelo médico hegemônico ainda se encontra forte nas práticas e saúde, inclusive nas Unidades de Atenção Básica.

Para Silva (2005), para que haja a construção de um pensar/fazer sustentado na produção social do processo saúde-doença, é necessária a superação deste modelo hegemônico, centrado na doença. Deste modo, deve-se partir do olhar dos usuários e do cuidado em saúde para que novas políticas e estratégias de mudança sejam produzidas.

Dimenstein (2009) discorre sobre a diretriz conceitual do Ministério da Saúde sobre a Atenção Básica e sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta propõe alternativas políticas para qualificar e expandirem a atuação em saúde pela Atenção Básica, com a superação da antiga conjectura centrada somente na doença e a proposta de ampliarem as práticas gerenciais e sanitárias, horizon-

¹ Agradecimento ao Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo/Famema

talizadas e participativas, através do trabalho em equipe, com um território delimitado, aumentando a responsabilização por aquela população adscrita. Sendo assim, esse ponto de vista se contrapõe ao modelo de atendimento centrado nos especialismos, de saúde fragmentada, que tem sido questionado desde a década de 1980, com o Movimento da Reforma Sanitária.

Em um momento contemporâneo à Reforma Sanitária surgiu a Reforma Psiquiátrica, que veio pontuar a superação do modelo centrado nas internações hospitalares e no atendimento do transtorno mental, de modo a não separar o indivíduo do seu espaço social. Com isso, a Atenção Básica (AB) mostra-se como uma importante estratégia para que as ações em Saúde Mental sejam ressignificadas, substituindo esse modelo de internação por intervenções situadas no território do indivíduo.

A Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001, discorre sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e propõe novas formas de organizar o modelo assistencial em saúde mental. Essa lei outorga uma forma mais humana de se pensar a Saúde Mental, e proíbe a internação desses pacientes em instituições com características asilares que não oferece assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

A ESF tem papel fundamental nessa visão integralizada de saúde, já que, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, visa “ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades”, com agentes comunitários de saúde, que atendem 100% da população adscrita havendo assim, um número limitado de pessoas pelas quais cada Unidade deve ser responsabilizada o que aproxima a equipe da população e proporciona um olhar para os aspectos biopsicossociais de cada usuário e não apenas físicos/biológicos (BRASIL, 2012, p. 54).

Segundo Brêda e Augusto (2001) há uma dicotomia entres os modelos medicocêntrico e o modelo popular de atenção, na ESF. De acordo com esses autores, apesar de a ESF propor uma nova forma de

atuação, centrada no usuário e em atendimentos multidisciplinares, o modelo biomédico ainda é o que prevalece.

A partir dessas concepções de modelos de atenção, pode-se pensar como a Saúde Mental está inserida neste processo.

A Política Nacional de Atenção Básica disserta sobre as atribuições comuns a todos os funcionários da Atenção Básica: “Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo” (BRASIL, 2012, p. 43-44).

Sendo assim, há a necessidade de Educação Permanente (EP) para todos os membros da equipe, o que tem o intuito de promover a corresponsabilidade na promoção de saúde, avaliação do usuário, dentre outras atribuições aos demais membros da equipe, além do médico. Realizar atividades de EP é papel do médico, do enfermeiro, dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Para Nascimento e Braga (2004), é essencial a reestruturação da rede básica de saúde e a capacitação dos profissionais dessa área, para que haja uma diminuição da demanda dos transtornos mentais e reduzir a reincidência do ciclo crise-internação-crise. Com isso, as Unidades de Saúde da Família devem se organizar para proporcionar um atendimento de qualidade e integral à comunidade, incluindo as demandas de saúde mental.

Com relação a essa reestruturação da rede básica, uma alternativa para essa proposta seria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)². Este não deveria se organizar em porta de entrada do sistema, mas deveria atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a

² O NASF foi rebatizado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Em janeiro de 2020, o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, revogando as normativas de custeio do NASF-AB, resultando na desvinculação das equipes multiprofissionais à tipologia NASF-AB. A Nota está vinculada à instituição do Programa Previne Brasil

partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de Saúde da Família deve haver uma corresponsabilização entre as equipes de Saúde da Família e as equipes do NASF (BRASIL, 2008).

Uma das ações em Saúde Mental a ser desenvolvida pelos profissionais do NASF seria a reflexão e discussão com as Equipes das USFs sobre os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação às questões subjetivas (BRASIL, 2008). Soares (2005) disserta sobre o papel do psicólogo na ESF. Segundo a autora, esse profissional pode fazer parte do acolhimento aos usuários; realizar oficinas terapêuticas; encaminhar a outros serviços, quando necessário; atender pacientes mais graves; realizar visitas domiciliares; potencializar a equipe de referência para um olhar biopsicossocial; auxiliar a equipe em alguns conflitos internos; ministrar e disseminar informações sobre Saúde Mental à comunidade, dentre outras ações ampliadas e integradas junto à equipe.

Dentre os pacientes que demandam cuidados, estão aqueles que apresentam Depressão. Este é um dos Transtornos psiquiátricos mais comuns, que têm sido tratados e diagnosticados na Saúde Pública. De acordo com Peres (2002), entre os anos de 1965 e 1970 a depressão se estabelece enquanto diagnóstico, tanto na medicina geral, quanto em toda a população, por intermédio da mídia. Esse autor cita o fato de a humanidade ter a necessidade de buscar o bem-estar em alguma droga. Consequentemente, há uma grande associação de drogas para o tratamento da depressão.

Figueiredo e Tenório (2002) fazem a distinção entre diagnóstico sindrômico e diagnóstico nosológico. Para esses autores, a síndrome se caracteriza como o conjunto de sinais e sintomas e a nosologia é a moléstia em si, a “doença de fundo”. Para eles, atualmente, os Manuais de Classificação das Doenças apresentam cada vez mais características de um diagnóstico sindrômico, o que detalha exacerbadamente as

como nova forma de financiamento à Atenção Primária à Saúde e tem sido alvo de muitas críticas, pois poderia representar ameaças à manutenção do NASF-AB (BRASIL, 2020).

doenças, aumentando o número de subdivisões de cada “patologia”. Este tipo de classificação, por sua vez, torna o diagnóstico algumas vezes errôneo, já que um paciente pode apresentar algumas particularidades de um transtorno e determinadas peculiaridades de outro.

Na Classificação Internacional das Doenças (CID 10), em sua 10ª edição, e no DSM- V há um grande número de subcategorias ou divisões para classificação dos Transtornos Depressivos, 22 códigos diagnósticos possíveis no DSM-V e 15 no CID-10, o que pode resultar em problemas de maior definição ou de classificação correta do diagnóstico.

De uma maneira geral, um episódio depressivo é caracterizado pela “alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves” (CID 10, 1993, p. 335).

Dentro de uma visão psicanalítica, os episódios depressivos são desencadeados por um abalo fantasmático, que o indivíduo não consegue lidar. O ser humano é um ser faltante e essa falta não se dá pela perda do objeto, em si, mas pela perda de uma pessoa, de um ideal, que se remete à outra perda reprimida pela pessoa, que é sua posição de objeto para o desejo do Outro. Por não ter mais seu apoio identificatório, do qual obtinha o gozo fálico (esse gozo de ser um objeto fálico, que preencheria a falta do Outro), a dor da castração aparece, já que não se pode ser esse objeto (RODRIGUES, 2000). “A castração que irrompe no fracasso do fantasma em acobertar a falta do Outro, coloca a exigência da realização do trabalho do luto de si mesmo, trabalho este que o deprimido neurótico se recusa a fazer” (RODRIGUES, 2000, p. 17-18).

Para Peres (2002), a droga, no mundo contemporâneo, artificializa modos de vincular-se ao outro. Através dos entorpecentes, as

pessoas também podem se esquecer de adversidades existentes em suas vidas. Outra característica dessas substâncias é a sensação de euforia, que pode levar a uma momentânea impressão de estar mais criativo e produtivo. Certos medicamentos também podem mascarar o sofrimento e proporcionar certa felicidade.

Talvez por isso haja o uso da automedicação e este fato pode também estar ligado à dificuldade de acesso das pessoas à rede de saúde, à ação iatrogênica de certas prescrições médicas, ou mesmo pode ser usada como uma fuga às crises em situações cotidianas como o desemprego, alcoolismo, conflitos familiares, etc. (BRÊDA; AUGUSTO, 2001).

Constantemente, a depressão é apresentada pela mídia à população como um problema médico. Dessa forma, é o psiquiatra quem diagnostica esse problema, sabe sobre ele e propõe a solução. É disseminada como uma doença biológica, predominantemente hereditária e o tratamento seria, principalmente, medicamentoso. Quando se fala de terapia, remetem-se à Psicoterapia Cognitivista e propaga-se a ideia de que a Psicanálise seria, até mesmo, contraindicada, já que neste tipo de análise, o indivíduo deve se responsabilizar pelo seu estado, na busca do entendimento sobre o mesmo. Para a Psiquiatria, nesta concepção, o sujeito seria vítima desse mal, não podendo ser responsável, portanto, pelo mesmo (sendo que isso poderia até agravar seu estado) (RODRIGUES, 2000).

Muitos autores buscaram associar a Depressão a unicamente algum componente biológico, em uma tentativa de explicar esse acontecimento, anulando sua condição psicológica. Rodrigues (2000) cita algumas tentativas de encontrar marcadores biológicos para a Depressão, tais como o teste de Dexametasona, marcadores fisiológicos, endocrinológicos, entretanto nenhum deles mostrou-se suficientemente específico e sensível para esse transtorno. Por isso, a Depressão não pode ser avaliada apenas como uma doença, já que para isso seria preciso que a síndrome se coligasse uma etiologia e uma fisiopatologia específicas sendo que não há uma etiologia bio-

lógica específica nem marcadores seguros que indiquem uma mesma alteração biológica em todos os casos.

Assim, observa-se que a Depressão não é puramente uma patologia, mas um estado ao qual o indivíduo se encontra. “Nos termos da psicanálise, depressão não é doença, mas um estado, um afeto, que se encontra nas duas estruturas, neurose e psicose” (FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002, p. 35).

Há uma forte distinção entre a Psicanálise e a Medicina. A primeira se remete à subjetividade, com uma escuta qualificada dos indivíduos, buscando em suas falas, indicadores de uma má estruturação egóica, uma comprometida organização narcísica. Já a Psiquiatria segue uma suposta objetividade científica, correlacionando os neurotransmissores e outras partes biológicas à causa de uma doença. Assim, na medicina tradicional os pacientes podem ser vistos apenas conforme sua reação a determinada droga, enquanto a Psicanálise os singulariza (PERES, 2002).

Rodrigues (2000) pontua que para a psicanálise, os fenômenos depressivos são do sujeito e não do organismo, como se refere a psiquiatria tradicional. O indivíduo é responsável pelo seu estado, ainda que apresente certa resistência sobre essa responsabilidade, e não uma vítima de uma doença que o acomete ou do mundo que o ataca. Assim, podemos encontrar a causalidade psíquica dos fenômenos depressivos na neurose, a partir de uma posição subjetiva. Na medicina o deprimido é, muitas vezes, visto como vítima de um mal sobre o qual não tem responsabilidade nem nada a dizer, sendo esse sujeito, dessa forma, comprometido pela tristeza que o cala, tomado pelo gozo silencioso. Já na Psicanálise, o terapeuta oferece ao indivíduo a escuta que promove o “bem dizer”, que Lacan antagoniza à covardia moral da tristeza. Apesar da técnica da associação livre, esse dizer bem remete ao gozo recalçado, norteadado pelo inconsciente.

Portanto, para que haja uma maior humanização dos profissionais de saúde é necessária uma releitura do papel desses técnicos, de

forma dinâmica e continuada. Expandir a ideia de terapeuta, com a finalidade de apreender a diversidade que as diferentes subjetividades comportam (BRÊDA; AUGUSTO, 2001).

JUSTIFICATIVA

Esse estudo justifica-se pela relevância das questões que envolvem a Depressão na Saúde Mental, tendo em vista a dificuldade existente na compreensão desse diagnóstico e no planejamento e aplicação de tratamentos efetivos.

Espera-se apreender a concepção de depressão da equipe da Unidade de Saúde da Família referida e os diagnósticos e tratamentos realizados, segundo este entendimento ou percepção. Pretende-se ampliar a compreensão dessa temática na atenção básica, bem como contribuir para o desenvolvimento de futuras estratégias junto às equipes, para elucidação do tema e construção de uma abordagem e intervenções mais eficazes junto aos usuários, que possam ir além da medicalização e possam abarcar os aspectos biopsicossociais envolvidos nesse processo e/ou que permitam uma atuação mais integrada de toda equipe, nos cuidados aos indivíduos com depressão.

O objetivo geral da pesquisa foi analisar o processo de diagnóstico e tratamento da Depressão Unipolar por uma equipe de Saúde da Família em pacientes que são atendidos pela Unidade. Como objetivo específico buscou-se:

- Investigar o que os membros da equipe entendem por Depressão; Conhecer os processos de diagnósticos para a Depressão Unipolar utilizados pela equipe de Saúde da Família e identificar quais os tratamentos e encaminhamentos realizados nesses casos e quais os critérios utilizados para tais condutas;

Participaram da pesquisa profissionais de uma equipe de Referência de uma Unidade de Saúde da Família do município de Marília SP, composta por 12 profissionais sendo esses:

- Um médico;
- Uma enfermeira;
- Uma dentista;
- Duas auxiliares de enfermagem;
- Quatro Agentes Comunitários de Saúde;
- Uma auxiliar de escrita;
- Uma auxiliar de consultório odontológico;
- Uma auxiliar de serviços gerais.

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde da Família do município de Marília-SP.

Utilizou-se um Roteiro de Entrevista semi-estruturado sobre esse Transtorno Afetivo, composto por seis questões abertas, que abarcam aspectos sobre a compreensão do conceito de depressão, critérios diagnósticos e formas de tratamento. Foi elaborado a partir da literatura sobre o tema. Foi testado com a aplicação em dois entrevistados e foram realizadas as alterações necessárias para que as questões se tornassem mais claras e atingissem os objetivos.

Foram realizadas entrevistas com os membros da Equipe de Saúde da Família da referida Unidade. As entrevistas foram gravadas e realizadas no horário de trabalho, na Unidade.

A Análise qualitativa das entrevistas baseou-se em Minayo (1999), que utiliza a análise temática, referida como um dos métodos mais adequados à investigação qualitativa do material sobre a saúde. Ela consiste em descobrir os núcleos de sentido contidos nos textos cuja presença ou frequência sejam representativos para a contemplação dos objetivos propostos (MINAYO, 1999).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados das entrevistas foram organizados em blocos temáticos. As ilustrações dos mesmos foram feitas pautadas nas falas, na íntegra, dos entrevistados.

Foram analisados três blocos temáticos: o primeiro é referente ao conceito de depressão para os profissionais de saúde referidos; o segundo relata o diagnóstico e conduta desses profissionais perante um suposto caso de depressão; e o terceiro se remete ao tratamento para esse paciente.

Conceito de Depressão

Ao serem abordados sobre o conceito de depressão, a maioria dos entrevistados (oito, de um total de doze) compreendia depressão como um estado caracterizado por sintomas negativos, tais como: choro fácil, isolamento social *“depressão (...) é o estado né em que a paciente (...) apresenta-se né, com algumas alterações, é de humor, de comportamento”* [enfermeira]. Para o restante, a depressão é vista como doença (*“pode levar até a morte”* [Auxiliar de Enfermagem 2]).

A depressão vista enquanto doença é de certa forma estigmatizante, sendo que rotula o indivíduo como portador de um mal, apesar deste não apresentar origem etiológica nem qualquer determinante específico *“depressão é... considerado uma doença... mental”* [médico]. O estigma da depressão, colocada como doença foi descrita por Moreira e Telles (2008), que se referem ao fato de “depressão” significar declínio em outras áreas como agricultura ou economia e esta semântica também pode ocorrer ao mencionar-se esta palavra como doença. Esses autores argumentam que “isto propicia uma compreensão negativa, ou pejorativa da doença, levando a pessoa que tem depressão a se sentir temerosa de ser taxada como louca, ou, em outros casos, desacreditada, incompreendida; em ambos os sentidos, a pessoa se sente desvalorizada, inferiorizada, estigmatizada” (MOREIRA; TELLES, 2008, p. 235-236).

No entanto, o fato de ser colocada como doença na atual sociedade, que valoriza o modelo de Saúde centrado no saber médico, curativo pode valorizar esse estado da pessoa, havendo, assim, a percepção da importância do tratamento. Além disso, o fato de a depressão ser vista como uma patologia pode aumentar a aceitação e o entendimento das pessoas sobre esse estado, já que se trata de algo que debilita e tem o rótulo de uma doença, com um CID reconhecido. Entretanto, de acordo com Monteiro e Lage (2007), isso poderá se demonstrar numa confiança infundável nos instrumentos da medicina científica e na negação dos esclarecimentos metapsicológicos dos processos subjetivos.

A Psicanálise, por sua vez, propõe um olhar ampliado para a depressão, percebendo-a como um estado pelo qual o indivíduo está passando e que produz intenso sofrimento ao mesmo. É uma visão mais humanizada para esse episódio, já que olha primeiramente para o sujeito. Essa percepção da Psicanálise foi descrita por Figueiredo e Tenório (2002), que referem que depressão não é doença, mas um estado, um afeto, que se encontra nas duas estruturas do funcionamento psíquico: neurose e psicose. Todavia, o fato de considerar-se a depressão um estado pode gerar certa polêmica, podendo sobrevir a imagem de “frescura” ou de “falta de vontade”, exemplificado nos relatos: *“já aconteceu comigo de ser discriminada, tanto é que quando eu estou com as minhas crises eu falo que é crise de frescura, porque eu já escutei isso”* [Auxiliar de Serviços Gerais]; *“depressão eu entendo que seja uma pessoa que não gosta de fazer nada”* [Auxiliar de Escrita].

Deste modo, a depressão é entendida pelos entrevistados em três percepções diferentes: como doença, como um estado e como “frescura”. O quadro a seguir ilustra essas concepções e as exemplifica:

Quadro 1 – Concepções de depressão

CONCEPÇÕES	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS
Doença	CID 10 e DSM IV	<i>"Depressão é... considerado uma doença... mental né, caracterizado por uma síndrome, na verdade, um conjunto de sintomas"</i>
Estado	Psicanálise	<i>"Depressão... é... eu acho que é o estado, né em que a paciente, pessoa é... apresenta-se né, com algumas alterações, é de humor, de comportamento"</i>
Frescura	Senso comum	<i>"Depressão eu entendo que seja uma pessoa que não gosta de fazer nada, que não tem vontade pra nada"</i>

Fonte: elaboração própria

Essa variedade de concepções representa diferentes entendimentos da depressão e devem afetar diretamente as condutas que cada profissional desenvolve com os usuários, sejam os que apresentam um quadro depressivo, sejam aqueles que em algum momento demonstram algum sintoma relacionado. Essas concepções limitadas podem levar à negligência de alguns casos/sinais, a estigmatização, a uma conduta e um tratamento inadequados, à não valorização desse estado depressivo pelos familiares e comunidade em geral. Esta compreensão é similar à de Moreira e Telles (2008) [citado anteriormente], que aborda a desvalorização dos indivíduos que são rotulados pelo lado pejorativo de uma doença, muitas vezes desacreditada pelo ciclo social da pessoa, o que pode gerar mais sofrimento ao indivíduo com depressão.

Por isso, entende-se que essa temática deve ser mais difundida aos profissionais de saúde, para que os mesmos possam ter um olhar ampliado para a mesma e, com isso, realizar um melhor acolhimento às pessoas em estado depressivo.

Diagnóstico e conduta dos profissionais

Com relação ao diagnóstico e conduta desses profissionais, observou-se que todos os entrevistados se remeteram à conduta médica para o primeiro diagnóstico de depressão, como ilustram as falas dos

entrevistados: “o diagnóstico ele é médico” [médico]; “o médico é quem fecha esse diagnóstico” [enfermeira]; “O médico faz [o diagnóstico], a gente não tem acesso a ele né” [ACS 3].

Outro ponto levantado foi a existência de graus de depressão, fazendo referência ao nível de gravidade desse estado. Se a depressão for considerada pelos profissionais como grave, o médico é comunicado o quanto antes, conforme o relato a seguir: “dependendo da abordagem que eu fiz, eu entendi que o paciente tinha até um risco de suicídio. Então, a abordagem é na hora, eu chamo o médico e aí o paciente é encaminhado para um atendimento de de urgência” [enfermeira].

Quando os pacientes eram encaminhados para um serviço secundário ou terciário, ocorria uma queixa pautada na falta da contra-referência, segundo este discurso: “Em muitos casos, é... encaminhamentos foram feitos à Psiquiatria é... e a equipe de saúde não recebe contra-referência, né da instituição pra onde foi encaminhada, isso eu acho que poderia é... ser melhor feito” [médico]. Esse fato prejudica a intercomunicação entre a rede, o que leva a uma fragmentação do atendimento e, até mesmo uma fragmentação do indivíduo.

A maioria (dez entrevistados) referiu que o atendimento em Saúde Mental era adequado na Unidade. Entretanto, a maioria não sabia o que fazer ao se deparar com algum suposto caso de depressão ou encaminha para o médico, sem prévia reflexão sobre a questão biopsicossocial, sem entender o indivíduo de forma singular, conforme o relato a seguir: “sinceramente, eu não faço nada, porque eu nem sei como agir” [ACS 3].

Qualquer profissional da Unidade de Saúde da Família poderia ter capacitação para avaliar o Estado Mental do usuário, já que uma das diretrizes da ESF indica que o atendimento ocorra de modo a garantir a integralidade do sujeito e isso supõe percebê-lo em sua totalidade e pensar na promoção da saúde, como um todo (BRASIL, 1990).

No entanto, os participantes demonstraram não se sentirem preparados, seguros e de fato, talvez na prática não estejam capacitados,

ou mesmo sensibilizados para lidar com aspectos da saúde mental. Isso se deve, em partes, à centralização da Saúde no saber médico, sendo que há uma fragmentação dos indivíduos para um olhar apenas biológico, há pouca preocupação com as questões biopsicossociais, que envolvem as pessoas. Com isso, também se percebe pouca responsabilização dos profissionais de saúde, os quais muitas vezes se dedicam apenas às suas atribuições, de forma literal, não havendo maior abrangência para uma clínica ampliada.

Um dos papéis do NASF é o de capacitar a Equipe de Referência, para o olhar da integralidade, a partir de um acolhimento mais completo, atentando-se para essas questões. No entanto, o psicólogo não foi citado como protagonista no processo diagnóstico da depressão, isso se pode observar nos relatos a seguir: “*o diagnóstico ele é médico*” [médico]; “*o médico é quem fecha esse diagnóstico*” [enfermeira]; “*quem dá o diagnóstico é o médico*” [ACS 1]. Dessa forma, pode-se considerar que há pouca clareza sobre o papel do Psicólogo, ou mesmo há uma menor valorização desse profissional, neste sentido, na Atenção Básica. Apenas um entrevistado dissertou sobre a possível atuação do psicólogo no diagnóstico de depressão, entretanto, nota-se que esse papel é secundário, posterior à conduta médica, conforme se pode analisar nessa fala: “*o diagnóstico fechado, realmente é feito, é dado pelo médico, pela às vezes uma interação entre o... médico, a área da Psicologia*” [dentista].

A atuação do psicólogo na ESF poderia ser melhor empregada, de acordo com as contribuições que esse profissional pode proporcionar a esse lugar, assim como preconiza o Ministério da Saúde, que discorre sobre esse papel na discussão de casos, para que haja uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas.

Tratamento

Ao observar-se a forma como ocorre o tratamento em Saúde Mental, nesta Unidade, percebe-se que as necessidades de saúde eram voltadas para um único tipo de plano de cuidados: o medica-

mentoso. É de extrema importância a ampliação desse olhar para que haja uma avaliação do usuário, ao invés de apenas diagnosticar, conduzindo o tratamento a outros planos de cuidado, tais como: mudanças em algum hábito diário, como alimentação; melhoria em saneamento básico; aumento da rede social; cuidados com a Saúde Mental; prática de exercícios físicos; plano de cuidados pensando-se as relações familiares; dentre outros.

O fato de encaminhar todos os casos de depressão unicamente para consulta médica sobrecarrega a agenda do médico. Isso ocorre porque esse profissional é visto como o único que pode diagnosticar um caso de depressão. Isto se deve ao fato de o tratamento para a depressão visar principalmente o medicamentoso apesar de a depressão ser colocada como doença pela minoria dos entrevistados (04 de 12). Todavia, todos mencionaram o fato do diagnóstico ser médico o que se subentende que tem caráter patológico, logo necessita de cura e, conseqüentemente, do medicamento para tal finalidade.

Ao pensá-la como um estado, não há cura, já que não se trata de uma doença. Assim, deve-se primar pela transformação deste estado, para a melhora da qualidade de vida do indivíduo.

Muitos entrevistados pontuaram que o tratamento medicamentoso é mais utilizado pelo fato de os pacientes optarem pela terapêutica mais fácil. Isso pode ocorrer, talvez, devido à comodidade ou resistência expressa em tal conduta, de apenas tomar um medicamento, ao invés de submeter-se a um processo psicoterapêutico, em que o indivíduo precisa dispor do seu tempo, além de uma abertura para pensar em questões psicológicas, que podem ocasionar algum desconforto (ao serem abordados assuntos pregressos, no caso da Terapia Psicanalítica, por exemplo).

O relato a seguir ilustra a visão de facilidade de adesão ao tratamento medicamentoso: *“o medicamentoso [é mais utilizado], eu acho que pela própria aceitação do paciente mesmo né, porque ele já tá depressivo, ele num, você falar, orientar, expor alguma coisa, ele não tem interesse né,*

às vezes a pessoa prefere mais tomar o remédio e ficar quieta num canto do que procurar uma outra alternativa” [ACD]; “O medicamento [é mais usado], porque eu acho que... foi uma consequência do dos anos né, as pessoas se habituaram a tomar medicamento e é mais fácil de repente, a pessoa ir tomar remédio do que procurar uma ajuda, às vezes até por vergonha, vergonha de se expor e as pessoas ficarem achando, ai ta com depressão e ser discriminado”[ACS 2].

Essa conduta também pode estar mascarando uma falta de preparo para lidar com questões inerentes à Saúde Mental, ou seja, à reduzida capacitação dos profissionais para atuarem de modo mais adequado, pensando o indivíduo de maneira ampliada, levando em consideração as questões Psicológicas. Essa falta de capacitação dos profissionais da área de saúde foi citada no relato a seguir: *“tratamento medicamentoso, ele é mais cômodo pro profissional que tá atendendo, porque ele faz a prescrição e vê o paciente daqui a trinta dias (...)a abordagem conjunta, ela... ela com certeza é melhor, e o tratamento medicamentoso é mais empregado, eu acho que por falta de conhecimento, mesmo, é... do profissional, né prescritor”* [médico]. Assim, essa falta de capacitação dos profissionais ao lidarem com o tema, pode fazê-los sugerir ao usuário que este necessita de atenção médica/tratamento medicamentoso, o que reflete o que pensa o profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo identificou as diferentes concepções para depressão, bem como formas de conduta e tratamento existentes entre profissionais de uma USF.

Conclui-se que havia despreparo dos profissionais em lidar com questões concernentes à Saúde Mental, já que o modelo Médico Hegemônico ainda prevalecia, e havia um olhar prioritariamente voltado para as questões biológicas, com aspecto geralmente curativo.

Percebeu-se que o papel do psicólogo nas USFs não está bem esclarecido para os profissionais entrevistados e que seria de extrema

importância a elucidação de seu papel de modo mais abrangente e ampliado, para que haja uma maior valorização de suas ações e das questões psicológicas na Atenção Básica e com isso, os indivíduos passem também a serem olhados de forma ampliada, e não fragmentada.

Também foi observado que, apesar de a maioria dos entrevistados apontarem a depressão como um estado psíquico, todos mencionaram o médico como o profissional prioritariamente ou unicamente indicado para avaliar e realizar um diagnóstico considerado como de depressão. Essas duas percepções são paradoxais, de certa forma, já que o que deve ser diagnosticado pelo médico são as doenças e não o estado pelo qual a pessoa está passando, o que pode ser feito por outros profissionais da área da saúde, já que não é um “diagnóstico fechado”, mas uma verificação do estado mental do indivíduo.

A questão medicamentosa também confirma essa contradição, já que todos os entrevistados acreditam que o tratamento medicamentoso é o mais utilizado seja pela falta de capacitação dos profissionais da área da saúde, para orientar os pacientes em outras terapêuticas, que não a medicamentosa, seja pela passividade e/ou resistência dos pacientes, que preferem esse tratamento pela percepção de facilidade que ele proporciona, devido ao usuário não ter de se colocar como responsável pelo seu estado, mas sim vítima de um mal que deve ser curado com um medicamento.

Essas concepções demonstram uma falta de preparo desses profissionais para lidarem com questões ligadas à Saúde Mental. Falta uma visão ampliada para uma ação biopsicossocial, que não fragmenta os indivíduos, mas os enxerga como um ser singularizado, inserido em seu meio social.

O NASF ou a equipe multiprofissional com a função de apoio, pode contribuir para a ressignificação dos modos de Atenção em Saúde, pensando os indivíduos de maneira mais complexa, pessoas singulares, que se relacionam, vivem em uma comunidade, reagem a estímulos de diferentes formas, etc. Um exemplo disso seria auxiliar na Educação

Permanente dos membros da equipe, o que poderia ampliar o olhar dos mesmos para além do modelo medicocêntrico.

O presente trabalho não abordou a percepção dos usuários diagnosticados com depressão sobre a conduta dos profissionais de saúde e como isso afeta suas vidas. Também seria interessante investigar como está a questão medicamentosa quantos usuários utilizam psicotrópicos em determinados lugares, por exemplo. Esses conhecimentos podem contribuir para a ampliação das questões relacionadas à Saúde Mental, o que pode levar a uma expansão das informações sobre o tema, bem como o acesso dos indivíduos a esses conteúdos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition [DSM V]**. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV**. 4. ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1995.

BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. **Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF. Seção I, n. 43, terça-feira, 4 de março de 2008.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 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, 6 de abril de 2001; 180ª da Independência e 113ª da República.

BRASIL. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS** – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF. 2020

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

BRASIL. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. **Pactos pela Saúde**, Brasília, v. 3, jul. 2006.

BRÊDA, M. Z. ; AUGUSTO, L.G.S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n.1, p. 63-74, jan./mar. 2009.

FIGUEIREDO, A. C. E.; TENÓRIO, F. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, ano 5, n. 1, p. 29-43, mar. 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MONTEIRO, K. C. C.; LAGE, A. M. V. Depressão - uma 'psicopatologia' classificada nos manuais de psiquiatria. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 27, n. 1, mar. 2007.

MOREIRA, V.; TELLES, T. C. B. Experiências do estigma na depressão: um estudo transcultural. **Psico-USF**, Fortaleza, v. 13, n. 2, p.233-241, dez. 2008.

NASCIMENTO, A. A. M.; BRAGA, V. A. B. Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do programa saúde da família de Caucaia-CE. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 84-93, jan./jun. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças - CID 10**. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PERES, U. T. A. Psicanálise e os psicofármacos nas depressões. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, ano 5, n. 1, p. 99-110, mar. 2002.

RODRIGUES, M. J. S. F. O diagnóstico de depressão. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 11, n.1, p. 155-187, 2000.

SILVA, K. L. et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 391-397, jun. 2005.

SOARES, T. C. A vida é mais forte do que as teorias" o psicólogo nos serviços de atenção primária à saúde. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 590-601, 2005.

ARTICULAÇÃO DA REDE E CUIDADO INTEGRAL: PERCEPÇÕES DE EQUIPES DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE O MATRICIAMENTO

Marcel Porto de Cerqueira Leite
Fabiane Mie Kajiyama
Laura Reyes González
Mariana Sena Rico¹
Marina Nahas Mega
Danielle Abdel Massih Pio
Camila Mugnai Vieira

INTRODUÇÃO

No Brasil, antes do século XVII, a loucura era parte constituinte da paisagem: “loucos” vagavam livremente, sendo excluídos do convívio social apenas em caso de periculosidade. Com a transferência da corte real portuguesa para o Brasil, em 1808, foi instituída a prática de enclausuramento daqueles que pudessem representar qualquer perturbação à ordem pública (RESENDE, 1987). Posteriormente, em 1830, a medicina brasileira passou a reivindicar a tutela da loucura, resultando na criação do Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro (AMARANTE, 1994; MACHADO et al., 1978; RESENDE, 1987). Os aspectos principais da vida asilar brasileira eram isolamento institucional do “louco” e configuração hierárquica com o médico como autoridade suprema (MACHADO et al., 1978; FOUCAULT, 2006).

Com o advento da República, o caráter de isolamento social continuou. A psiquiatria, no entanto, tornou-se mais científica; com a laicização do cuidado e o início da medicalização concretizou-se a 1ª Reforma Psiquiátrica. Em 1920, o conceito de “Higiene Social” tomou força, defendendo que melhorias nas condições sanitárias

¹ Agradecimento ao CNPQ pelo fomento por meio da Bolsa PIBIC/CNPq, processo n° 121209/2019-9

ajudariam a prevenir doenças psiquiátricas (FONTE, 2013). Após esse período, a psiquiatria tentou se consolidar como especialidade médica, e tratamentos como eletroconvulsoterapia foram aplicados. O caráter de exclusão continuou, os hospitais seguiram esquecidos e sem estrutura, entrando em descrédito com a população, o que configurou cenário ideal para a iniciativa privada. Durante a ditadura militar, o Brasil, contra a tendência mundial de rever a atenção psiquiátrica, criou mais hospitais psiquiátricos privados, industrializando a loucura (SCHECHTMAN; ALVES, 2014).

Na década de 1970, marcada pela decadência do “milagre econômico” e pela ascensão das ideias neoliberais, a luta pela redemocratização do país se intensificou, e discussões sobre direitos humanos vieram à tona. O Movimento Sanitário, fortalecido com a abertura política, defendia a universalização e descentralização da saúde pública, democratização do acesso e oposição ao modelo biomédico. Isso resultou na Reforma Sanitária Brasileira e na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (FONTE, 2013).

Conjuntamente ao Movimento Sanitário, iniciou-se a Reforma Psiquiátrica, já que as críticas ao sistema público de saúde emergiram associadas ao inconformismo com as péssimas condições a que eram submetidos os doentes mentais. Nesse período, nasceu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que requeria melhores condições de trabalho e reivindicava a humanização dos serviços de saúde mental (FERRAZA; ROCHA, 2015). Na década de 1980, foram definidas propostas de reorganização da assistência em saúde mental, priorizando um sistema extra-hospitalar e um modelo que revertesse o caráter organicista dos procedimentos. Em meio a isto, o MTSM percebeu a necessidade de se transformar em um movimento social que abarcasse toda a sociedade. Dessa iniciativa, nasceu o Movimento de Luta Antimanicomial (FONTE, 2013).

Dentre as instâncias que compuseram a Reforma Psiquiátrica Brasileira, destacou-se a Conferência Regional para a Reestruturação

da Assistência Psiquiátrica, em Caracas (1990), que envolveu os países latinoamericanos na formulação da Declaração de Caracas. Nessa, postulou-se compromisso com a reestruturação da assistência psiquiátrica, revisão da hegemonia hospitalocêntrica e responsabilidade de propiciar a permanência dos usuários em sua comunidade, protegendo seus direitos e sua dignidade (HIRDES, 2009).

O resultado do movimento reformista foi a tramitação no Congresso Nacional Brasileiro da Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto de lei nº 3.657/89 previa a extinção progressiva dos manicômios e o redirecionamento dos recursos públicos para os serviços substitutivos, impedia a criação de novos hospitais psiquiátricos e obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária (TENÓRIO, 2002). Devido a dificuldades de aprovação, essa foi realizada apenas doze anos depois, em 2001. A lei nº 10.216/01, no entanto, não contemplava a extinção progressiva dos manicômios e não estabelecia as condições para internação psiquiátrica nos termos definidos pelo projeto original. Após a aprovação, portarias do Ministério da Saúde passaram a regulamentar a criação de serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Residências Terapêuticas (RT) (BRASIL, 2001).

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) NO BRASIL

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram criadas em 2010 e institucionalizadas pela Portaria nº 4279, sendo definidas como: “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas [...], buscam garantir a integralidade do cuidado”. São voltadas para o cuidado multiprofissional e para a centralidade nas necessidades de saúde da população; visam diminuir a concentração do cuidado em hospitais e buscam um maior acesso da população à saúde (BRASIL, 2010). A RAS visa a descentralização do cuidado e a poliarquia entre as redes e os níveis de atenção. Ademais,

permite um olhar mais integral do indivíduo, abordando aspectos biológicos e psicossociais do processo saúde-doença e construindo uma linha de cuidado composta por prevenção, tratamento e reabilitação (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004).

Apesar do preconizado na RAS, apenas em 2011, na Portaria n° 3088, institucionalizou-se uma rede de atenção voltada para pessoas com algum nível de sofrimento mental ou dependência de drogas e álcool no SUS. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) surgiu visando à integralidade do cuidado e ao respeito à autonomia dos pacientes, ao garantir maior acesso aos pontos de atenção psicossocial e sua articulação eficiente. Essa rede traz estratégias de redução de danos e promoção de atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis, além de desenvolver ações preventivas e oferecer informações sobre os direitos de cada um e os serviços ofertados (BRASIL, 2011).

Para garantir a integralidade do cuidado, vários são os componentes da RAPS. A Atenção Básica (AB) é representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família e Consultórios na Rua. A atenção especializada é composta pelas diversas modalidades de CAPS. A atenção à urgência se dá por UBSs, SAMU, Unidades de Pronto Atendimento e Prontos-Socorros. Eles devem atuar de maneira intersetorial, com diferentes estratégias de atendimento. Há também os Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2011).

Segundo a Portaria n° 336/02, os CAPS são locais destinados a pacientes psiquiátricos, fornecendo assistência diária, que inclui atendimentos individuais e em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e atendimento às famílias dos doentes, bem como atividades comunitárias que visam desconstruir a psicofobia e enfatizar a importância da reinserção social. Eles também devem agir em medidas preventivas, com a colaboração de outras redes. Os CAPS são classificados tanto por sua capacidade operacional, quanto por sua função (BRASIL, 2002).

Os CAPS I são encontrados em municípios de 20 a 80 mil habitantes e funcionam das 08 às 18 horas, durante os cinco dias

úteis da semana. Os CAPS II operam em populações de 80 a 200 mil habitantes e funcionam no mesmo horário. Em cidades com população superior a 200 mil, os CAPS III atuam, contando com serviço de 24 horas, inclusive aos fins de semana, e atuando de forma ambulatorial. Quanto à divisão qualitativa, tem-se os CAPS Álcool e Drogas, presentes em regiões com mais de 70 mil habitantes, que são destinados ao atendimento de usuários de drogas. Já os CAPS Álcool e Drogas III, indicados para regiões com população maior que 150 mil, oferecem atendimento contínuo e leitos. Ademais, há os CAPS Infantil, para regiões com mais de 70 mil habitantes, cujo atendimentos são destinados a crianças e adolescentes (BRASIL, 2002; BRASIL, 2015).

Sendo um serviço substitutivo, os CAPS constituem um dos principais pontos de articulação da RAPS. No entanto, igualmente importante, a AB é um elemento em potencial que mais se aproxima dos ideais da Reforma Psiquiátrica, pois é o serviço mais próximo da comunidade, possuindo maior vínculo com a população. Nesse contexto, também é função dos CAPS realizar o apoio matricial às equipes da AB e supervisioná-las, dando suporte por meio de atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS). O apoio matricial, ou matriciamento, é realizado por meio de discussão de casos; intervenções na comunidade; atendimentos conjuntos; desenvolvimento de estratégias de abordagem aos grupos de risco; promoção de práticas que evitem a lógica de medicalização; difusão do cuidado não manicomial; planejamento de ações de reinserção e reabilitação psicossocial; estabelecimento de iniciativas conjuntas para levantamento de dados do território (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016).

DESAFIOS ATUAIS DA RAPS

A evolução na instalação desses serviços substitutivos é acompanhada por sinais de desconstrução dos dispositivos de caráter manicomial. Os leitos psiquiátricos, que em 2002 somavam 51.393, foram reduzidos a 29.958 em 2012 (BRASIL, 2012). No entanto, a criação

de outros serviços não consegue acompanhar essa tendência (FONTE, 2013). Além disso, os serviços que integram a RAPS sofrem com a grande rotatividade de profissionais, a escassez de investimentos, a desvalorização e a falta de condições adequadas de trabalho (SANTOS; PESSOA JUNIOR; MIRANDA, 2018).

Ademais, muitos profissionais, por falta de conhecimentos científicos atualizados e de especialização na área de saúde mental, acabam por perpetuar práticas adquiridas no cotidiano de trabalho, frequentemente influenciadas pelo modelo manicomial (PESSOA JUNIOR et al, 2016). Uma avaliação feita pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2010) nos CAPS do estado de São Paulo constatou, em muitas unidades, insuficiência de quadro de pessoal; ausência de atendimento médico; falta de psiquiatras em determinados períodos; não realização de atividades na comunidade; ausência de capacitação e supervisão; e limitações de acolhimento no período noturno.

Os serviços em questão também apresentam dificuldade na articulação de ações em saúde mental na AB. Em estudo com entrevistas com usuários da RAPS, Moreira e Onocko-Campos (2017, p. 468) afirmam que:

[Os usuários] indicaram que não percebem a articulação entre serviços básicos após a entrada em um serviço específico de saúde mental. Assim, ao entrar no CAPS, parecem ter saído da rede de saúde para não voltarem mais. Em suas falas, os entrevistados demonstram que o CAPS tem conseguido poucas parcerias com a atenção básica e sentem a necessidade de maior contato com suas famílias e com outros equipamentos de seus territórios.

Portanto, conforme relatam Moreira e Onocko-Campos (2017), existe uma fragilidade na articulação entre AB e CAPS, algo que acarreta uma unilateralidade em saúde mental, impedindo que a linha de cuidado ocorra como deveria.

Diante de tal cenário, alguns questionamentos foram levantados: o matriciamento está sendo realizado? Seria a falta dele a razão para a superlotação dos CAPS e para a perpetuação de um caráter hospitalocêntrico-psiquiátrico na AB? A linha de cuidado e o caráter preventivo da saúde estão sendo mantidos? A partir destes, é gerada a pergunta de pesquisa: Como ocorre o processo de matriciamento entre os CAPS e a AB, envolvendo apoio e responsabilização na atenção à saúde mental, caso ele ocorra? É evidente a necessidade de avaliar se o processo de matriciamento, fundamental para uma adequada implementação dos fundamentos da Reforma Psiquiátrica na RAS, está efetivamente ocorrendo. Como estudantes de uma Faculdade de medicina do interior do estado de São Paulo, pela articulação ensino-serviço, a realização de um estudo voltado para os CAPS locais tem como foco a análise de como a realidade atual afeta estes serviços e sua capacidade de realização do matriciamento dentro da RAS.

O objetivo geral do estudo foi compreender o processo de matriciamento entre os CAPS e as unidades integrantes da AB do município em questão. Mais especificamente, buscou-se entender se este processo efetivamente acontece, assim como qual é o entendimento dos profissionais das equipes dos CAPS locais a respeito dele. Além disso, procurou-se explorar os pontos de vista a respeito de particularidades, potencialidades e dificuldades com as quais os profissionais da saúde da região convivem em sua prática cotidiana e que influenciam o processo de matriciamento.

O presente capítulo foca-se nos resultados relacionados ao entendimento que as equipes dos CAPS apresentaram sobre o matriciamento e sua importância.

MÉTODOS

A pesquisa teve como cenário um município do estado de São Paulo, com aproximadamente 216 mil habitantes (IBGE, 2017). Os habitantes do município são assistidos por 40 equipes da Estratégia

Saúde da Família (ESF) e 12 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), além de equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), responsáveis por ampliar o escopo e abrangência de ações da AB (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2020).

No município há três CAPS II, sendo um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), gerido pela faculdade estadual, um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e um Centro de Atenção Psicossocial adulto (CAPS adulto II), mantidos pela Secretaria Municipal de Saúde. O CAPS AD atende por volta de 300 pacientes, nas três modalidades de atendimento (intensivo, semi-intensivo e não intensivo) (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2005). O CAPSi atende cerca de 100 pacientes, atualmente com uma equipe completa. Já o CAPS adulto II atende aproximadamente 250 usuários, sendo a maioria em regime semi-intensivo (PREFEITURA DE MARÍLIA, 2018).

O estudo foi realizado com as equipes dos CAPS, caracterizando-se como uma amostra intencional (FONTENELLA, 2011). Buscou-se, assim, uma discussão multiprofissional. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília (CAAE: 15362219.4.0000.5413). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após a leitura desse.

A coleta de dados foi realizada por meio de grupos focais. Segundo Kitzinger (2000), grupo focal é uma forma de entrevista em grupo com o objetivo principal de obter o máximo de informações sobre um tópico pré-determinado; neste trabalho, focou-se no processo de matriciamento na perspectiva dos CAPS.

Foram realizados dois encontros com cada equipe, sendo o primeiro para coleta de dados e o segundo para validação, com exceção do CAPS AD, em que três encontros foram necessários. Cada encontro teve duração de aproximadamente uma hora e o conteúdo foi audio-gravado. Cada grupo focal teve a presença de um moderador e dois observadores, para condução e registro da atividade, respectivamente.

Os participantes responderam individualmente a uma Ficha de Caracterização sobre seus dados pessoais, de formação e de atuação profissional. Os encontros dos grupos focais foram guiados por um Roteiro de Entrevista, contendo perguntas relacionadas ao Matriciamento, elaborado pelos pesquisadores, de acordo com os objetivos do estudo. Neste artigo são apresentados e discutidos os resultados relacionados à pergunta: “O que vocês entendem por matriciamento e qual a sua importância?”

Como elemento disparador da discussão, foi utilizado um pequeno texto com a definição de matriciamento: “o matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população” (BRASIL, 2011).

As informações registradas foram analisadas por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que busca reconstituir um pensamento coletivo a partir de depoimentos individuais. Baseia-se na teoria das Representações Sociais, em que o indivíduo, por estar inserido em um contexto de sociedade, torna-se representativo do sujeito coletivo, além de expressar sua própria opinião (LEFREVE; LEFREVE, 2006).

A cada resposta individual, foram identificadas Expressões-Chave (EC), que são trechos mais significativos dessas respostas. A síntese do conteúdo manifestado nas EC são as Ideias Centrais (ICs). A partir das ICs, constroem-se discursos-síntese, em que o pensamento de um grupo é apresentado como um discurso individual, o DSC.

Assim, as entrevistas foram transcritas e, a partir das falas de cada equipe, foram obtidas ICs, que demonstram a visão dos serviços a respeito do conceito de matriciamento. Com isso, foram construídos os Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs), que expressam a forma de pensar de cada CAPS como um todo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos três CAPS estudados, a maior parte da equipe pôde estar presente nos grupos focais, contribuindo para a pesquisa. A tabela 1 indica os profissionais, de diferentes categorias, incluindo os residentes, que puderam participar de pelo menos um dos encontros, garantindo um total de 40 profissionais entrevistados.

Tabela 1 – Profissionais participantes da pesquisa dos três CAPS

Categoria Profissional	CAPS adulto II	CAPS AD	CAPSi	Total
Enfermeiro	2	3	1	6
Terapeuta Ocupacional	1	2	3	6
Auxiliar de Enfermagem	-	2	1	3
Psicólogo	2	3	1	6
Assistente Social	1	2	-	3
Educador Físico	-	1	-	1
Artesão	-	1	-	1
Médico	1	-	3	4
Técnico de Enfermagem	3	-	4	7
Psicopedagogo	-	-	1	1
Fonoaudiólogo	-	-	1	1
Auxiliar de escrita	-	-	1	1
Total	10	14	16	40

Fonte: Autoria própria

No Quadro 1 são apresentadas as ICs identificadas. Em seguida, os resultados serão discutidos e ilustrados por meio de trechos dos DSCs elaborados, identificando-se os CAPS e o número respectivo da Ideia Central (IC). Em alguns trechos, utilizou-se a fala literal dos participantes, transcrita.

Quadro 1 – Ideias Centrais sobre Matriciamento dos três CAPS participantes

CAPS Adulto II	CAPS AD	CAPSi
IC 1: Matriciamento como construção colaborativa do cuidado a partir de um serviço especializado.	IC 1: Matriciamento como suporte técnico-pedagógico para e entre serviços e profissões.	IC 1: Compartilhamento do conhecimento entre os serviços para o cuidado integral do paciente e da família.
IC 2: Projeto Terapêutico Singular (PTS) como sinônimo de matriciamento.	IC 2: A prática do matriciamento se aproxima mais da atenção básica por meio do NASF.	IC 2: Fragilidades do CAPS na compreensão e na construção do matriciamento.
IC 3: Importância do matriciamento na construção do cuidado integral de pacientes que requerem maior atenção.	IC 3: Matriciamento importante pois amplia a discussão a respeito da saúde mental.	IC 3: Importância de todos os serviços e profissionais se responsabilizarem pelas demandas em saúde mental.
IC 4: Matriciamento como aprendizado para a rede de atenção à medida que aprende encaminhar ao CAPS os casos devidos.		

Fonte: Autoria própria

A representação de duas equipes em relação ao conceito de matriciamento é de uma construção colaborativa do cuidado, com base na participação de diferentes profissionais e do CAPS, a partir de seu olhar de especialista:

Eu entendo como uma conversa colaborativa com outros setores de um serviço que é especializado. Matriciar no sentido de ajudar a pensar, de orientar... É alguém que tem o conhecimento e que vai ajudar as outras pessoas a pensar o cuidado, né? (CAPS Adulto II, IC 1, DSC).

O matriciamento, eu acho que tem a ver com esse aprendizado, baseado na prática, e tem a ver com assistência compartilhada. Então tem esse suporte técnico-pedagógico (CAPS AD, IC 1, DSC).

Esse conceito vai ao encontro do que define o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (BRASIL, 2011), do Ministério da Saúde, quando se refere ao apoio matricial como um novo modo de produzir saúde em que as equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. A elaboração reflexiva das experiências é feita dentro de um

contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção (BRASIL, 2011). Ademais, de acordo com Campos e Domitti (2007), o matriciamento em saúde objetiva tanto assegurar retaguarda especializada aos profissionais da atenção à saúde, quanto o suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.

Na compreensão de um CAPS, o matriciamento, ao ser uma estratégia para compartilhar conhecimento, promove-se um cuidado mais integral:

No meu entendimento, o matriciamento é esse compartilhamento de conhecimento... Eu acho que essa troca que a gente faz é extremamente importante, porque a gente olha como o todo. Então, a gente precisa desse contato, do olhar deles, trocar informações (CAPSi, IC 1, DSC).

Discutir com outros serviços para saber para onde encaminhar: 'O que eu faço com esse paciente? [...] Ele é de quem?' No nosso caso, muitas vezes a melhora do paciente depende da melhora da família. Então, tem que saber o que acontece com o usuário que faz parte daquela área. Ajuda muito para dar direção para o caso também (CAPSi, IC 1, DSC).

Isso condiz com a definição de Campos e Domitti (2007), de que o apoio matricial amplia as formas de se realizar a clínica e a integração entre distintas especialidades. Para ampliar ainda mais os alcances do matriciamento, o aprendizado de toda Rede de Atenção é envolvido:

Para a rede, isso vira um matriciamento, porque a gente está devolvendo o paciente para o local certo. E talvez o matriciamento seja até uma EP (Educação Permanente) indireta para a rede, pra aprender o que realmente encaminhar para o CAPS ou não (CAPS Adulto II, IC 4, DSC).

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), os profissionais da Atenção Básica devem conhecer a linha de cuidado em saúde mental planejada para seu território, isto é, devem saber a que

profissionais podem recorrer para discutir os casos mais complexos (sejam eles do NASF-AB, CAPS, equipes especializadas em saúde mental em UBS, ou outros serviços de Saúde).

Para Campos e Domitti (2007), o matriciamento implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado. Nesse cenário, uma das equipes lembra do Projeto Terapêutico Singular (PTS):

Pensar junto para fazer um PTS de qualidade para aquele paciente, né? Acho que quando fala de construção coletiva de um PTS, isso é a cara de um matriciamento mesmo (CAPS Adulto II, IC 2, DSC).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido (BRASIL, 2008). Nesse sentido, compreende-se porque acabam por ver o matriciamento como sinônimo de PTS, e como ele oportuniza que outros profissionais se responsabilizem pelas demandas de saúde mental:

[...] Somos todos profissionais de saúde mental. Qualquer um, em qualquer espaço que ele esteja, ele pode ser profissional de saúde mental. Não precisa necessariamente estar dentro do CAPS (CAPSi, IC 3, DSC).

É importante porque tem determinados casos que não têm jeito, a gente realmente precisa matricular com as unidades de saúde, porque ultrapassa, né? É um paciente que requer mais cuidados. Então, quando você senta com a rede surgem outras estratégias de cuidado [...] Então você consegue cuidar melhor, de uma forma integral (CAPS Adulto II, IC 3, DSC).

De acordo com Campos e Nascimento (2007), a proposta de apoio matricial é a contribuição de conhecimentos e a prática conjunta das ações, com o envolvimento de diversas categorias para a construção de projetos terapêuticos para casos complexos.

No atual modelo hegemônico, os serviços da atenção primária encaminham para os especialistas nos ambulatórios, CAPS e/ou hospitais e, na maioria das vezes, não sabem o resultado da consulta ou internação do usuário. Há problemas nos processos de Referência e Contrarreferência e falhas de comunicação entre os serviços da rede. Dessa forma, a pessoa em sofrimento psíquico é encaminhada e os profissionais da atenção primária nem sempre assumem a responsabilidade pela continuidade do seu cuidado, entendendo que o usuário passa a ser do serviço especializado. No matriciamento, as duas equipes interagem, traçando juntas um projeto terapêutico, num apoio que gera novas possibilidades, além de reunirem seus conhecimentos sobre aquele indivíduo. Essa troca de saberes gera a primeira possibilidade de rede, que vincula, que corresponsabiliza (BRASIL, 2011). Consoante a isso, os CAPS entendem que um dos benefícios do apoio matricial é a ampliação da discussão a respeito de saúde mental:

[O matriciamento] tem uma resposta, acaba tendo uma repercussão. A discussão abre, amplia, então tem um benefício e uma repercussão daquilo que a gente leva (CAPS AD, IC 3, DSC).

Segundo Souza, Amarante e Abrahão (2019), as rupturas no modelo tradicional de assistência e avanços no campo da saúde mental almejam a ampliação da clínica da atenção psicossocial. Para tanto, é preciso qualificar as equipes da AB, e um dos dispositivos para a implementação dessa estratégia é o apoio matricial (SOUZA; AMARANTE; ABRAHÃO, 2019). Conforme Taniguchi (2018), com o estigma da agressividade relacionada aos casos de saúde mental, a falta de conhecimento, de respaldo e a ausência de matriciamento e de parcerias entre instituições de saúde, o medo é aumentado e o acompanhamento é dificultado.

Embora todos esses aspectos tenham sido levantados pelos CAPS, nem todas as equipes têm clareza se a realização do matriciamento é de fato sua responsabilidade ou se essa obrigação é apenas do NASF-AB:

A gente se aproximava bem mais da questão do matriciamento, principalmente, no NASF, na construção do projeto terapêutico, discussões de caso. Acho que o NASF é o suporte da atenção básica, nas ESFs, no caso. Eu vejo muito o trabalho do NASF na atenção básica. Fica bem claro, para mim, essa questão (CAPS AD, IC 2, DSC).

Essa associação e, conseqüente confusão, pode ser advinda do objetivo do NASF, a partir de sua criação pela Portaria nº 154/2008 (BRASIL, 2008), que é ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

No entanto, o NASF não veio para substituir os já preexistentes CAPS em sua missão de matriciador, mas como um compartilhador da responsabilidade (MEDEIROS, 2015). Ainda, segundo Minozzo e Costa (2013), o matriciamento é uma atribuição de serviços especializados, o que inclui tanto o NASF como o CAPS.

Os resultados também indicaram que nem todas as equipes se sentem seguras em afirmar que compreendem o que é matriciamento e sentem que há necessidade de trabalhar melhor o que é esse conceito e sua prática dentro da equipe:

Eu penso que essa questão de matriciamento, eu acho que ela ainda tem que ser mais construída na própria equipe, né? Porque a gente coloca como procedimento nos vários instrumentos que a gente tem que informar. Mas, o que é o matriciamento para a equipe, como deveria ser... Eu penso que ainda a gente não chegou nessa discussão. Eu penso que a gente teria que se empoderar mais do que é isso e realmente fazer mais e atuar mais nessa questão do matriciamento. [...] é um espaço que tem que ser ainda trabalhado e construído (CAPSi, IC 2, DSC).

A dificuldade de compreensão do conceito de matriciamento, em como implementá-lo e as demais repercussões dele para a Rede

indicam a importância de investimento na formação dos profissionais das equipes. Isto pode se dar por meio de capacitações que abordem questões teóricas, fundamentos e legislação e por processos de Educação Permanente, que articulem as concepções às práticas realizadas, promovendo reflexões contínuas para transformação da realidade nos serviços, especificamente ampliando o entendimento e o uso efetivo desta potente ferramenta para a rede que é o matriciamento.

CONCLUSÕES

Por meio do estudo, percebeu-se que há, em geral, a compreensão das equipes dos CAPS sobre o conceito do matriciamento, visto que suas principais diretrizes foram mencionadas. No entanto, ainda existe uma demanda por formação continuada e permanente em relação às competências e interrelações com outras estratégias de apoio à Saúde Mental, como o NASF.

As equipes reconhecem a importância do matriciamento a partir de um trabalho interdisciplinar e em Rede na construção de um cuidado mais integral, no cuidado de casos mais complexos e na difusão do conhecimento e empoderamento na área da Saúde Mental.

No entanto, a integração AB-CAPS por meio do matriciamento pode estar prejudicada, em função de dificuldades de entendimento a respeito do conceito e responsabilização por colocá-lo em prática. Ampliar o conhecimento e entendimento das equipes a respeito do matriciamento é primordial para maior integração da RAPS e para um atendimento integral e humanizado do paciente que necessita de cuidados em saúde mental, independentemente do serviço em que esteja inserido.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 10216, 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. Diário

Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 138, p. 2, 9 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 7 fev. 2019.

BRASIL. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2018.

BRASIL. Portaria nº 3088, 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 149, p. 230, 23 dez. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 27 dez. 2018.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 139, p. 22, 19 fev. 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 7 fev. 2019.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único De Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano, p. 88, 30 dez. 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 7 fev. 2019.

BRASIL. Saúde Mental em Dados - 11. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Saúde mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. Relatório de gestão 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília, 2007.

BRASIL. Guia prático de matriciamento em saúde mental. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em: 28 jun. 2020.

BRASIL. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 28 jun. 2020.

BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 mar. 2008. Seção 1, p. 38 a 42.

CAMPOS, F. C. B.; NASCIMENTO, S. P. S. **O apoio matricial**: reciclando a saúde mental na atenção básica. Caderno IPUB, n. 24. Saúde Mental na Atenção Básica. Rio de Janeiro, 2007. p. 91-99.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência**: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo**. São Paulo: CREMESP; 2010.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Caderno da Residência Multiprofissional em Saúde Mental**. Marília: FAMEMA, 2020.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **CAPS-AD da Famema promove atividade de combate ao tabagismo**. Marília: FAMEMA, 2005. Disponível em: <<http://www2.famema.br/visualizar.php?id=351>>. Acesso em: 6 mar. 2019.

FERRAZA, D. A.; ROCHA, L. C. **Sobre a reforma psiquiátrica brasileira: história e âmbitos atuais de luta**. Barbarói, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 45, p. 274-292, 2015. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/5690/5250>. Acesso em: 15 set. 2018.

FONTANELLA, B. J. B et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/3bsWNzMMdvYthrNCXmY9kjQ/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

FONTE, E. M. M. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos Sociológicos**, Recife, v. 1, n. 18, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235>>. Acesso em: 27 fev. 2019.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. A Integralidade e as linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al (org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil**: uma (re) visão. Cienc Saude Colet, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**: Marília. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/marilia/panorama>>. Acesso em: 4 nov. 2018.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. (org.). **Qualitative research in health care**. 2nd ed. London: BMJ Books, 2000. p. 20-29.

LEFREVE, F.; LEFREVE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface Comunic. Saúde. Educ. Botucatu**, v. 10, n. 20, p. 517-524, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/17.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2019.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MEDEIROS, R. H. A. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1165-1184, Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000401165&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul. 2020.

MINOZZO, F.; COSTA I. I. Integrando CAPS e Saúde da Família: apoio matricial em saúde mental. In: Neves R, Paulon S, organizadores. **Saúde mental na Atenção Básica**: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina; 2013. p. 61-82.

MOREIRA, M. I. B.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 462-474, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n2/1984-0470-sausoc-26-02-00462.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.

PESSOA JUNIOR, J. M. et al. Formação em saúde mental e atuação profissional no âmbito do hospital psiquiátrico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 3, e3020015, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-3020015.pdf. Acesso em: 4 nov. 2018.

PREFEITURA DE MARÍLIA. **Marília amplia estrutura dos CAPS e atua em rede para fortalecer saúde mental**. Marília: Prefeitura de Marília, 2018. Disponível em: <<http://www.marilia.sp.gov.br/prefeitura/marilia-amplia-estrutura-dos-caps-e-atua-em-rede-para-fortalecer-saude-mental/>>. Acesso em: 4 nov. 2018.

PREFEITURA DE MARÍLIA. **Prefeitura de Marília e equipe da Saúde entregam novo espaço do CapsCom-Viver**. Marília: Prefeitura de Marília, 2018. Disponível em: <<http://www.marilia.sp.gov.br/prefeitura/prefeitura-de-marilia-e-equipe-da-saude-entregam-novo-espaco-do-caps-com-viver/>>. Acesso em: 4 nov. 2018.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 16-69.

SANTOS, R. C. A.; PESSOA JUNIOR, J. M.; MIRANDA F. A. N. Rede de atenção psicossocial: adequação dos papéis e funções desempenhados pelos profissionais. **Rev Gaucha Enferm**, Porto Alegre, v. 39, e57448, 2018. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e57448.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.

SCHECHTMAN, A.; ALVES, D. S. A. Organização da Política de Saúde Mental. *In*: JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R. F. (Org). **Políticas e Cuidado em Saúde Mental**: contribuições para a prática profissional. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014, cap. 2, p. 41-58.

SOUZA, A. C.; AMARANTE, P. D.; ABRAHÃO, A. L. Inclusion of mental health in primary health care: care strategy in the territory. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 72, n. 6, p.1677-1682, Dez. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000601677&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2020.

TANIGUCHI, T. G. **(Des)enCAPSulando: os agentes comunitários de saúde e o cuidado da pessoa com transtorno mental**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-18102018-083105/>>. Acesso em: 10 out. 2020.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

SAÚDE MENTAL DO PROFISSIONAL DA SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE O ADOECIMENTO NO TRABALHO

Adrieli Cristina Jacomini
Danielle Abdel Massih Pio
Márcia Aparecida Padovan Otani

INTRODUÇÃO

O impacto do trabalho na saúde física e mental dos profissionais tem sido considerado um importante foco de atenção e pesquisas nos últimos anos. O trabalho pode ser visto como fonte de realização profissional, no entanto, pode-se muitas vezes gerar problemas de insatisfação e exaustão, o que pode afetar a qualidade dos serviços prestados (SILVA et al., 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde mental no trabalho é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade. Estatísticas apontam que uma a cada cinco pessoas no trabalho podem sofrer de algum problema de saúde mental. Esses problemas vão impactar diretamente no ambiente de trabalho, causando perda de produtividade e faltas ao trabalho, entre outros (BRASIL, 2017).

Há pesquisas que correlacionam sintomas psíquicos e sofrimento relacionado ao trabalho. Um de seus modelos conceituais é a Síndrome de *Burnout*, também chamada de Síndrome de Esgotamento Profissional. Considerada doença do trabalho e problema de saúde pública, caracteriza-se pela resposta a fontes crônicas de estresse emocional e interpessoal. De concepção multidimensional, sua incidência é significativa entre trabalhadores da saúde (FERNANDES; NITSCHKE; GODOY, 2018), com pesquisas eviden-

ciando o predomínio de profissionais de medicina e enfermagem, do gênero feminino e com atuação em hospitais e unidades básicas de saúde (JARRUCHE; MUCCI, 2021).

Com repercussões no âmbito pessoal, institucional, governamental e no cuidado com os pacientes, o estudo de Jarruche e Mucci (2021) identificaram, além do elevado índice de síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde, o alto risco de incidência de outros transtornos mentais.

Associações com a Síndrome são investigadas, como no estudo de Fernandes, Nitsche e Godoy (2018), que verificou a presença de *Burnout* entre profissionais de Enfermagem, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) em um Hospital universitário, e a associação com o consumo de álcool e tabaco. O álcool foi associado positivamente com a situação de trabalho além de outros fatores e, em alguns casos, de uso excessivo, interferindo nas atividades laborais. Sobre o consumo de tabaco evidenciou-se o aumento do uso como escape, diante da exaustão emocional, diminuição da realização profissional e despersonalização. Os impactos citados são diversos: a queda da qualidade no trabalho, o aumento no absenteísmo, a rotatividade de trabalhadores, o número de acidentes de trabalho, influenciando nos aspectos financeiros das empresas e de sua imagem, além dos gastos com a saúde. Abrange-se, nesse sentido, fatores de ordem pessoal, empresarial, governamental e com relação ao sofrimento das pessoas atendidas (JARRUCHE; MUCCI, 2021).

O ambiente de trabalho influencia na qualidade de vida do trabalhador, visto que o mesmo passa um terço de sua vida em função desta rotina. A busca por qualidade de vida dentro das organizações torna-se cada vez mais constante, pois há o entendimento de que não é possível trabalho satisfatório e produtivo sem um ambiente de trabalho saudável (CLEIN; TONELLO; PESSA, 2014).

A organização do trabalho, a submissão a chefias autoritárias, a falta de comunicação entre as pessoas, o aumento no ritmo de trabalho e a exigência crescente de produtividade também são fatores que

podem afetar a saúde dos trabalhadores. O assédio moral, quando um superior ou um colega de trabalho submete o trabalhador a constrangimentos ou humilhações de forma repetida e prolongada, também pode causar danos mentais (BRASIL, 2017).

Os empregados devem ser orientados a reconhecer sinais de depressão entre os colegas, como a tristeza excessiva, a falta de esperança, a perda de interesse em atividades que antes traziam prazer e as modificações de apetite e hábitos de sono. Também é recomendado que o colaborador busque ajuda quando necessário e apoie quem esteja precisando de ajuda, converse com seu empregador sobre suas necessidades emocionais e pratique o autocuidado e a capacidade de se adaptar a novas situações (BRASIL, 2017).

A satisfação e insatisfação no trabalho em saúde têm implicações na saúde dos profissionais e nos resultados da assistência prestada. Indivíduos mais satisfeitos apresentam melhor qualidade de vida e menores índices de adoecimento físico e mental (LIMA et al., 2014).

Este estudo tem como base as experiências da primeira autora, enquanto residente em saúde mental, onde pode observar fragilidades dos serviços, no âmbito da atuação de cada profissional e as repercussões em sua saúde mental. Ademais, foi possível perceber que as instituições ainda se organizam pouco para o cuidado com a saúde mental do trabalhador, o que acaba gerando estresse e esgotamento emocional, com comprometimentos no cuidado prestado.

Nesse sentido, esta revisão teve como objetivo compreender o que a literatura descreve acerca da saúde mental dos profissionais de saúde e caracterizar a saúde mental dos profissionais que atuam na área.

Diante disso, espera-se, com essa pesquisa, propor estratégias que protejam ou fortaleçam a saúde mental dos profissionais de saúde, com alcances maiores no autocuidado e à qualidade do cuidado prestado.

MÉTODO

O método utilizado é a revisão integrativa da literatura, cuja finalidade é reunir e sintetizar achados de estudos realizados, com base nas diferentes metodologias, visando contribuir para o aprofundamento de conhecimento do tema escolhido (SOARES et al., 2014).

O processo de elaboração deste estudo seguiu as seis fases descritas por Ganong (1987): 1ª fase: elaboração da(s) pergunta(s) norteadora(s); 2ª fase: busca ou amostragem da literatura; 3ª fase: coleta de dados; 4ª fase: análise crítica dos estudos incluídos; 5ª fase: discussão dos resultados; 6ª fase: apresentação da revisão integrativa.

A questão de pesquisa elaborada a partir do objetivo que norteou essa revisão integrativa foi: Como tem sido caracterizada a saúde mental dos profissionais que atuam na área de saúde?

A busca e a coleta de dados se deram nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Os descritores utilizados foram: saúde mental, pessoal de saúde e saúde do trabalhador. O período de coleta de dados foi de junho a dezembro de 2018. Os critérios de inclusão foram artigos de periódicos publicados no período de 2014 a 2018, cujo título e/ou resumo fizerem referência à temática. Como critérios de exclusão, não foram selecionadas teses, dissertações, monografias e livros. Quanto aos tipos de artigos foram excluídas as revisões de literatura.

A coleta totalizou 2.256 artigos, foi realizada uma leitura crítica e reflexiva dos títulos e dos resumos encontrados. Posteriormente, com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, e a avaliação da qualidade metodológica, foram selecionados 67 artigos, destes 42 foram excluídos após leitura completa, pois não contribuíam para a discussão da pesquisa. Assim elencou-se 17 artigos na base de dados LILACS e 8 na base de dados SCIELO, e como houve duplici-

dade de 7 artigos nas duas bases de dados consultadas, obteve-se uma amostra final de 18 artigos.

Em um segundo momento foi realizado a análise dos artigos selecionados, extraindo dos mesmos as informações que os caracterizam, assim como a definição das categorias de análise referentes à saúde mental dos profissionais da saúde.

RESULTADOS

No conjunto dos 18 artigos analisados, todos desenvolvidos no Brasil, identificou-se que o maior número de publicações ocorreu no ano de 2014, com 8 artigos; seguido de 2015 e 2016, com 4 artigos cada e o ano de 2018, com 2 artigos.

Com relação aos periódicos, os 18 artigos foram publicados em periódicos nacionais. As revistas com maior número de publicações foram a Revista de enfermagem UFPE, Acta Paulista de Enfermagem, Revista Ciências e Saúde Coletiva e Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, com 2 publicações cada. As demais tiveram a publicação de um dos artigos incluídos nesta revisão: Revista Ciência, Cuidado e Saúde; Revista Brasileira de Enfermagem; Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste; Saúde e Pesquisa; Revista Brasileira Medicina Família e Comunidade; Caderno de Saúde Coletiva; Revista de Enfermagem da UERJ; Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental; Revista CUIDARTE e; Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.

Foram organizados dois quadros com dados dos artigos analisados. No primeiro são identificados os autores, o ano de publicação, o método utilizado e a síntese dos resultados de cada artigo (Quadro 1).

Quadro 1 – Caracterização dos artigos de acordo com o autor(es), ano de publicação, objetivo(s), método e principais resultados.

Continua

Autores, ano de publicação	Título do artigo	Método (tipo de estudo, instrumento de coleta e análise de dados)	Principais resultados
Ferreira et al. (2015) 1	Identificar a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre o cuidado de si; descrever ações que os trabalhadores realizam para cuidarem de si; e discutir as repercussões do cuidado para a sua saúde.	Estudo qualitativo, Entrevistas, Análise de conteúdo	O descuido dos profissionais em relação a si prejudica a execução satisfatória das atividades, podendo resultar na ineficiência do processo produtivo e na ocorrência de distúrbios psicobiológicos. O cuidado de si repercute positivamente no contexto biopsíquico e social do trabalhador, uma vez que esta prática favorece a promoção e manutenção da saúde. Destacam-se o lazer, atividades físicas, dieta saudável, bom relacionamento interpessoal e a atuação em ambiente laboral que viabilize o cuidado de si, são apontados como práticas que favorecem o bem-estar físico e mental.
Machado et al. (2014) 2	Estimar a ocorrência de agravos a saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital na Bahia.	Estudo quantitativo, Questionário e <i>Job Content Questionnaire</i> , <i>Self Report Questionnaire (SRQ-20)</i> , <i>Mine Sleep Questionnaire (MSQ)</i> , Análise descritiva.	Os resultados apontaram prevalência de 47,0% para o cansaço mental, 33,7% para nervosismo e 24,3% de esquecimento frequente, sendo os enfermeiros mais acometidos por estes sintomas. Os enfermeiros tiveram maior frequência de agravos posturais e queixas de saúde mental enquanto as queixas de agravos respiratórios foram mais prevalentes entre técnicos e auxiliares de enfermagem.
Gasparino; Guirardello (2015) 3	Avaliar o ambiente da prática profissional do enfermeiro, sua relação com a síndrome de <i>Burnout</i> e diferenças entre três instituições.	Estudo quantitativo, <i>Maslach Burnout Inventory Nursing work index Revised</i> Análise descritiva e estatística.	A maioria dos enfermeiros demonstrou satisfação com o trabalho, boa qualidade da assistência e a minoria tinha intenção de deixar o emprego. Comparando as instituições, a de nível secundário, apresentou uma prática de enfermagem com mais autonomia, maior controle sobre o ambiente, boas relações com a equipe médica e menores níveis de exaustão emocional.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos de acordo com o autor(es), ano de publicação, objetivo(s), método e principais resultados.

Continuação

Autores, ano de publicação	Título do artigo	Método (tipo de estudo, instrumento de coleta e análise de dados)	Principais resultados
Nery et al. (2018) 4	Quantificar, dentre os profissionais de saúde que atuam no setor de hemodálises, os que são acometidos pela Síndrome de <i>Burnout</i> .	Estudo quantitativo, <i>Maslach Burnout Inventory</i> <i>Pro QOL-V</i> <i>Software SPSS</i> Análise descritiva.	Há uma vulnerabilidade considerável dos profissionais de saúde das hemodálises para a Síndrome de <i>Burnout</i> . Suas prevalências estão ligadas a algumas condições como: sexo (ambos têm prevalência baixa nas três dimensões: Exaustão Emocional e Despersonalização e Baixa Realização Profissional); estado civil (os casados são mais afetados pela doença) e trabalhar em mais de um emprego (menor propensão de desenvolver a Síndrome de <i>Burnout</i>).
Simões; Bianchi (2016) 5	Avaliar a prevalência da Síndrome de <i>Burnout</i> e a qualidade do sono em técnicos de enfermagem.	Estudo quantitativo, <i>Maslach Burnout Inventory</i> <i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i> . Análise descritiva.	A ocorrência de <i>Burnout</i> e a má Qualidade de Sono na população em estudo foi elevada, possivelmente em função dos horários em turno noturno, bem como jornadas de até três turnos de trabalho em busca de salários mais satisfatórios.
Tavares et al. (2014) 6	Identificar a ocorrência da síndrome de <i>Burnout</i> em residentes de enfermagem.	Estudo quantitativo, <i>Maslach Burnout Inventory</i> <i>Questionário</i> sociodemográfico, Análise descritiva, Teste Alfa de Cronbach	Apesar do quantitativo de residentes com alterações nas dimensões que caracterizam o <i>Burnout</i> não ser representativo, observou-se que houve um número de indivíduos com pontos de corte próximo da classificação de alterações, o que levou a considerá-los como propensos ao desenvolvimento da síndrome. Ser jovem, do gênero feminino, solteiro, sem filhos, e estar em início da carreira profissional e alocado em programas de residência de alta complexidade (cardiovascular e terapia intensiva) foram fatores predisponentes a síndrome de <i>Burnout</i> em um grupo de residentes de enfermagem.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos de acordo com o autor(es), ano de publicação, objetivo(s), método e principais resultados.

Continuação

Autores, ano de publicação	Título do artigo	Método (tipo de estudo, instrumento de coleta e análise de dados)	Principais resultados
Fonsêca et al. (2018) 7	Avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem obstétrica acerca da Síndrome de <i>Burnout</i> .	Estudo qualitativo, Entrevista semiestruturada, Análise de conteúdo.	Menos da metade das pessoas pesquisadas conhece a síndrome de <i>Burnout</i> ou já ouviu falar algo, mesmo sendo profissionais com uma forte tendência a adquirir essa síndrome. Os que a conhecem, caracterizam como um estresse ocupacional. A maioria possui carga horária semanal de trabalho superior a 36 horas, sendo a amostra composta, ainda, por mulheres casadas, com filhos e que realizam atividades domésticas.
Martins et al. (2014) 8	Descrever a indicação de esgotamento profissional com base na alta exaustão emocional, alta despersonalização ou baixa realização pessoal.	Estudo quantitativo <i>Maslach Burnout Inventory</i> <i>Software SPSS®</i> Teste Alfa de Cronbach	Dos 149 participantes do estudo, foram classificados 101 profissionais com indicação positiva para EP. As variáveis associadas positivamente com indicativo de esgotamento profissional foram: possuir idade inferior à mediana da população (> 29,5 anos) e fazer uso de medicamentos "calmantes, tranquilizantes e remédios para dormir. Esses indicativos podem estar relacionados à problemas psiquiátricos associados.
Moreira et al. (2016) 9	Descrever os fatores sociodemográficos e ocupacionais; Avaliar a prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, RS	Estudo quantitativo <i>Self-Reporting Questionnaire</i> . <i>Software SPSS®</i> Teste Exato de Fisher	A idade média dos participantes foi de 37,1 anos, sendo a maioria agentes comunitários de saúde, do sexo feminino, casadas, com filhos, renda per capita de até 2 salários mínimos e ensino médio completo. A prevalência geral de transtorno mental comum foi de 19,7%, estando presente em todas as categorias profissionais, e mais frequente entre os enfermeiros (25%), porém sem diferenças estatísticas significantes.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos de acordo com o autor(es), ano de publicação, objetivo(s), método e principais resultados.

Continuação

Autores, ano de publicação	Título do artigo	Método (tipo de estudo, instrumento de coleta e análise de dados)	Principais resultados
Campos; David; Souza (2014) 10	Avaliar os fatores causadores de prazer e sofrimento para o enfermeiro intensivista.	Estudo quantitativo Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), Estatística descritiva (frequência, média e desvio-padrão). Teste Alfa de Cronbach	Para os fatores de prazer, a liberdade de expressão apresentou uma avaliação satisfatória, e a realização profissional foi apreciada de maneira crítica. Para os fatores de sofrimento, observou-se uma avaliação crítica para o esgotamento profissional, e uma apreciação satisfatória para falta de reconhecimento. O estudo permitiu compreender melhor a subjetividade impressa no trabalho de enfermagem.
Silveira; Câmara; Amazarray (2014) 11	Estudar a prevalência da SB (Perfil 1 e Perfil 2) e seus preditores entre profissionais da atenção básica de dois distritos sanitários de Porto Alegre/RS.	Estudo quantitativo Questionário sociodem. <i>Self-Reporting Questionnaire</i> SRQ-20 <i>Questionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo</i> , Estatística descritiva, Teste Qui-quadrado e Alfa de Cronbach Análise de regressão linear simples	Constatou-se que 18% dos profissionais apresentaram SB perfil 1 e 11% perfil 2. Os preditores para SB perfil 1 foram presença de TMC, cansaço, maior tempo de profissão, não ter filhos, apenas trabalhar, residir em Porto Alegre e trabalhar em UBS. Os preditores para o perfil 2 foram semelhantes, exceto pelas variáveis cidade e tipo de unidade.
Alves et al. (2015) 12	Verificar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) entre os profissionais de saúde de um hospital de universitário.	Estudo quantitativo <i>Self-Reporting Questionnaire</i> SRQ-20, Estatística descritiva, análise bivariada, teste qui quadrado, razão de prevalência e modelo de regressão logística binária.	Entre os profissionais de saúde detectou-se uma prevalência geral de 27,9% para TMC. A presença de TMC na população estudada indica que, devido ao caráter subjetivo dos distúrbios não psicóticos, muitos profissionais podem estar subdiagnosticados, e por isso podem não estar se submetendo a um tratamento adequado.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos de acordo com o autor(es), ano de publicação, objetivo(s), método e principais resultados.

Continuação

Autores, ano de publicação	Título do artigo	Método (tipo de estudo, instrumento de coleta e análise de dados)	Principais resultados
Ramos et al. (2014) 13	Caracterizar as situações que favorecem ou interferem na Qualidade de Vida no Trabalho de enfermagem em terapia intensiva e analisar as repercussões da Qualidade de Vida.	Estudo qualitativo Entrevista semiestruturada Análise temática de conteúdo.	Os sujeitos não relacionaram todos os determinantes implicados na Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). Não possuem uma QVT almejada, embora alguns deles considerem que a têm, o que é justificado pelo processo de alienação a que possam estar submetidos. Essa baixa QVT provoca danos à saúde do trabalhador, levando a desgastes físicos e mentais, identificados pelo estresse e dores no corpo. Com isso, os sujeitos se sentem desestimulados ou incapacitados de prestar uma assistência de qualidade, o que gera sofrimento psíquico por não conseguirem realizar adequadamente suas tarefas.
Worm et al. (2016) 14	Identificar os fatores de risco ao adoecimento relacionado ao trabalho de enfermagem em Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.	Estudo quantitativo Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento Análise estatística descritiva.	Os profissionais de enfermagem vivenciam em seu cotidiano laboral um misto de sofrimento e prazer. A organização do trabalho foi apontada como crítica. Os indicadores apontaram liberdade de expressão dos profissionais, mas também, falta de reconhecimento e esgotamento profissional. Dentre os danos relacionados ao trabalho destacam-se os danos físicos (como dores na coluna vertebral e alteração de sono), o “mau humor” e a “tristeza”.
Fernandes; Marziale (2014) 15	Analisar a associação entre o adoecimento de trabalhadores em saúde mental e os riscos ocupacionais.	Estudo quantitativo, retrospectivo, Questionário socio demográfico, ocupacional e de saúde dos trabalhadores, Teste de <i>Fischer</i>	Os riscos ocupacionais identificados foram principalmente; exposição a bactérias e vírus (87,12%), tabaco (82,82%), ruídos (81,60%), indução a adoção de postura corporal inadequada devido a inadequações ergonômicas (72,39%) e ao estresse (71,17%). Cerca de 64,42% dos trabalhadores adoeceram no período de estudo sendo registrados 270 diagnósticos.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos de acordo com o autor(es), ano de publicação, objetivo(s), método e principais resultados.

Conclusão

Autores, ano de publicação	Título do artigo	Método (tipo de estudo, instrumento de coleta e análise de dados)	Principais resultados
Lima et al. (2014) 16	Identificar motivos de satisfação e insatisfação dos profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Atenção Básica Tradicional (ABT).	Estudo qualitativo Entrevista e grupo focal Software de análise de dados qualitativos (ATLAS TI 7.0), Categorização com base nas falas dos sujeitos, objetivo e referencial teórico.	Motivos de satisfação: afinidade com a profissão/gostar do que faz, satisfação dos usuários com a assistência recebida, trabalho em equipe; vínculo entre profissionais e usuários. Motivos de insatisfação: problemas nas relações com usuários/famílias; salário insuficiente e dificuldades no trabalho em equipe; déficit nos instrumentos e ambiente de trabalho, carga horária excessiva e falta de compreensão sobre o modelo de atenção em saúde.
Cardoso; Araújo (2016) 17	Identificar as principais ações em saúde mental relacionada ao trabalho realizadas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador CEREST)	Estudo quantitativo Questionário Análise estatística descritiva	As ações na área de saúde mental relacionadas ao trabalho realizadas pelos CEREST ainda são incipientes, tanto na área da assistência quanto na educação em saúde e vigilância em saúde. A saúde mental não tem sido prioridade na área técnica do SUS de saúde do trabalhador. Destaca-se a importância das ações realizadas pelos CEREST, bem como as ações intersectoriais entre esses centros e os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial.
Silva et al. (2015) 18	Avaliar a prevalência de Síndrome de <i>Burnout</i> e fatores associados em profissionais de nível superior vinculados à Rede de Atenção Primária à Saúde (REAP) do município de Aracaju/SE	Estudo quantitativo Questionário socio demográfico, ocupacional e de saúde Maslach Burnout Inventory Análise estatística (Quiquadrado, análise de variância e pós-teste de Tukey).	A maioria dos profissionais de saúde da Rede de Atenção Primária de Aracaju não apresenta a Síndrome de Burnout (prevalência de 6,7% a 10,8%). No entanto, foi alto o índice de predisposição para esta síndrome. Os fatores associados foram idade mais jovem, carga horária de trabalho excessiva e insatisfação profissional.

Fonte: os autores.

Com relação aos sujeitos dos estudos identificou-se que 5 deles foram realizados com profissionais de enfermagem, 5 com profissionais da saúde, 2 com enfermeiros, 2 com médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde,

1 com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos e assistentes Sociais, 1 com enfermeiros e gestores hospitalares, 1 com enfermeiro residente e 1 com serviço de saúde. Observou-se que o profissional da enfermagem foi a classe mais acometida com agravamentos mentais decorrentes ao trabalho, estando estes profissionais envolvidos em todos os artigos analisados.

Ao analisar os resultados dos estudos, a fim de responder à questão de pesquisa desta revisão, identificou-se os principais fatores relacionados a saúde mental dos trabalhadores da saúde e os riscos que os mesmos estão expostos. Assim, foram identificadas as seguintes categorias: (1) Qualidade de vida e satisfação com o trabalho, e (2) Estresse e esgotamento mental. O quadro 2 mostra o agrupamento dos artigos, de acordo com as categorias, com base nas similaridades de seus conteúdos.

Quadro 2 – Distribuição dos artigos de acordo com as categorias analisadas

Categorias	Artigos analisados
Qualidade de vida e satisfação com o trabalho	1. A relevância do cuidado de si para profissionais de enfermagem; 2. Agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público da Bahia; 9. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS; 10. Prazer e sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho; 13. Qualidade de vida no trabalho: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem de terapia intensiva; 14. Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência; 15. Riscos ocupacionais e adoecimento de trabalhadores em saúde mental; 16. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica; 17. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil.
Estresse e esgotamento mental.	3. Ambiente da prática profissional e <i>burnout</i> em enfermeiros; 5. Prevalência da síndrome de <i>burnout</i> e qualidade do sono em trabalhadores técnicos de enfermagem; 4. Síndrome de <i>burnout</i> em profissionais da hemodiálise; 6. Ocorrência da síndrome de <i>Burnout</i> em enfermeiros residentes; 7. Síndrome de <i>burnout</i> : conhecimento da equipe de enfermagem obstétrica; 8. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde; 11. Preditores da Síndrome de <i>Burnout</i> em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS; 12. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde; 18. A síndrome de <i>burnout</i> em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil.

DISCUSSÃO

Qualidade de vida e satisfação com o trabalho

Os achados nos estudos avaliados corroboram com a literatura em relação aos fatores que propiciam diversos riscos à saúde e interferem na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem, sendo que os mesmos poderiam ser evitados ou reduzidos com medidas de proteção variadas.

A prática laboral realizada em condições inadequadas, acompanhada da desvalorização do trabalhador, relações hierárquicas conflituosas no ambiente de trabalho, favorecem o aparecimento de estresse e, somados à carga horária enfrentada pelos profissionais de enfermagem resultam em altos índices de absenteísmo, desgastes físicos e emocionais (FREIRE; COSTA, 2016).

As condições de trabalho influenciam no processo de trabalho e contribuem diretamente no processo de saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem (SANTOS; COSTA, 2016). A falta de infraestrutura física, de equipamentos e materiais no espaço do trabalho, a falta de comunicação entre a equipe multidisciplinar, a má remuneração, a falta de incentivos e a alta demanda de pacientes e de trabalho, dentre outros, podem prejudicar o reestabelecimento do quadro dos pacientes atendidos e geram consequências negativas para o profissional por serem fatores estressantes que favorecem o desenvolvimento de agravos a saúde mental do trabalhador da saúde (ALMEIDA et al., 2016).

A identificação com o trabalho, o fato de “gostar do que faz” e de se sentir participante do processo de trabalho e não apenas alguém que executa as tarefas delegadas, são fatores considerados protetores para a saúde do trabalhador. Na busca de melhoria da qualidade de vida, as atividades extra trabalho, como a prática de exercícios físicos, são destacadas como primordiais para o auto cuidado. Esta atitude favorece a prevenção de doenças cardiovasculares, como também,

pode ser uma estratégia para alívio do estresse, assegurando assim, a manutenção da saúde mental. Outro hábito como a alimentação adequada satisfaz as necessidades do organismo e mantém a saúde em equilíbrio, sendo mais uma estratégia utilizada pelos profissionais para manutenção e o cuidado de si (FERREIRA et al., 2015).

Ainda no contexto das práticas empregadas para manutenção do auto cuidado, são destacadas as atividades de lazer, caracterizadas por uma série de entretenimentos como: festas, teatro, danças, filmes, televisão, livros, entre outros. O lazer ajuda a aliviar a tensão gerada pelo trabalho, principalmente no cenário intensivista, onde os trabalhadores convivem diariamente com o sofrimento, doenças graves e morte, desencadeando uma sobrecarga emocional, com sentimentos de angústia, estresse, síndromes depressivas (FERREIRA et al., 2015).

Estresse e esgotamento mental

A grande sobrecarga de funções e as exigências para atender e prestar um serviço de qualidade para a população faz com que o trabalhador se sinta exausto e apresente grande insatisfação com o processo e a qualidade do seu trabalho (POLETTTO et al., 2016).

A Síndrome de *Burnout* é definida como “um estado de exaustão física, emocional e mental causado por um envolvimento de longo prazo em situações de alta demanda”. A síndrome resultante consistiria em sentimentos de desamparo, desesperança, de estar preso numa armadilha, pouco entusiasmo, irritabilidade, além do cansaço físico e emocional e de baixa autoestima (PINES; ARONSON, 1981).

Para Vieira e Rubio (2015) é uma síndrome psicológica resultante do esgotamento, da frustração e da falta de interesse para a execução das atividades laborais, com a presença de sintomas que vão além do estresse e do cansaço físico e mental. Essa síndrome se desenvolve em indivíduos expostos às fontes crônicas de estresse presentes no local de trabalho e acomete mais os que se relacionam intensamente com outras pessoas. É caracterizada por três componentes relacionados, mas

independentes: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal (GASPARINO; GUIRARDELLO, 2015).

A Síndrome de *Burnout* estabelece dois perfis diferenciados. O Perfil 1 caracteriza-se por um conjunto de sentimentos e condutas ligadas ao estresse laboral, originando uma forma moderada de mal-estar, mas que não impossibilita o profissional de exercer suas atividades laborais, ainda que pudesse realizá-las de melhor forma. O Perfil 2 refere-se a casos clínicos mais deteriorados em decorrência da SB, incluindo os sentimentos já apresentados, acrescidos do sentimento de culpa. Em ambos, as atitudes e os comportamentos de indolência podem ser entendidos como uma estratégia de enfrentamento para lidar com o desgaste emocional e cognitivo. No entanto, enquanto para alguns profissionais essa estratégia de enfrentamento é suficiente e possibilita o gerenciamento do estresse, para outros é percebida como inadequada e ocasiona sentimento de culpa (DIEHL; CARLOTTO, 2015).

De acordo com Silveira, Câmara e Amazarray (2014), deve-se estabelecer um equilíbrio entre interesses, expectativas e recursos que o profissional pode oferecer e aquilo que é solicitado pela instituição e esta, sendo a promotora de ações em saúde para a comunidade deve, por conseguinte, desenvolver propostas para o não-adoecimento de seus trabalhadores.

No conjunto dos artigos observa-se que todos os autores enfatizam a necessidade de intervenções por parte dos gestores das instituições de saúde no sentido de promover ações de promoção de saúde e prevenção de doenças relacionadas ao trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que, dentre os principais fatores que contribuem para o adoecimento mental dos profissionais de saúde estão o déficit de profissionais nos serviços de saúde, os turnos prolongados, as condições inadequadas de trabalho, as limitações no poder de decisão, baixa remuneração e conflitos interpessoais. As

repercussões são descritas por exaustão emocional e diminuição da realização pessoal, o que podem ser determinantes para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*.

Compreendendo o objetivo deste estudo, destaca-se que o processo de trabalho, as relações interpessoais e o ambiente, bem como a carga horária excessiva devem ser considerados fatores de risco para o adoecimento mental do trabalhador. Diante disso, é necessário ações organizacionais que visem minimizar ou eliminar tais fatores de risco e melhorar o processo de trabalho, além de promover ações de prevenção de doenças junto aos profissionais de enfermagem, como a criação de espaços de discussão sobre o desenvolvimento da prática do trabalho e os aspectos emocionais despertados pelo mesmo durante o processo de cuidar.

É importante, também, que o trabalhador seja incentivado a exercer o auto cuidado, buscando melhorar sua qualidade de vida, por meio de exercícios físicos, alimentação saudável e atividades de lazer.

Este estudo permitiu a análise de vários estudos sobre o tema, favoreceu uma reflexão mais abrangente sobre as condições de trabalho as quais se submetem os trabalhadores da saúde e evidenciou a importância das ações de prevenção ao adoecimento mental. Propõe-se a realização de outros estudos reúnam subsídios teóricos para repensar e implantar uma organização de processo de trabalho que favoreça a saúde mental do trabalhador.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. A. et al. Generating factors of Burnout Syndrome in health professionals. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4623, Jul. 2016.

ALVES, A. P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 64-69, jan./fev. 2015.

BRASIL. **Saúde Mental no trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

- CAMPOS, J. F.; DAVID, H. M. S. L.; SOUZA, N. V. D. O. Prazer e sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 90-95, jan./mar. 2014.
- CARDOSO, M. C. B.; ARAÚJO, T. M. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 41, p. e7, 2016.
- CLEIN, C.; TONELLO, R.; PESSA, S. L. R. Influência do ambiente de trabalho na saúde física e emocional do trabalhador: estudo ergonômico em uma fábrica de máquinas industriais. **Rev. ADMpg Gest. Estratégica**, Ponta Grossa, v. 7, n. 1, p. 53-59, 2014.
- DIEHL, L.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de *Burnout*: indicadores para a construção de um diagnóstico. **Psicol. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 161-179, 2015.
- FERNANDES, M. A.; MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais e adoecimento de trabalhadores em saúde mental. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 539-547, nov./dez. 2014.
- FERNANDES, S. F.; NITSCHKE, M. J. T.; GODOY, I. Associação entre Síndrome de *Burnout*, uso prejudicial de álcool e tabagismo na Enfermagem nas UTIs de um hospital universitário. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 203-214, jan. 2018.
- FERREIRA, E. S. et al. A relevância do cuidado de si para profissionais de enfermagem. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, n. 14, v. 1, p. 978-992, mar. 2015.
- FONSÊCA, A. G. S. et al. Síndrome de *Burnout*: conhecimento da equipe de enfermagem obstétrica. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 10, p. 2683-2689, out. 2018.
- FREIRE, M. N.; COSTA, E. R. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem no ambiente de trabalho. **Rev. Enferm. Contemp.**, Salvador, v. 5, n. 1, p. 151-158, jan./jun. 2016.
- GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res. Nurs. Health**, New York, v. 10, n. 1, p. 1- 11, Feb. 1987.
- GASPARINO, R. C.; GUIRARDELLO, E. B. Ambiente da prática profissional e *Burnout* em enfermeiros. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 1, p. 90-96, jan./fev. 2015.
- JARRUCHE, L. T.; MUCCI, S. Síndrome de *burnout* em profissionais da saúde: revisão integrativa. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 162-173, jan./mar. 2021.
- LIMA, L. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 17-24, jan./mar. 2014.
- MACHADO, L. S. F. et al. Agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público da Bahia. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 684-691, out. 2014.
- MARTINS, L. F. et al. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4739-4750, dez. 2014.
- MOREIRA, I. J. B. et al. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do

Rio Grande do Sul, RS. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-12, jan./dez. 2016.

NERY, M. L. F. et al. Síndrome de *Burnout* em profissionais da hemodiálise. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 10, p. 2522-2527, out. 2018.

PINES, A. M.; ARONSON, E. **Burnout**: from tedium to personal growth. New York: Free Press, 1981.

POLETTTO, N. A. et al. *Burnout* Syndrome in municipal health managers. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 209-215, abr./jun. 2016.

RAMOS, E. L. et al. Qualidade de vida no trabalho: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem de terapia intensiva. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 571-583, abr./jun. 2014.

SANTOS, A. A. D.; COSTA, O. R. S. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de Enfermagem que atuam no período noturno em um Hospital Escola do Sul de Minas Gerais. **Rev. Ciênc. Saúde**, Itajubá, v. 6, n. 1, p. 43-51, 2016.

SILVA, S. C. P. S. et al. A síndrome de *Burnout* em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3011-3020, out. 2015.

SILVEIRA, S. L. M.; CÂMARA, S. G.; AMAZARRAY, M. R. Preditores da Síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 386-392, dez. 2014.

SIMÕES, J.; BIANCHI, L. R. O. Prevalência da síndrome de *Burnout* e qualidade do sono em trabalhadores técnicos de enfermagem. **Rev. Saúde Pesqui.**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 473-481, set./dez. 2016.

SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 335-345, abr. 2014.

TAVARES, K. F. A. et al. Ocorrência da síndrome de *Burnout* em enfermeiros residentes. **Acta Paul. Enferm.**, v. 27, n. 3, p. 260-265, jul. 2014.

VIEIRA, A. C. O.; RUBIO, J. A. S. A síndrome de *Burnout* afetando o profissional da educação. **Rev. Eletrônica Saberes Educ.**, Nova Iguaçu, v. 6, n. 1, 2015.

WORM, F. A. et al. Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência. **Rev. Cuid.**, Bucaramanga, v. 7, n. 2, p. 1288-1296, 2016.

A PESSOA TRANS E O SEU ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL

Igor Martins Duca Faria¹
Vânia Maria Martins Lopes

INTRODUÇÃO

Inicia-se o estudo com o seguinte questionamento: Qual o interesse presente na compreensão da temática relativa ao acesso das pessoas trans aos serviços públicos de saúde no Brasil?

Observa-se, ao pensar, que o interesse é legítimo e claramente justificável. No mundo globalizado da atualidade, transformações e mudanças de concepções ocorrem de maneira constante e ininterrupta. Tais transformações podem ser observadas, inclusive, nos campos relacionados às múltiplas formas de ser, existir e de expressão dos indivíduos. Pensando-se nas pessoas que apresentam formas outras de ser, cabe indagar: como estariam estas experienciando a realidade e exercendo a tarefa do cuidado de si mesmas? Existem dificuldades que se impõem em relação a tal cuidado?

Para Peres e Toledo (2011, p. 263):

As identidades sexuais e de gênero norteadas por discursos e referências baseados em padrões sociais, políticos e culturais, bem como de conceituação teórica e científica, têm sofrido profundas transformações na contemporaneidade. A emergência e visibilidade de novas formas de existência, além dos tradicionais “homem”, “mulher”, “heterossexual” e “homossexual”, têm produzido uma desestruturação das lógicas binárias

¹ Agradecimento ao Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo/Famema

e de referências que se orientam pela biomedicina e fundamentação essencialista.

Tem-se assim que, nos tempos atuais ainda mais que outrora, novas formas possíveis de existir estão permeando a vida em sociedade e, efetivamente, têm se tornado visíveis nos campos sociais. Estas pessoas fazem, com suas estéticas e subjetividades, enfrentamento às verdades únicas e aparentemente fixas de uma amplitude de discursos científicos, sociais, políticos e religiosos que, a rigor, costumam determinar o correto e o incorreto; separar o aceitável e válido daquele inaceitável e inválido de existir.

Conforme apontam os autores supracitados, tais mudanças e a visibilidade social das dissidências daqueles que rompem para com os diversos padrões, bem como a emergência de estudos acerca das identidades trans, têm contribuído para a desestabilização do que, *a priori*, observava-se estável e claramente definido. Na contemporaneidade, a própria estrutura binária e a cultura de uma heterossexualidade compulsória serão amplamente questionadas (BUTLER, 2017).

De acordo com Louro (2013, p. 4):

Este ambiente de transformações aceleradas e plurais, que hoje vivemos, parece ter se intensificado desde a década de 1960, possibilitado por um conjunto de condições e levado a efeito por uma série de grupos sociais tradicionalmente submetidos e silenciados. As vozes desses sujeitos faziam-se ouvir a partir de posições desvalorizadas e ignoradas.

A autora indica, assim, que as transformações que estão sendo observadas no momento presente, desde muito foram possibilitadas por movimentos e reivindicações dos próprios indivíduos marginalizados pela sociedade e sua cultura. Assim, ao existirem, estes “obrigam a reconhecer que a cultura, longe de ser homogênea e monolítica, é, de fato, complexa, múltipla, desarmoniosa, descontínua” (LOURO, 2013, p. 44). E, também, as próprias identidades, assim como a cul-

tura, deveriam ser entendidas como variáveis e instáveis; descontínuas e sempre em (des)construção.

Pensando-se mais estritamente na identidade ou gênero do indivíduo, tem-se que este “[...] é um ‘ato’, [...] sujeito a paródias de si mesmo, a autocríticas e àquelas exibições hiperbólicas do “natural” que, em seu exagero, revelam seu status fundamentalmente fantástico” (BUTLER, 2017, p. 253). A identidade e o gênero aparecem, neste fragmento, como uma *performance* social adotada por indivíduos. No entanto, essa ação/atuação/comportamento deve ser considerada instável, uma vez que pode mudar; isto é, revelar sua alteridade, indo contra a lógica binária que pressupõe uma determinação pré-discursiva e biológica do gênero/sexo.

Reitera-se, portanto, o argumento de que não há fixidez ou definição: há, pelo contrário, descontinuidade, inclusive no que se refere às identidades do indivíduo, uma vez que esta é performática e “não natural” ou genética.

Muito embora mudanças estejam ocorrendo, levadas a cabo justamente por aqueles que se propõem a denunciar as intempéries e discriminações sofridas, não se há como negar a existência, ainda intensiva, do preconceito que circunda as esferas sociais. Busca-se, então, saber: o que têm a dizer os estudos recentes sobre o acesso das pessoas trans aos serviços públicos de saúde no Brasil? Existem estudos neste sentido, visando conhecer a realidade mencionada? Os serviços e, sobretudo, os seus profissionais, estão preparados para atender às demandas de pessoas que fogem dos padrões e das normativas da cultura heterossexista?

BUSCANDO SUBSÍDIOS NORTEADORES PARA SE PENSAR NO TEMA.

Os termos “trans” ou “pessoa trans” aparecerão no texto para designar a amplitude de indivíduos que, subjetivamente, definem-se enquanto transexuais, transgêneros e travestis. Mas, afinal, o que

significa ser uma pessoa trans? É possível definir parte do que seria a experiência de ser trans? Neste tópico, portanto, foram buscados referenciais para se pensar acerca do tema.

Conforme destacado anteriormente, Peres e Toledo (2011, p. 264), ao falarem sobre definições, indicam que estas se “[...] apresentam sempre em trânsito e em permanente construção, e que devem ser aprovadas e reconhecidas pelas pessoas que experimentam situar-se nestas conformidades”. Os mesmos autores ressaltam que a definição do conceito não deve ser estática, definitiva e esgotável. Não estaria representando esta uma verdade invariável, única e atemporal. Sobretudo, também destacam acerca da imprescindibilidade de que tal conceituação seja construída no coletivo, junto das pessoas trans.

Para definir ou, fazendo uso mais adequado das palavras, obter subsídios para se pensar nas questões das pessoas trans, tem-se então que seria fundamental e necessário dar voz e ouvir o que tem a dizer o indivíduo que vive o “ser trans” e experientia as vivências no cotidiano. Assim, oferecendo referenciais construídos junto das pessoas trans, aponta-se que:

[...] travestis são pessoas que se identificam com as imagens e estilos diferentes do esperado socialmente para seu sexo biológico e que desejam e se apropriam de indumentárias e adereços dessas estéticas, realizando com frequência a transformação de seus corpos por meio da ingestão de hormônios e/ou da aplicação de silicone industrial, assim como pelas cirurgias de correção estética e de implante de próteses, o que lhes permitem se situar dentro de uma condição agradável de bem estar bio-psicosocial [...] transexuais são pessoas que não se identificam com seus genitais biológicos (e suas atribuições sócio-culturais), podendo, às vezes, utilizarem a cirurgia de transgenitalização para construir suas expressões de gêneros [...] podemos definir transgêneros como pessoas que, temporariamente ou não, constroem suas estéticas e expressões de gêneros

contrárias ao que é socialmente estabelecido para os nascidos com seus sexos biológicos, e que não se encaixam nas definições (PERES; TOLEDO, 2011, p. 265).

Reforçando-se, em termos gerais, as pessoas trans podem ser pensadas como aquelas que divergem das normativas; que rompem para com estas. Não se deve esquecer, também, que estas formas de ser, quando conceitualizadas, estão constantemente sendo reconstruídas ao longo do tempo.

Em relação às pessoas transexuais, os autores colocam que estas podem apresentar, muito frequentemente, desconforto com o órgão genital e com outras características de seus corpos. Os mesmos tendem a buscar cirurgias e uma série de outros procedimentos interventivos para tentar adequar o corpo ao que se considera congruente na esfera social, baseando-se no que ditam os papéis estabelecidos culturalmente para o sexo/gênero de identificação.

As travestis também operam intervenções corporais com a finalidade de “adequação” ao que esperam e desejam em relação às suas estéticas. No entanto, o desconforto com a genitália pode estar ausente (o que também pode acontecer com pessoas transexuais). As pessoas que se definem enquanto transgêneros, podendo ou não fazer cirurgias, constroem as suas estéticas de acordo com o que é estabelecido para o sexo/gênero oposto daquele atribuído em seu nascimento, ainda que temporariamente ou não.

De fato, esta subversão e os rompimentos para com as normas parecem estar presentes nas identidades mencionadas. Questionando-se: seria válido ainda segmentar estas identidades? Se existem divergências e especificidades, há também os pontos de convergências e, estes últimos, parecem ainda mais proeminentes.

Peres e Toledo (2011) utilizam-se, ao falar da cultura, de um termo *foucaultiano*, ao inferir que há um biopoder circundando a esfera social; uma estratégia que busca “adestrar” os corpos dissidentes da padronização. Então:

[...] no âmbito da sexualidade, o biopoder é aquele que será responsável pela disciplinarização dos corpos e pela regulação dos prazeres, de modo que todos se voltem para a heterossexualidade e correspondam aos padrões de gênero e de desejo socialmente determinados para seu sexo biológico. Seguir a heteronormatividade é considerado pelas práticas discursivas das ciências, bem como da maioria das religiões e das tradições culturais, como algo natural, normal, correto, santificado, saudável e superior às outras formas de sexualidade (PERES; TOLEDO, 2011, p. 264).

Fica claro que a cultura, em termos mais amplos, conta com todas as suas instituições produtoras de verdades. As ferramentas de poder da cultura aparecem para legitimar, controlar e reforçar uma estabilização das padronizações tidas como “corretas”, “lógicas”, “dignas” e “essencialmente humanas”. Assim, não somente as identidades de gênero dissidentes, bem como também as formas distintas (do padrão heterossexual) de sexualidade sofrem com a ação deste biopoder e de seus dispositivos.

Tendo como base o biopoder:

[...] a generificação do feminino só poderia ocorrer em corpos de fêmeas, que se orientariam eroticamente com seu desejo voltado para corpos de machos e masculinos, e que a generificação do masculino só poderia materializar-se em corpos machos, que se orientariam eroticamente para corpos fêmeas e femininos. Esse sistema sexo/ gênero/desejo se mostra como uma potente ferramenta do biopoder (PERES; TOLEDO, 2011, p. 264).

Neste modelo não há o que contestar. As verdades estão definidas e já foram dadas como únicas. Os autores demonstram, no fragmento extraído de seu artigo, que o biopoder age dotado de uma ferramenta importante; um sistema investido de lógica. Ocorre uma naturalização que, a saber, coloca este sistema em um domínio biológico e pré-dis-

curso. Assim a pessoa já tem, por conta da genitália, o seu destino moldado. À pessoa caberá ser, pensar, sentir, portar-se e se apropriar de aspectos culturais do sexo/gênero previamente estabelecido. Consequentemente, ao pertencer a um lado da existência, deverá nutrir os mesmos desejos e ser como os outros nascidos com as mesmas características anatômicas e biofisiológicas que as suas.

Observa-se que não há opção; não há escolha ou possibilidade de ruptura dentro deste sistema. O sexo aparece como intratável, como diria Butler (2017), em postura crítica a este modelo. E, mais além, não somente o sexo, mas também o gênero, uma vez que, mesmo se entendido como diferenciado em relação ao primeiro, estes talvez sempre tenham sido pólos similares de uma mesma realidade. Se o sexo é natural e anatômico, o destino é selado pela biologia. Se o gênero é produzido culturalmente, o destino seria a própria cultura. Um apenas se equivaleria ao outro, tendo ambos a mesma finalidade de determinar e segmentar, dentro da cultura da heterossexualidade compulsória e do binarismo (BUTLER, 2017).

MÉTODO

Nesta pesquisa, embasando-se em uma abordagem qualitativa, utilizou-se do método de revisão bibliográfica para a apreensão dos dados coletados. Para o empreendimento da mesma, foram consultados os portais da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO). Nas referidas plataformas, entrou-se com as combinações de palavras “saúde” + “transexual”; “saúde” + “travesti”; “saúde” + “transgênero”, nos campos de busca.

Até a data 11/08/2018, na BVS, entrando-se com as palavras “saúde” e “transexual”, foram encontrados 1014 arquivos. Aplicando-se os filtros de idioma (português), obteve-se 60 documentos, ao passo que ao selecionar a região “Brasil” e o período equivalente entre 2014 e 2018, este número caiu para 22 documentos. Após a leitura dos títulos e resumos, procedeu-se à exclusão dos divergentes à pro-

posta da pesquisa e, por fim, obteve-se um total de 07 documentos do tipo “artigo” selecionados.

Ainda na BVS, colocando-se os termos “saúde” e “travesti” e aplicando os mesmos filtros de idioma, região e ano de publicação, foram encontrados 11 arquivos, dos quais houve repetição de alguns dos materiais anteriormente selecionados. Com os termos “saúde” e “transgênero” e as semelhantes marcas de filtragem, novamente observou-se repetição de grande parte do arsenal de interesse coletado.

Na Scielo, com semelhante filtragem e uso das mesmas palavras, foram selecionados outros 04 artigos referentes ao tema, além de ter sido possível observar, novamente, repetição de parte do material anteriormente selecionado na BVS.

Além dos artigos específicos da temática proposta, também foi possível a utilização de livros e de outros artigos (mais anteriores) que guardam aproximação direta com o tema, a fim de embasar e enriquecer a discussão aqui empreendida.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após leitura exaustiva do material coletado, foi possível encontrar temáticas relativas a três grandes eixos, sendo estes: uso do nome social e as influências que tal aspecto exerce no cuidado e acesso à atenção básica em saúde por parte da população trans no Brasil; demandas específicas referentes ao Processo Transexualizador no SUS e seus desdobramentos como, por exemplo, uso de SLI e, também, questões relativas à posição na sociedade, educação em saúde e acesso à informação. Torna-se necessário, então, abordar separadamente sobre os eixos mencionados.

Uso do nome social e acesso à Atenção Básica

Parece necessário compartilhar, a princípio, a percepção de que em parte considerável das fontes consultadas, questões relaciona-

das aos processos de transformação corporal próprios das demandas trans apareceram com maior frequência nos estudos selecionados, se comparado aos dados relativos a esta mesma população no que se refere à saúde integral e atenção básica. Já estaria este dado, percebido de antemão, comunicando algo?

Sobre tal dado, de acordo com Silva et al. (2017, p. 839):

A ausência de travestis e transexuais nos serviços de saúde, em especial na atenção básica, que é uma das portas de entrada para o sistema e local de maior permanência do usuário, é notável e preocupante. Há uma segregação desse grupo social para serviços específicos, em geral nos centros especializados no processo transsexualizador, por serem locais em que se entende que há profissionais capacitados para lidar com as questões de identidade de gênero, limitando o acesso às atividades de promoção e proteção em saúde integral desses indivíduos nas demais instâncias do sistema.

Parece adequado dizer que, embora as altas demandas presentes nos centros especializados sejam esperadas, a proeminência impactante de pessoas trans neste único contexto, em detrimento de outros, estaria revelando a segregação e as dificuldades da população mencionada em relação ao cuidado e à procura por serviços de saúde pública, no âmbito da atenção básica nacional.

Na supracitação, nota-se que existem espaços em que as pessoas trans transitam e, há ainda, aqueles em que sua participação é menos frequente e enfraquecida. De acordo com os autores, estas pessoas parecem não ter lugar fora de centros especializados para suas demandas ou, simplesmente, parecem não ocupar locais dos quais também têm assegurado direito.

Ferreira et al. (2017, p. 45) pontuam que:

Nesse cenário de violências, destaca-se a invisibilidade das questões de gênero nas práticas de saúde e descon-

sideram-se os modos de vivência da sexualidade. Em geral, tem-se atribuído a modalidade heterossexual como padrão, com implicações diretas na atenção à saúde da população LGBT. Neste sentido, a heteronormatividade age aliada a outras formas de violência estrutural, gerando um ambiente hostil e segregador nos serviços de saúde.

Nota-se, neste contexto, que centros de saúde e hospitais, sendo estes alguns dos locais os quais são reservados para o cuidado em saúde, podem operar de acordo com as normativas sociais. O fragmento mostra que, de fato, este aspecto influencia no clima dos ambientes de produção de saúde, podendo torná-los agressivos às pessoas que são socialmente consideradas dissidentes em relação às referidas normas e naturalizações.

Se ocorre discriminação e a população trans pode sofrer com posturas hostis e de violência, logo não surpreende que ocorra, possivelmente, uma conduta evasiva ou de evitação por parte desta referida população.

Sobre a população trans, Silva e Santos (2014, p.31-32) colocam que:

Indivíduos, ao se denominarem enquanto “trans”- e aqui estão incluídos travestis, transexuais e transgêneros - trazem consigo diversos grupos de pertença, como o de pessoas consideradas desviantes, anormais, excêntricas [...]. Estes indivíduos colocam em questão práticas sociais impostas aos corpos enquanto estratégias de poder que supervalorizam a identidade masculina, branca e heterossexual, enquanto identidade sólida e referência confiável em detrimento do feminino.

Em congruência com as ideias dos referidos autores e de Louro (2013), nota-se que existe, no campo das relações, um centro e suas margens atuando ativamente na dinâmica social. A identidade branca, masculina, cisgênero (isto é, a que se identifica com o sexo biológico e identidade social imposta) e de desejo heterossexual constitui o centro, conforme destacaria a autora. Tal centro corresponde a uma posição de destaque, em detrimento das outras existências, a saber as negras,

trans, femininas e homossexuais. Estas últimas formariam as margens obliteradas; a população marginalizada e negligenciada.

Retomando-se sobre os serviços de saúde, questiona-se: Estariam estes operando de forma congruente à movimentação social de centro e margem?

De acordo com Souza et al. (2015, p. 772), em seu estudo com pessoas trans no sul do Brasil, “foi comum, em Santa Maria, elas evitarem os serviços públicos de saúde [...] Em várias circunstâncias, narraram histórias de dores, seja por problemas clínicos ou situações de violência enfrentadas”. Ou seja, mesmo necessitando dos serviços, o medo e o receio podem prevalecer em relação ao cuidado em saúde. Este excerto reforça a colocação inicial do tópico e, por conseguinte, guarda aproximação com o que vem sendo pontuado até o momento.

Em uma pesquisa específica referente ao tema, estudiosos abordaram questões relativas ao acesso à saúde integral da população trans pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para além do Processo Transexualizador. O método utilizado para a coleta de dados se constituiu de entrevistas semiestruturadas e, também, de questionários preenchidos por pessoas trans. Nas entrevistas, manejadas por equipes de profissionais da saúde em Vitória/ES, percebeu-se que as pessoas trans entrevistadas demonstraram sofrer, pelo menos por alguma vez na vida, desconforto na procura por serviços de saúde via SUS (ROCON et al., 2016).

Em alguns relatos coletados pelos autores, os indivíduos entrevistados manifestaram até mesmo uma conduta evitativa no que se refere à procura por tais serviços; dado este que, novamente vale reforçar, corrobora com as contribuições apresentadas outrora. Como complicadores do acesso de pessoas trans aos serviços de saúde pública foram encontrados: a discriminação sofrida por estas pessoas e, também, o desrespeito, inclusive por parte de profissionais de saúde, para com o nome social adotado por tais indivíduos em suas vidas no cotidiano (ROCON et al., 2016).

No que se refere ao desrespeito em relação ao nome social, torna-se válido recorrer à história e aos pressupostos conquistados no SUS. De acordo com Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017, p. 1512):

Uma iniciativa importante para a promoção do acesso universal das pessoas trans no SUS foi a introdução, por meio da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde em 2006, do direito ao uso do nome social, seja nos serviços especializados que já acolhem transexuais e travestis, seja em qualquer outro serviço da rede de saúde pública.

Ou seja, mais que uma possibilidade, o atendimento humanizado e o respeito ao nome social das pessoas trans é um direito conquistado por esta população e, inclusive, tal direito é assegurado pelo Sistema Único de Saúde em suas regulamentações e legislações.

Apesar da possibilidade da presença do nome social enquanto direito do cidadão usuário, conforme vem sendo abordado, parece que o resguardo legal não é suficiente para evitar com que equívocos e situações vexatórias ainda aconteçam no cotidiano dos serviços de saúde. Assim, autores colocam, em constatação, que “o que se verifica nas práticas das instituições de atenção e atendimento ao público [...] é que o que foi proposto pela carta [...] não é cumprido em boa parte destas instituições” (SILVA; SANTOS, 2014, p. 34).

Ainda sobre o nome social enquanto aspecto constituinte da identidade do indivíduo e, também, abordando-se acerca da importância do respeito pelo mesmo, pontua-se: “A inclusão do nome social de pessoas trans no cartão do SUS tem como objetivo reconhecer a legitimidade da identidade dessa população e promover o maior acesso à rede pública” (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017, p. 1517).

Em consonância com o que foi constatado até então, vale mencionar o que expõem Silva et al. (2017, p. 838):

Tratando-se especificamente de travestis e transexuais, a falha no direito ao uso e respeito do nome escolhido por

estes configura-se como violência, constrange-os, causa sofrimento e afasta do atendimento à saúde, ferindo os direitos do usuário e os preceitos do SUS baseados na universalidade do acesso, equidade, integralidade e humanização da assistência.

Silva et al. (2017), assim como Rocon et al. (2016), apontam que o não reconhecimento do nome social é um dos fatores que está associado à evasão da população trans no que se refere aos serviços de saúde e, também, aparece como forma de violência e segregação. Diretamente, se há desrespeito para com o nome social, há outrossim a impossibilidade de se oferecer um atendimento humanizado e acolhedor, conforme implicam os princípios preconizados pelo SUS.

Na pesquisa de Souza et al. (2015), em vários dos relatos das participantes, aparece a questão do nome social e o seu subsequente desrespeito. As autoras destacam, a partir do contato com as participantes, que: “Ser identificado publicamente pelo nome que não corresponde à aparência é uma violência responsável pela evasão das travestis dos serviços de saúde” (SOUZA et al., 2015, p. 773).

Entra-se agora, de maneira mais ou menos direta, na questão concernente à formação do profissional da saúde. Tal formação está atrelada à experiência da população (não só a trans, mas também esta) nos serviços. Para Souza et al. (2015, p. 772):

Na maioria dos casos, os serviços de saúde não rompem o ciclo da violência simbólica contra as travestis. Uma vez que os profissionais de saúde não tiveram, em sua formação, ferramentas que lhes possibilitem compreender o universo travesti, é de se esperar que haja dificuldade no acolhimento e situações de constrangimento.

Ferreira et al. (2017, p. 48), trazendo dados da experiência de pesquisa envolvendo profissionais da saúde de Teresina, no Piauí, enfatizam que: “[...] os profissionais pareciam não ficar à vontade em tratar do assunto relacionado à saúde da população LGBT. Parecia

haver uma barreira funcional, social e até mesmo cultural que afastava cada um deles da temática investigada”.

Na pesquisa de Silva et al. (2016), demonstra-se que 75% do contingente participante, residente do estado da Paraíba, respondeu já haver sofrido violência na vida. Deste número, 33% afirmou ter sofrido tal violência partindo de profissionais da área da saúde, especificamente.

Considerando-se as pontuações de Souza et al. (2015, p. 773), na região sul do Brasil:

A experiência das travestis, em Santa Maria, mostra a atuação de serviços de saúde como reprodutores da violência social. Ao contrário de atuar combatendo a violência, cuidando e acolhendo integral e equanimemente, os profissionais classificam as travestis em categorias rígidas, heteronormativas.

A heteronormatividade (identidades heterossexuais e cisgêneros como únicas aceitáveis) e os padrões rígidos de gênero aparecem novamente como fatores de exclusão e sofrimento. Nos serviços de saúde, onde a realidade deveria ser diferente, estudiosos apontam que há, em alguns locais, a repetição do modelo que se encontra nos meios sociais em suma, relações em que prevalecem o preconceito, o desrespeito e a incompreensão.

É claro que generalizar seria equivocado neste momento. Com os dados referenciados, não se pretende culpabilizar projetivamente uma única esfera a saber, os profissionais da saúde. O intuito de apresentar os dados, no entanto, consiste-se em oferecer subsídios para se pensar nas questões atuais e nos desafios enfrentados pela população no acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil.

Abordando-se os tipos de violência sofrida no cotidiano e em diferentes espaços, retorna-se à Silva et al. (2016), com estes autores colocando que, no seu estudo, sobressaíram a violência verbal (quase 92%) e a psicológica (cerca de 58%), seguidas de violência física (cerca de 33%), sexual (25%) e negligência (cerca de 8%). Especificamente

nos serviços de saúde pública, exatos 50% da amostra que respondeu já haver sofrido violência, afirmou que a mesma teria ocorrido nestes espaços, com 33% pontuando acerca da agressão partindo de profissionais da área da saúde. Apesar de considerar o tamanho reduzido da amostra, os resultados parecem indicar congruência com os dados mencionados em outros estudos nacionais revisitados nesta pesquisa.

Assim, baseando-se nos artigos apreendidos, tem-se que ainda há, na realidade brasileira e nas instituições, negligências para com a população trans. Tais indivíduos acabam experimentando preconceito e agressões que fazem com que os mesmos atuem se evadindo dos serviços de saúde. O desrespeito pelo direito ao nome social aparece como um dos importantes problemas que evidenciam as violências ocorridas nestes espaços que, a princípio, deveriam respeitar a singularidade da pessoa e oferecer atendimento humanizado e livre de preconceitos ou de outras posturas segregacionistas.

PROCESSO TRANSEXUALIZADOR E ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Sobre a população trans, exprime-se que “muitos requerem a realização da cirurgia de mudança do sexo anatômico, bem como a mudança e reconhecimento do nome social como condições para melhor experienciar seus modos de existência” (SILVA; SANTOS, 2014, p. 32).

Conforme pontuado acima, parece que parte considerável da população trans pode apresentar uma demanda específica: a de transformação de seus corpos e de outras características singulares de sua existência. Assim, em concordância com o que foi possível abordar inicialmente, o nome social e o direito ao mesmo é aspecto importante para estas pessoas. No entanto, outros tipos de intervenções parecem ser imprescindíveis para uma parcela destes indivíduos. No SUS, visando-se suprir as demandas específicas destes usuários, é oferecido atendimento também no Processo Transexualizador, enquanto atenção especializada.

Abordando acerca do Processo Transexualizador (PrTr), Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017, p. 1513) pontuam que:

O procedimento cirúrgico de redesignação sexual e o tratamento hormonal para transexuais são realizados na sequência de um processo de avaliação longo e complexo, que poderão ser realizados a partir de 21 anos de idade, desde que tenha indicação específica e acompanhamento prévio de dois anos pela equipe multidisciplinar no Ambulatório de Serviço de Atenção Especializada no PrTr.

Observa-se, então, que existem critérios específicos e há a necessidade de acompanhamento especializado para que sejam realizados alguns procedimentos no Processo Transexualizador (PrTr).

Assim, tem-se que para lograr alcançar as transformações corporais pelo SUS, é necessário que o indivíduo esteja em um acompanhamento de longa duração (mínimo de 2 anos) com equipe multiprofissional em ambulatório do PrTr. Esta equipe, posteriormente, decidirá com o mesmo se este estará apto ou não para que se empreendam as mencionadas transformações. Inclusive, é preciso ter idade mínima de 18 anos para iniciar o acompanhamento e de 21 anos para que as operações interventivas sejam efetivamente realizadas (PINTO et al., 2017).

Ainda acerca do Processo Transexualizador e de sua abrangência, discorrem Rocon et al. (2018, p. 45):

A portaria 1707/2008 autorizou procedimentos MTF (masculino para feminino), beneficiando mulheres transexuais com serviços de hormonioterapia, cirurgias para retirada do pomo de Adão, alongamento das cordas vocais e cirurgias de neocolpovulvoplastia (mudança de sexo MTF). Somente em 2013, com a ampliação do Processo Transexualizador do SUS a partir da portaria 2803, homens transexuais e travestis tiveram suas demandas por hormonioterapia e por procedimentos FTM (feminino para masculino) como mastectomia,

histerectomia e neofaloplastia (mudança de sexo FTM) incorporados pelo SUS.

A possibilidade de fazer acompanhamento no PrTr é uma conquista para a população trans e um avanço no âmbito da saúde pública nacional. Torna-se interessante notar que, com o passar dos anos, não somente as mulheres trans passaram a usufruir do direito ao Processo Transexualizador, mas outrossim as travestis e os homens trans o puderam fazer em equidade.

Dentre as possibilidades no Processo Transexualizador, destacam-se: “Os componentes da Atenção Especializada no PrTr incluem as modalidades de atenção ambulatorial (acompanhamento clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia) e hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório)” (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017, p. 1513).

O acompanhamento no PrTr, conforme demonstrado, envolve atendimento a nível ambulatorial e hospitalar. Conhecendo-se a proposta, em teoria, questiona-se: Na realidade prática, existem dificuldades no oferecimento deste cuidado?

Uma das dificuldades colocadas por pesquisadores compreende a questão do diagnóstico. Sobre os critérios, tem-se que:

Aparentemente, o processo de diagnóstico pode se apresentar como uma forma de proteger xs pacientes de escolhas equivocadas sobre a realização de procedimentos irreversíveis dos quais possam se arrepender. Todavia, o diagnóstico tem tornado seletivo o acesso a serviços de saúde com potencialidade para promover e proteger a saúde da população trans de forma universal. (ROCON et al., 2018, p. 48).

Tenta-se, com o diagnóstico e o estabelecimento de critérios, evitar com que equívocos e uma procura indiscriminada ocorra no âmbito deste tipo de atenção especializada. Observa-se, de tal forma, um impasse: os ditos critérios são imprescindíveis, uma vez que se

trata de uma decisão séria e, amiúde, irreversível, mas também estes limitam o acesso de pessoas trans e travestis aos processos interventivos seguros com acompanhamento especializado. Assim, percebe-se que a pessoa com tais demandas que recebe uma negativa, ou então as mais jovens, eventualmente, podem procurar por serviços clandestinos de forma precipitada e impulsiva, colocando-se em risco na busca pela adequação do corpo às suas expectativas (PINTO et al., 2017).

Acerca da temática, torna-se relevante apresentar o seguinte dado: Bento (2006), também entrevistando indivíduos inseridos em um projeto relacionado às demandas trans, escreve que algumas das pessoas, na espera por respostas e temendo as negativas de seus procedimentos, planejavam empreender condutas e utilizar de estratégias desesperadas para lidar com as suas angústias.

Uma das entrevistadas, conforme registrado pela autora em seu livro “A reinvenção do corpo”, relatou sobre a possibilidade de se jogar de um dos andares do prédio no qual estava instalado o hospital do projeto, caso recebesse uma resposta negativa. Outra pessoa trans, assustada com a mesma possibilidade de recusa da cirurgia, informou sobre haver levado uma faca para fazer por si mesma a dita operação e extrair a parte do corpo a qual a atormentava (BENTO, 2006).

Retornando ao ponto do diagnóstico, alguns autores refletem que:

[...] o diagnóstico tem contribuído para o adoecimento de parte dessa população, uma vez que, ao não conseguirem acessar os serviços de saúde necessários aos processos de mudança corporal, muitas pessoas trans são condicionadas a recorrer à hormonização sem acompanhamento médico e aplicações de silicone industrial sob risco de adoecimento ou morte (ROCON et al., 2018, p. 48).

Novamente, a citação reforça as colocações mais anteriores. Agora, sobre o uso problemático de silicone líquido industrial, um estudo apontou que, a cada cinco pessoas trans entrevistadas em São

Paulo, uma referiu ter feito uso de silicone industrial em idade inferior a dezoito anos, ainda antes de poder ingressar no Processo Transsexualizador, através da Portaria GM/MS 2.803 (PINTO et al., 2017).

Ainda no estudo de Pinto et al. (2017), foi considerada uma amostra de 576 pessoas; estas sendo identificadas como 283 travestis e 293 mulheres transexuais, todas residentes do estado de São Paulo. Da amostragem referida, 85,8% das pessoas responderam não possuir plano de saúde privado. No mesmo estudo, conforme sinalizado, os autores buscaram analisar dados referentes ao uso de silicone industrial (SLI) pela população trans feminina. Obtiveram o dado de que 49,5% da amostra participante já havia utilizado SLI em algum momento de suas vidas. Destas pessoas, 42,4% relataram problemas na utilização de tal produto. No que se refere ao preconceito social apreendeu-se que, no ano anterior à pesquisa, uma em cada cinco pessoas informou ter sofrido discriminação nos serviços de saúde, com 42% pontuando ter sofrido preconceito ao longo da vida (PINTO et al., 2017).

Considerando os riscos e as dificuldades, cabem agora novos questionamentos: Por que parece ser tão imprescindível para esta população, então, conseguir empreender as suas transformações corporais? Existe alguma influência positiva uma vez alcançada alguma das transformações almejadas?

Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017, p. 1515), enfatizam que:

Um estudo que avaliou o resultado do procedimento cirúrgico, ajustes sociais e psicológicos por meio do acompanhamento de 136 transexuais submetidos à redesignação sexual, mostrou que 70% das pessoas submetidas ao mesmo melhoraram suas relações sociais, psicológicas e aspectos psiquiátricos após a cirurgia. Os dados apresentados sugerem a melhoria na qualidade de vida das mulheres e dos homens trans.

Pontua-se, então, que com os procedimentos parece haver uma influência benéfica direta em relação à saúde mental dos indivíduos.

Focalizando as dificuldades, Lima e Cruz (2016), ao entrevistarem homens trans do estado do Rio de Janeiro, usuários de serviços públicos e privados de saúde, registram que há uma insatisfação com a demora pelo acesso aos serviços específicos de transformação corporal, nesta população, quando da procura pelo SUS. Tal demora parece contribuir com a intensificação da problemática anteriormente abordada: a procura por serviços clandestinos e o acesso perigoso à hormonização por meios indevidos e sem acompanhamento médico.

De acordo com alguns dos entrevistados, homens trans, houve após o início do tratamento hormonal, a possibilidade de experimentar uma mudança positiva em suas vidas (LIMA; CRUZ, 2016), em concordância com as exposições de outrora presentes no estudo de Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017). Todavia, mesmo aqueles que investiram em serviços particulares, com acompanhamento médico, reconhecem que os preços são expansivos. Os valores de tratamentos particulares e a demora do acesso pelo SUS são aspectos, segundo os entrevistados pelas autoras referenciadas, que fazem com que outros homens trans busquem por serviços de qualidade duvidosa, clandestinos e que podem acarretar uma série de prejuízos à saúde (LIMA; CRUZ, 2016).

Percebe-se que, apesar da existência do serviço especializado, algumas problemáticas além das anteriormente mencionadas –, são enfrentadas na prática. Em um quadro no qual a população trans expressa suas expectativas em relação ao SUS, em Vitória/ES, no estudo de Rocon et al. (2018), há a queixa frequente da inexistência de um ambulatório para demandas trans naquela localidade, bem como a referida população reclama da falta de profissionais da saúde na rede de assistência. Assim, as pessoas entrevistadas justificam a procura por métodos clandestinos como forma encontrada para suprir tais defasagens enfrentadas.

Sobre serviços ambulatoriais especializados, Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017, p. 1513) colocam que: “Além dos hospitais habilitados na rede SUS existem seis serviços ambulatoriais destinados ao atendimento da população trans: Uberlândia/ MG, Curitiba/PR, João

Pessoa/PB, Belém/PA e dois em São Paulo/SP”. Ou seja, tais serviços não estão presentes, desta forma, em todo o território nacional.

Em resumo, algumas das dificuldades apontadas nos artigos são: critérios, aspectos diagnósticos e os impasses (considerando a importância destes), o desejo do indivíduo e a queixa de demora no tocante ao acesso especializado no SUS, busca por meios clandestinos e procedimentos danosos à saúde e, outrossim, a disponibilidade/ indisponibilidade regional dos serviços especializados no país.

POSIÇÃO NA SOCIEDADE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Diante de toda a discussão, pergunta-se: Qual, afinal, a posição que estão ocupando as pessoas trans na sociedade? Estão estas pessoas que, geralmente, apresentam-se mais vulneráveis, tendo acesso à saúde e, para além, estariam recebendo informações para uma efetiva educação em saúde?

Tendo-se em vista a posição negligenciada que as pessoas trans tendem a ocupar na sociedade, justamente por conta do preconceito naturalizado e da falta de oportunidades, observa-se, desta vez no artigo de Rocon et al. (2016), um dado referente ao baixo nível de escolaridade apresentado pelas entrevistadas do estudo. Ressalta-se que, por diversos motivos, aparece que a população trans apresenta vulnerabilidades sociais e educativas extremamente importantes de serem consideradas, com muitas destas se evadindo não somente dos serviços de saúde bem como, também, de outros espaços sociais significativos, como instituições de ensino e de profissionalização.

Conforme nos mostram Ferreira, Francisco e Nogueira (2016, p. 411):

Grande parte das travestis e trans no Brasil são excluídas da família e escola ainda muito jovens, restando-lhes as ruas como único espaço possível de sobrevivência, lazer e socialização. Sem formação, são excluídas do mercado de trabalho, muitas vezes encontrando na prostituição a única forma de sobrevivência.

Para muitas pessoas trans, então, não é oferecido qualquer suporte familiar ou social para o enfrentamento de suas angústias. É possível inferir que, para a maioria, conforme nos mostra a supracitação, não há opção outra que não a rua; a prostituição.

Este trabalho nas ruas faz com que as pessoas trans consigam sobreviver em meio às violências sociais sofridas. Em seu estudo, ao entrevistarem mulheres transexuais e travestis, Magno, Dourado e Silva (2018) apontam que grande parte da amostra participante referiu trabalhar com prostituição. Considerando as pessoas que tentaram inserções em outras profissões, em seus relatos há marcas do preconceito, da discriminação e de formas variadas de violência que influenciaram na desistência destas ocupações. É, inclusive, através deste meio da prostituição que muitas se organizam financeiramente para empreender modificações corporais de formas clandestinas como, por exemplo, com injeções de SLI, conforme abordado anteriormente.

Analisando-se os dados obtidos e, também, pensando-se em relação à educação em saúde, verifica-se que existem defasagens e problemas relacionados a este aspecto. Ainda de acordo com a pesquisa de Ferreira, Francisco e Nogueira (2016), considerando uma amostra equivalente a 124 pessoas trans/travestis, obteve-se que a referida população demonstrou fazer uso irregular de preservativos em suas relações sexuais, por diversos motivos em situação de prostituição por conta do pagamento de clientes e, ainda, por sentimento de pertencimento ao papel social do gênero de identificação.

Assim, analisando os dados oferecidos pelas participantes de uma pesquisa, tem-se que:

[...] foi possível traçar o perfil de um grupo de travestis e trans na cidade de São Paulo utilizando uma ferramenta de entrevista. O perfil mostrou um grupo jovem, com pouca escolaridade, com vulnerabilidades sociais e carências de saúde que precisam ser reconhecidas e tratadas pela sociedade brasileira. Concluiu-se que o uso

do preservativo era irregular e o conhecimento sobre HIV/Aids satisfatório, porém permeado por conceitos equivocados sobre as formas de transmissão (FERREIRA; FRANCISCO; NOGUEIRA, 2016, p. 415).

Apesar de trabalharem com sexo e haver um conhecimento, por parte da população com este fator de dissidência, sobre as infecções sexualmente transmissíveis, ainda se revela deficitário tal conhecimento e informação, de acordo com o que pontuam os autores acima mencionados.

Outro dado notável refere-se ao uso excessivo de álcool e drogas por parte deste mesmo grupo. A utilização de substâncias lícitas e ilícitas, para além do prazer, parece servir para amenizar, inclusive, as condições climáticas e outros tipos de situações adversas quando nas ruas. Este indicativo foi encontrado em pesquisa com amostra da população trans do estado de São Paulo (FERREIRA; FRANCISCO; NOGUEIRA, 2016).

Distanciando-se da rotulação e da estigmatização, os dados acima foram trazidos para apontar sobre a imprescindibilidade de que se promovam estratégias de inclusão e de educação em saúde mais amplas, pensando-se necessariamente nas demandas e especificidades da população trans brasileira.

CONSIDERAÇÕES

De acordo com Silva e Santos (2014, p. 91): “A transexualidade desnaturaliza os padrões heteronormativos estabelecidos na sociedade, pois constrói novas formas de se enxergar as relações de gênero”. Ou seja, reforça-se que a população trans carrega em seu corpo as marcas do divergente; as possibilidades de empreender subversões para com as normas de gênero que, nos meios sociais, são tidas enquanto naturais, fixas e biológicas.

No que se refere ao cuidado das pessoas no SUS, de acordo com Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017, p. 1513), tem-se que este:

[...] é estruturado pelos componentes da Atenção Básica e pela Atenção Especializada. A Atenção Básica é o componente da rede responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população, além de ser porta de entrada prioritária na rede. A Atenção Especializada é um conjunto de diversos pontos de atenção, com diferentes densidades tecnológicas.

Em suma, a população trans também é assistida através de dois níveis de atenção no SUS: a básica e a complexa. A atenção básica ocupa-se do acesso aos serviços que se destinam à saúde integral do indivíduo, ao passo que a atenção especializada tem o seu planejamento voltado para as demandas complexas e mais específicas como, por exemplo, as transformações corporais que podem ser empreendidas no Processo Transexualizador (PrTr).

Nos estudos, os autores ressaltaram aspectos referentes à invisibilidade das pessoas trans e travestis nos espaços produtores de saúde da atenção básica. Como complicadores deste acesso, foram citadas problemáticas como: despreparo e desrespeito para com os direitos da população trans como, por exemplo, o uso do nome social, bem como também se explicitou a experimentação de condutas hostis e de violência nos serviços de saúde que, desta forma, passam a ser vistos como reprodutores do preconceito e da discriminação originados na sociedade.

Não somente na atenção básica, mas também nos serviços específicos do Processo Transexualizador parece haver um distanciamento da população trans. No PrTr, parecem ser os critérios e o diagnóstico que, embora imprescindíveis, potencialmente operam afastando tais usuários do serviço especializado, bem como queixas em relação à demora pelo acesso ao serviço e a relativa facilidade oferecida pelas opções clandestinas para transformação corporal.

Sobre a mortalidade e expectativa de vida, conforme mostram os estudos de Ferreira, Francisco e Nogueira (2016, p. 414): “[...] apenas 3,4% das travestis e 4,5% das trans tinham 50 anos ou mais de idade”. E, para além, utilizando-se de dados da Organização Não Governativa

mental Transgender Europe, expressam Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017, p. 1510): “o Brasil é o país onde mais ocorrem homicídios de pessoas trans no mundo. Entre janeiro/2008 e abril/2013, foram 486 mortes, quatro vezes a mais que no México”.

Diante de todo este cenário, questiona-se: Há visibilidade para a população trans na prática? Estariam estas pessoas acessando os serviços de saúde pública e exercendo o cuidado de si mesmas no Brasil ou, ainda, o preconceito e as distintas formas de violência podem ser empecilhos que seguem dificultando o acesso? É extremamente importante pensar e efetivar políticas e outras estratégias no que se refere à atenção desta população que, conforme demonstrado, sofre diariamente simplesmente por ser como é; por carregar as marcas de ser quem se é em uma cultura social dos padrões e preconceitos.

REFERÊNCIAS

BENTO, B. **A reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. 15. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

FERREIRA JUNIOR, S.; FRANCISCO, P. M. S. B.; NOGUEIRA, P. A. Perfil de travestis e transgêneros: tuberculose e HIV/Aids na cidade de São Paulo. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 40, n. 6, p. 410-417, 2016. Disponível em < <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33660> >. Acesso em: 3 set. 2018.

FERREIRA, B. O. et al. Caminhos e vivências de investigação acerca da saúde da população LGBT em uma capital do nordeste brasileiro. **Tempus (Brasília)**, Brasília, vol. 11, n. 1, p. 41-49, 2017. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/880377/lgbt-3-port.pdf>> Acesso em: 21 set. 2018.

LIMA, F.; CRUZ, K. T. Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 162-186, ago. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sess/n23/1984-6487-sess-23-00162.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

LOURO, G. L. Currículo, gênero e sexualidade o “normal”, o “diferente” e o “excêntrico”. In: LOURO, Guacira Lopes; FELIPE, Jane; GOELLNER, Silvana Vilodre (Org). **Corpo, gênero e sexualidade**: um debate contemporâneo na educação. 9. Ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

MAGNO, L.; DOURADO, I.; SILVA, L. A. V. Estigma e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 2-12, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00135917.pdf>>. Acesso em: 1 dez. 2018.

PERES, W. S.; TOLEDO, L. G. Dissidências existenciais de gênero: resistências e enfrentamentos ao biopoder. **Rev. Psicol. Polit.**, São Paulo, v. 11, n. 22, p. 261-277, jul./dez. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v11n22/v11n22a06.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2018.

PINTO, T. P. et al. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. 2-13, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/1678-4464-csp-33-07-e00113316.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00113316>

POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, maio 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1509.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.

ROCON, P. C. et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2517-2526, ago. 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2517.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

ROCON, P. C. et al. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 43-53, mar. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160712.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2019.

SILVA, B. B.; SANTOS, E. C. Apoio e suporte social na identidade social de travestis, transexuais e transgêneros. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 27-44, dez. 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v15n2/v15n2a04.pdf>>. Acesso em: 1 set. 2018.

SILVA, G. W. S. et al. Situações de violência contra travestis e transexuais em um município do nordeste brasileiro. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 1-7, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160256407.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2018.

SILVA, L. K. M. et al. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 835-846, jul. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n3/1809-4481-physis-27-03-00835.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

SOUZA, M. H. T. et al. Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 767-776, abr. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n4/0102-311X-csp-31-04-00767.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO CAPS SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Leonardo Haddad da Costa Barros¹
Márcia Aparecida Padovan Otani

INTRODUÇÃO

A partir da crise nos modelos assistenciais centrados no hospital e dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, têm-se discutido o real papel das instituições no cuidado e na promoção de saúde às pessoas com transtornos mentais. Foram criados os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico a partir do movimento da reforma psiquiátrica. O propósito era de oferecer um cuidado humanizado e a inserção o indivíduo em seu território, retirando o enfoque único comumente atribuído ao tratamento biológico (COSTA-ROSA, 2013; BRASIL, 2013).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados fundamentais para a criação do modelo de atenção psicossocial no Brasil dentre os diversos serviços. Seus objetivos são de promover atividades de reinserção social e fazer acompanhamento clínico com os usuários. Também constituem ambientes abertos e acolhedores, que favorecem a reinserção social e a integração familiar. Isto ocorre na medida em que estimulam o protagonismo do usuário e o auxiliam no exercício da cidadania (BRASIL, 2004).

A Reabilitação Psicossocial é um processo pelo qual se busca fornecer a oportunidade aos indivíduos limitados em função de um transtorno mental, de restaurar o exercício de suas funções atingindo um nível que favoreça suas atuações em comunidade (BARBATO, 2004).

Estudos descrevem as experiências de trabalho nos CAPS e como tem se dado esse processo. Carvalho et al. (2012) relata ações de

¹ Agradecimento à Residência Integrada Multiprofissional da Famema.

Reabilitação Psicossocial extra CAPS envolvendo música e esporte e como estas se constituem em fonte de lazer, interação social e aprendizado para geração de renda, além de alianças com as famílias e a comunidade. Para Campos et al. (2009), a busca de vínculo com grupos existentes fora do território do CAPS e o estabelecimento de parcerias com outros serviços da rede também são parte essencial nesse processo.

O conhecimento sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre o CAPS como valor estratégico na Reforma Psiquiátrica brasileira pode contribuir para a reflexão sobre o processo de trabalho e o (re) planejamento das intervenções, conforme sugerem as atuais políticas de Saúde Mental. Sua base encontra-se na observação empírica de alguns fatores que podem interferir no processo de reabilitação das pessoas em tratamento. Destaca-se a carência de capacitação dos profissionais de saúde para atuarem neste novo modelo e a dificuldade de comunicação entre os diversos serviços de saúde,

Este estudo teve o propósito de responder às seguintes questões: de que modo está ocorrendo o processo de Reabilitação Psicossocial das pessoas em tratamento nos CAPS? Quais as dificuldades e os fatores que contribuem para esse processo? O estudo tem como objetivo geral analisar as percepções dos profissionais de saúde acerca do processo de Reabilitação Psicossocial das pessoas em tratamento em dois CAPS de municípios do interior paulista. Como objetivos específicos, este trabalho buscou: a) identificar a compreensão dos profissionais acerca do significado de Reabilitação Psicossocial; b) identificar as ações desenvolvidas no CAPS que favorecem a Reabilitação Psicossocial das pessoas atendidas neste serviço e; c) analisar os fatores que dificultam o processo de Reabilitação Psicossocial das pessoas em tratamento nos CAPS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e analítico que adota a abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em dois CAPS II, destinados ao

tratamento de pessoas com transtornos mentais persistentes ou severos, localizados nos municípios de Marília e Ourinhos, pertencentes ao Departamento Regional de Saúde IX (DRS-IX).

A unidade do município de Marília foi criada em maio de 2003. Conta com 16 funcionários, atende em torno de 215 pessoas nos regimes de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, tendo a esquizofrenia como o transtorno de maior incidência entre os usuários atendidos.

A unidade de Ourinhos foi fundada em maio de 2006 e conta com 17 profissionais de saúde, atende 220 usuários e também possui a esquizofrenia como síndrome de maior prevalência. Dentre os profissionais que atuam nos dois CAPS estão: assistentes sociais, farmacêuticos, enfermeiros, psicólogos, médicos psiquiatras, terapeutas ocupacionais, auxiliares de serviços gerais, auxiliares de escrita, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem. Em ambos os CAPS, existem altas por encaminhamento e por melhora. No entanto, o maior índice de alta ocorre por falta de adesão e abandono do tratamento.

A população do estudo constitui-se de profissionais de saúde com formação superior em um dos cursos da área da saúde, que desempenham suas funções em um dos dois CAPS incluídos no estudo. O instrumento para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, cujo roteiro consta de dados sociodemográficos e de questões norteadoras sobre o tema. A entrevista foi gravada em áudio para posterior transcrição na íntegra, mediante aceite do participante.

Seguindo as normas preconizadas pela Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), as entrevistas foram iniciadas após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Faculdade de Medicina de Marília com informações sobre os objetivos do estudo, a forma de participação e a livre opção entre participar ou não, sem qualquer prejuízo em seu trabalho ou na assistência à sua saúde e após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo que, conforme Bardin (2011), é um conjunto de técnicas para a análise das comunicações que se aplicam a discursos os quais podem ser extremamente diversificados. Para Minayo (2013) essa técnica de pesquisa permite tornar replicáveis e válidas as inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 19 profissionais, sendo nove do CAPS Ourinhos e dez do CAPS Marília. Dentre os entrevistados tem-se fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos. A faixa etária dos entrevistados variou de 26 a 48 anos, com predominância do gênero feminino e as religiões predominantes foram a católica e a espírita. O tempo de trabalho no CAPS Marília era de nove meses a oito anos, no CAPS Ourinhos de seis meses a seis anos.

Com o propósito de manter o anonimato dos profissionais, utilizou-se a letra E (entrevistado), seguida do número referente à sequência das entrevistas e das letras “O” e “M” para discriminar os municípios em questão.

Os depoimentos dos entrevistados foram reunidos em grupos temáticos dos quais emanaram três categorias apresentadas a seguir.

COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS CAPS SOBRE A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Para alguns entrevistados, a Reabilitação Psicossocial englobava as diversas dimensões da vida do ser humano e não se restringe apenas aos aspectos psicopatológicos que imperava no modelo manicomial por meio da segregação do indivíduo e das condutas centradas no modelo

biomédico. Observa-se que as concepções estiveram associadas à noção de cidadania, “autonomia” e “independência” na vida global do indivíduo:

É você preparar uma pessoa portadora de um transtorno mental que perdeu o convívio familiar, social, e capacitá-la para aceitar de novo a sociedade e a sociedade também aceitá-la para ela também conseguir desenvolver autonomia, independência, para fazer as atividades sozinha. (E8, O)

As concepções sobre Reabilitação Psicossocial direcionaram-se para vários aspectos da vida do indivíduo, contemplando necessidades multifacetadas de ordem biológica, social e econômica (SARACENO, 2001).

É um olhar geral que a gente tem sobre aquele indivíduo. E as suas necessidades, capacidades e habilidades, não só a dificuldade que ele tem frente à doença, mas também às demandas sociais também que traz. (E7, M)

Na prática, Reabilitação Psicossocial não significa desconsiderar a abordagem médica, antes considerada como a principal forma de tratamento. Envolve a descentralização, acrescentando ações para além da sintomatologia e do controle, não sendo deixado de lado o adoecimento. Contudo, lança-se um olhar holístico para o indivíduo considerando seu lado saudável, assim como suas necessidades, capacidades, habilidades e sociabilidade em potencial (FARINHUK; SAVARIS; FRANCO, 2021).

Em contrapartida, no depoimento seguinte, identifica-se que a concepção de Reabilitação Psicossocial esteve atrelada à ideia do restabelecimento do indivíduo a uma condição ideal que condiz com o padrão social de normalidade:

Ah, eu acredito que é uma recolocação da pessoa em uma vida chamada normal, digamos, a pessoa quando ele adoce, ela deixa de fazer uma série de coisas, deixa de ter uma vida que as pessoas consideram normal, né. (E2, O)

As noções iniciais de reabilitação eram embasadas na retomada de uma normalidade de funcionamento social que habilitaria ou reabilitaria uma pessoa desabilitada para retomar alguma atividade produtiva. Isto ocorreria mesmo sendo essa ocupação destituída do caráter criativo, existencial, simbólico e significativo para ela e a sociedade (FIORATI; SAEKI, 2011). É possível notar que essa concepção se mantinha, embora tenha havido também a compreensão acerca da possibilidade ou não de restabelecer todas as funções prévias dos usuários.

Eu penso que reabilitar é você resgatar aquilo que foi perdido quando o paciente adoeceu, e como ele adoecer e ele perde o cuidado dele, o cuidado daquilo que ele fazia e a própria relação familiar, a relação com as amigas [...]. (E10, M)

Embora seja perceptível um resíduo cultural relacionado à compreensão dos cuidados como restabelecimento de uma condição ideal fundamentada na lógica de uma clínica tecnicizada, os entrevistados compreenderam a Reabilitação Psicossocial como transcendente à ideia da doença em si. Para eles estava associada ao desenvolvimento ações que visam à autonomia e compreendendo o indivíduo como um todo, detentor de necessidades pessoais, gostos, habilidades, capacidades e situado em uma realidade comunitária e familiar.

FATORES QUE FAVORECEM A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DOS USUÁRIOS DOS CAPS

Em ambos os CAPS, os entrevistados destacaram o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como uma ferramenta importante na prática de atenção psicossocial:

[...] [o projeto terapêutico] É também com base no que o paciente gosta ou não, nos gostos da pessoa. E então é oferecido para ela algumas atividades e também é levado em conta o que ela gosta ou não no momento inicial. (E8, M)

Na tentativa de efetivar mudanças na assistência, alguns profissionais consideraram que as equipes estavam buscando realizar PTS, enquanto outros utilizavam das próprias impressões para rascunhar os projetos terapêuticos das pessoas atendidas:

[...] Não é feito, assim, certinho um projeto terapêutico singular envolvendo território, tudo... Mas aqui dentro é feita uma análise, um plano de tratamento para ele e ele participa sim. Participam ele, a família e a pessoa [profissional] que vai ficar como referência pra ele., (E8, O)

Quando o paciente vem, eu tenho que pensar naquilo que eu acho que ele precisa, mas junto com aquilo que ele deseja. Então a gente pensa mais ou menos junto. (E10, M)

Para que seja possível a construção do PTS, considera-se importante haver um leque de opções de grupos e atividades dentro e fora do CAPS e que atendam às necessidades heterogêneas dos usuários. Essa realidade parece que não existia no início dos trabalhos. A fala que segue sugere que os profissionais compreenderam esse aspecto:

[...] A gente acabou modificando todo esse serviço [...] a gente não tinha um leque de oportunidades [...] “olha esse aqui é outro grupo que você vai aprender colagem e pintura”, “esse aqui é um grupo que vai ser discutido sobre a medicação [...], “esse grupo é um grupo de socialização que você vai sair, você vai conhecer a comunidade” [...]. (E2, M)

Alguns depoimentos deixaram clara a importância da participação ativa do usuário na elaboração do projeto terapêutico. Em contraponto, na fala seguinte, percebe-se uma hierarquização dos papéis profissional-usuário:

[...] Por mais que o paciente seja preservado, muitas vezes eles não conseguem ter autocrítica... (E4, M)

Tendo em vista a fase de transição do modelo de atenção, é preciso admitir que, na prática há uma tendência de se repetir as condutas cen-

tradas na doença, seja nas ações individuais ou grupais com os usuários ou em ações gerenciais referentes à organização dos serviços em saúde.

Promover o cuidado conforme o modelo de atenção psicossocial vigente requer transformações das concepções herdadas do modo de atenção manicomial. Tem-se o protagonismo na participação ativa do usuário ocorrendo a consolidação de sua autonomia como consequência. Assim, é fundamental que os usuários estejam engajados e ativos em seu tratamento em detrimento da passividade da sua espera, sendo que os novos rumos são ditados por ele à sua própria vida (BOSSATO et al., 2021).

[...] É avaliado se o paciente precisa realmente vir ao CAPS no plano intensivo, ou no semi-intensivo ou não intensivo, aí a gente leva essa abordagem para a reunião de equipe a gente discute e aí é avaliada com a opinião de todos. (E2, M)

Parte dos entrevistados compreendia que a própria existência do CAPS e a forma como o serviço estava estruturado constitui um fator que favorecia a Reabilitação Psicossocial:

Nós temos usuários aqui que não internam há três, quatro anos. E que eram internados de três em três meses. [...] O índice de internação nosso é muito baixo. (E9, O)

[...] O que mudou é que a gente consegue dar um suporte maior para esse paciente [...], para a família, ou para o próprio paciente sozinho, independente de família e assim dispondo de mais recursos [...]. (E3, O)

Os recursos terapêuticos oferecidos pelos CAPS incluem atendimentos individuais, em grupo, atendimentos para a família, atividades comunitárias e assembleias ou reuniões de organização do serviço. Tais atividades não necessariamente precisam ser desenvolvidas dentro do serviço, sendo importante que se utilizem recursos que envolvam a comunidade (BRASIL, 2004). Quanto às atividades desenvolvidas nos dois serviços, os entrevistados enfatizaram a importância dos grupos

e das demais atividades coletivas, não existindo uma que promovesse isoladamente a Reabilitação Psicossocial:

[...] Eu acho que os grupos seria a primeira. [...] o paciente chegando ao CAPS, ele precisa dessa contenção de grupo e desse desenvolvimento que os grupos trazem para ele [...] (E1, M).

As atividades mais citadas nos discursos foram, respectivamente, as oficinas que envolvem geração de renda juntamente com as demais atividades de terapia ocupacional em geral (com destaque para o Grupo de Culinária), abordagens junto a familiares, emparelhado com grupos em geral que trabalham a inclusão e a socialização, seguidos de intervenções de apoio/suporte da psicologia e enfermagem (individuais e em grupo):

[...] O paciente C., no grupo de culinária, foi aprendendo a cozinhar, foi tomando gosto, foi pegando confiança, vendo que era a praia dele e ele foi fazer um curso no Paraná para aprender a fazer cookie. E agora ele está vendendo cookie [...]. Até já comprou várias formas, comprou balança [...]. (E8, M)

[...] Vários pacientes foram encaminhados para empresas para ter uma ocupação no mercado de trabalho, tem pacientes conseguindo fazer um bom vínculo familiar inclusive, o que não era possível antes [...] (E5, M)

Também foram mencionadas como importantes as intervenções medicamentosas, o acolhimento na admissão, o grupo de medicação, os grupos que trabalham atividades de vida diária e acompanhamento terapêutico. A disponibilidade para a escuta em ambiência e a interação entre profissionais e usuários dentro do CAPS também foram citadas. De modo geral, os profissionais compreendiam que as diversas atividades colaboravam para a Reabilitação Psicossocial com equivalência em termos de importância.

Ao definir as atividades dos CAPS como estratégias terapêuticas, é necessário repensar conceitos e práticas que podem promover saúde entre as pessoas envolvidas, desde técnicos, usuários e familiares até a própria comunidade. É preciso que haja envolvimento de todos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço (BRASIL, 2004).

No conjunto das entrevistas percebeu-se que os profissionais entendiam e valorizavam as transformações nas equipes ao longo do tempo. Isto porque houve o aprendizado com as experiências, nas reuniões de grupos de estudo e na capacitação dos profissionais. Na época houve a supervisão institucional desenvolvida no CAPS Marília. Todos esses aspectos parecem ter contribuído para que os profissionais repensassem a estruturação do acolhimento e do projeto terapêutico, mantendo o foco nos objetivos dos CAPS:

[...] Nós discutimos muito mais as triagens hoje. A gente tem muito mais cuidado com o plano terapêutico hoje do que, por exemplo, antes. (E1, M)

A gente pega as cartilhas do ministério, foca em outras coisas que a gente está achando que têm necessidade de estudar e toda semana a gente têm estudado [...]. (E6, O)

Para os entrevistados de ambos os CAPS, o trabalho em equipe e a motivação dos profissionais contribuíam significativamente para a Reabilitação Psicossocial, mesmo com as adversidades inerentes ao trabalho:

[...] O que eu vejo de forma muito positiva é essa abertura da equipe para o crescimento. [...] A equipe está sempre muito receptiva para essas coisas, para essas construções e esse novo CAPS que está surgindo [...]. (E6, M)

[...] O meu trabalho surte efeito porque o trabalho de cada um vai surtindo efeito. Não tem nada fragmentado. [...] Eu vou fazer o meu trabalho e vai surtir efeito, porque o do outro, do outro vai surtir efeito nesse usuário X." [...]. (E9, O)

A construção de uma nova lógica de atenção e do acolhimento das angústias dos próprios profissionais, atores envolvidos na transformação do modelo de atenção, pode emanar da gestão e do próprio grupo de profissionais por meio de constantes reflexões grupais que norteiem as práticas de Reabilitação Psicossocial (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

FATORES QUE DIFICULTAM A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DAS PESSOAS EM ACOMPANHAMENTO NOS CAPS

A articulação da rede de saúde e com os demais recursos comunitários pode contribuir para as ações em Reabilitação Psicossocial, sendo necessário lançar o olhar para fora dos muros dos CAPS. Os entrevistados compreendiam que a ausência dessa articulação também pode dificultar tais ações.

[...] É como se eu alastrasse a raiz de uma árvore: [...] Assim, se minha raiz conseguir chegar até um CRAS [Centro de Referência de Assistência Social], eu consigo tirar um usuário daqui e colocá-lo lá no CRAS da vila dele [...]. (E9, O)

[...] Se a gente tivesse um melhor contato com as unidades básicas de saúde a gente teria mais facilidade para dar essa alta, para retorná-los para as UBS e para as USF. Às vezes, tem uma USF perto da casa do paciente e a gente não sabe que têm grupos acontecendo ali perto. (E8, M)

Os entrevistados alertavam para o risco de institucionalização nos CAPS mediante à ausência de ações comunitárias:

[...] A gente fala tanto da reforma psiquiátrica, de não institucionalizar a pessoa e ao mesmo tempo eles vão ficando institucionalizados aqui. [...] É uma instituição que eles aderem, vêm por vontade própria, só que ao mesmo tempo quando você pensa em uma atividade pra eles lá fora, não tem. [...] (E8, O)

[...] Têm uns que ficam esperando o CAPS abrir, feriado ele vem... Como se ele não tivesse vida lá fora, né? Daí eu falo, isso aí é reabilitação que a gente está fazendo? [...] (E7, O)

Se o contexto de vida do usuário, incluindo família, comunidade, amigos, lazer, suporte mútuo etc., for negligenciado na atenção psicossocial pode-se reproduzir a dependência institucional de outrora (RODRIGUES; MARINHO; AMORIM, 2010). Sendo assim, é de extrema importância que se considere e se efetivem parcerias com os recursos comunitários extra CAPS.

Em relação à gestão dos recursos físicos, materiais e humanos dos serviços em saúde mental, os entrevistados entendiam que não havia a implementação de políticas públicas efetivas em saúde mental que atendessem aos anseios e necessidades tanto da população, quanto dos profissionais de saúde. Afirmaram que os serviços careciam de investimento, não havendo, na prática, um trabalho em rede:

[...] O que facilitaria o plano de saúde mental mesmo é os órgãos responsáveis verem a importância que tem o CAPS [...] as redes de atenção básica [...], eles acham que CAPS ad é um código [...] (E3, M)

Os profissionais compreendiam que havia dificuldades referentes à implementação de uma rede que desse conta das demandas municipais e regionais em saúde mental. Afirmaram que a fragilidade do trabalho em rede estava sendo um fator que dificultava a alta e favorecia o aumento do número de internações.

[...] Nós vamos desligar um usuário que já está bem, que ele poderia fazer um acompanhamento no ambulatório, só que o ambulatório está em extinção, então pra onde mandar esse usuário? [...] se eu falar pra ele “olha, eu te dou alta daqui do CAPS”, ele vai ser atendido aonde? (E9, O)

Porta de entrada existe? Existe. Mas, tem que ter uma porta de saída e a gente não consegue isso. Em sete anos que eu estou aqui a gente deu alta para dez pacientes. (E2, M)

A efetividade de um projeto terapêutico está diretamente relacionada ao funcionamento da rede de atenção em saúde. Só mesmo uma rede atuando como um concerto pode viabilizar o cumprimento de um projeto terapêutico integral (BRASIL, 2013). É de responsabilidade da RAPS regularizar e organizar as demandas próprias da rede, monitorando e avaliando a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2011). Ao analisar as entrevistas, observa-se que as ações nos CAPS ora estavam baseadas no modelo anterior de cuidado, pautado na exclusão e isolamento, ora se encontravam de acordo com o novo modelo de atenção. Isto ocorreu por estarem em um histórico processo de mudança. Assim, foram constatadas condutas tecnicizadas em detrimento de ações dialógicas com o usuário e o cuidado centrado na figura do médico:

[...] Eu faço a triagem, aí eu penso no plano terapêutico, discuto com o médico e aí a gente geralmente inicia [...]. (E10, M)

[...] Acho que o feeling, acho que é do médico, apesar de estar tendo umas discussões que o médico não pode ser a parte central de um CAPS, que eu discordo totalmente [...]. (E4, M)

Em dispositivos específicos da reforma psiquiátrica que propõem a Reabilitação Psicossocial também podem estar presentes velhas formas de psiquiatrização, bem como a valorização e entronização de elementos da sociedade de controle (PINTO; FERREIRA, 2010).

A preferência por escolhas de tratamento medicamentoso e direcionado a serviços especializados se contrapõe à lógica psicossocial, que funciona de acordo com a atenção centrada no usuário, na compreensão de seus aspectos psicológicos, de seu sofrimento, de condições sociais e econômicas, bem como seus desafios e possibilidades terapêuticas (FARINHUK; SAVARIS; FRANCO, 2021).

No que se refere à falta de recursos materiais e físicos, houve um entendimento difundido entre os entrevistados:

[...] Como eu vou desenvolver um grupo de atividade física se eu não consigo uma corda para ensinar eles a pular? [...] as pessoas veem que não tem material e não tem estrutura bacana e elas começam a faltar, vão embora. Aí elas não ficam no grupo e o grupo acaba [...]. (E2, M)

[...] Esses dias eu estava fazendo um grupo aqui com o pessoal e não cabia mais ninguém, daí: “posso participar do grupo?”, “não pode, porque não tem espaço!”. (E7, O)

Nos depoimentos seguintes, os profissionais apontaram que a pouca atenção dos gestores aos serviços de saúde mental traz outros agravantes dentro do CAPS que vão além dos recursos físicos e materiais, atingindo os próprios profissionais em seu trabalho:

Quando eu entrei aqui [...] não tinha T.O., então todo mundo que vinha fazia tapete e a gente ficava o dia inteiro na T.O. fazendo tapete. Até que saiu o concurso. Uns dois, três anos depois começaram a vir as T.O. e do mesmo jeito que elas vêm, elas vão. Qualquer proposta melhor aí elas vão embora. (E2, M)

[...] Foi feito um concurso público para trazer psiquiatra para cá e acabaram não vindo. Três candidatos, os três passaram, mas não assumiram [...]. (E2, M)

Apontaram que a contratação e gerenciamento dos recursos humanos desconsidera o perfil da pessoa, a afinidade com a área de saúde mental e a especialidade do profissional, o que contribui para diminuir a qualidade dos serviços oferecidos nos CAPS:

[...] A maioria não é capacitada, não tem especialização ou não queriam estar aqui. [...] quando a pessoa vai dar uma atividade para o paciente não tem essa visão de reabilitação [...] quando é contratado, eles olham muito para o número e não para a pessoa [...]. O profissional está indo para onde está precisando ir, independente. (E3, M)

[...] Se o profissional trabalha por trabalhar[...] e não se identifica com a demanda do seu trabalho, ele não vai ficar muito. Porque a pessoa vai se misturar, ela vai atacar [...]. (E4, O)

Outra dificuldade para a efetividade do processo de reabilitação psicossocial são as legislações trabalhistas envolvendo a pessoa com transtorno mental:

[...] Na hora em que você consegue uma entrevista de emprego eles veem lá um F20, eles falam assim: “não tem um CID associado”. Eles querem um CID de deficiência associado, porque aí eles podem inserir nas cotas. Então, eles não pegam para o mercado de trabalho [...]. (E8, M)

Rodrigues, Marinho e Amorim (2010) compreendem que a exclusão social pelo trabalho está relacionada com a dificuldade de acesso à seguridade social além do preconceito existente.

Diante de tais depoimentos é possível afirmar que há o risco de que os espaços de trocas oferecidos pelos CAPS, ainda que visem às práticas reabilitadoras, se transformem em um lugar em que impera a violência simbólica, por meio da relação de saber-poder entre profissional e usuário, presente nos antigos manicômios (CAMPOS et al., 2009; PINTO; FERREIRA, 2010).

É necessário investir nos profissionais que, juntamente com a nova lógica psiquiatrizante, estão mudando para uma nova forma de cuidado e assistência, até porque muitos desconhecem tal transcurso pela formação. A política de saúde mental deve ser ampliada e sustentada de forma a garantir os recursos, capacitação e contratações viabilizadas (CAMPOS et al., 2009)

Os entrevistados pareciam concordar que também há um excesso de demanda tanto no CAPS Marília como no CAPS Ourinhos, o que acabava por prejudicar a atenção individualizada:

[...] Cada um tem vinte e poucos pacientes. [...] às vezes, não tem perna para atender todos, nem controle com tantos

pacientes, eu tenho paciente que eu fico vendo na reunião de equipe e faz dois meses que ela está aqui e eu não a vi [...]. (E6, M)

Parece que, o tempo todo, o profissional tem que estar em algum lugar e, às vezes, acaba não tendo um tempo ou um espaço para ter um outro tipo de proximidade com o usuário [...]. (E4, O)

A própria condição psicopatológica dos usuários atendidos é um aspecto que dificulta a Reabilitação Psicossocial ou mesmo impede sua habilitação, como nas falas que se seguem:

A reabilitação, ela também é dificultada pelo próprio quadro psiquiátrico, dependendo do caso. Têm pacientes que a gente vai conseguir ajudar mais e outros menos. (E10, M)

Eles não conseguem lidar com o que é novo. [...] Se chegar aqui e tiver que pegar a perua para ir em qualquer outro lugar sem o conhecimento deles antes disso, [...] alguns deles falam “eu não quero ir, eu tenho medo de ir, eu quero ficar!” [...]. (E2, M)

Bion (1967/1994) discorre acerca de sentimentos aversivos dirigidos à realidade considerando-se a parte psicótica da personalidade. Para ele os mecanismos relacionados ao surgimento da esquizofrenia baseiam-se na preponderância de pulsões destrutivas, o ódio à realidade interna e à externa que se estende a toda a sua percepção de mundo. Aponta, ainda, que existe um conflito predominante entre as pulsões de vida e de morte considerando sua relação também conflituosa com a realidade externa.

Mesmo em estados psicóticos, ainda que o ego se distancie da realidade, ele não perde inteiramente o contato com ela (BION, 1967/1994). No depoimento seguinte o entrevistado considerou a importância de se trabalhar os medos e o mundo subjetivo dos usuários, preocupando-se, também, com suas relações sociais:

Tem que trabalhar tanto a questão dele na sociedade, na prática, quanto também trabalhar a parte psíquica, a parte emocional e como aquilo está intervindo nos sentimentos... E lá fora! Que ele vê o mundo [...] os medos, [...] trabalhar as angústias que ele tem e trabalhar a prática dele inserido na sociedade. (E8, M)

Para Klein (1957/1991) o objeto bom introjetado corresponde à experiência vivenciada no início da vida na qual houve um vínculo sadio que se manteve conservado no *self*, e que, mesmo habitando em terras inconscientes, é vital para o crescimento. Se há internalizado o objeto bom, há maiores chances de desenvolvimento emocional. Tal experiência constitui-se como foco das ações em Reabilitação Psicossocial na medida em que se trabalha com os recursos subjetivos próprios da pessoa, visando suas relações com o mundo exterior. As dificuldades vivenciadas pelos usuários que se defrontam com a necessidade de enfrentamento das demandas do cotidiano possuem relações com o conflito intrapsíquico que é vivenciado no contato com a realidade e o meio que circundante. Nesse sentido, consideramos que há uma boa fresta, sendo importantes as ações voltadas ao trabalho dos aspectos intra e intersubjetivos na relação com o meio visando à reabilitação.

Os entrevistados também enfatizaram as dificuldades para lidar com o estigma que as pessoas com transtorno mental carregam. Nos depoimentos, nota-se o estigma proveniente da sociedade, dos profissionais de saúde, da família e dos próprios usuários.

Para alguns profissionais, o estigma e a exclusão social também contribuem para a institucionalização do usuário no CAPS, ainda que este seja um serviço substitutivo:

[...] Pensar em reabilitação [...] com a sociedade que nós temos não é fácil. Não é fácil reabilitar essas pessoas a conquistar algumas coisas [...]. Então uma boa parte deles acaba ficando mais tempo ou até cronicando também. (T5, M)

[...] Alguns gostam de estar aqui porque são bem aceitos aqui. Às vezes não são na família ou com o ambiente deles no bairro. (E8, O)

Em alguns depoimentos também surgiu a ideia de que há uma cultura manicomial segregatória que rege o imaginário social e o preconceito das pessoas ao encarar os usuários com transtornos mentais:

[...] Ourinhos é uma cidade que tem uma cultura hospitocêntrica, né. A pessoa desequilibrou emocionalmente, às vezes nem precisa de medicação. O usuário desequilibrou e a família já quer internar [...]. (E2, O)

Eu acho que a saúde mental está muito discriminada. [...] muitas pessoas com quem a gente conversa aqui, quando a gente vai fazer, por exemplo, entrevista de emprego: “Ah, você trabalhou onde?”, “Trabalho com a psiquiatria”, “Você é louca trabalhar na psiquiatria, Deus me livre trabalhar no HEM [Hospital Espírita de Marília]!” (E2, M)

[...] Você entra com eles (pacientes) em um lugar público; se você for sentar com eles,, ao seu redor, não senta ninguém. O pessoal se afasta. Ninguém quer chegar perto, ninguém quer conhecer. (E2, M)

A respeito das representações sociais da loucura, a imagem da pessoa com sofrimento psíquico está frequentemente associada às ideias de medo, rechaço e de periculosidade, o que leva a uma tendência crescente de evitação que contribui para a estigmatização dessas pessoas (ROCHA, 2016).

Alguns usuários podem se identificar com as projeções das próprias pessoas por meio do jogo de identificações projetivas, mecanismo que busca excluir do plano da consciência suas partes indesejáveis pelo caráter ansio gênico que reside na aproximação de seus próprios núcleos psicóticos. (KLEIN, 1946/1991). Os depoimentos que seguem descrevem a dificuldade de um usuário que se identifica com esse aspecto e a exclusão, reforçada por si próprio ou pela família:

[...] Ele próprio criou um estigma para ele. Ele acaba tendo vergonha de algumas coisas, mas ninguém sabe o que ele tem, só ele. Mas ele acaba tendo preconceito contra ele mesmo. (E3, M)

[...] A gente tem a dificuldade que a família tem em estar liberando esse paciente para a vida, para o cotidiano. Tem paciente que nem conhece o bairro, tem paciente aqui que, infelizmente, não consegue tomar banho sozinho, porque a família impôs uma condição e trata como se tivesse quatro ou cinco anos [...]. (E2, M)

É fundamental o olhar lançado ao grupo familiar para a ressocialização do usuário. Ouvir a família, compreender suas impressões e dar significado é importante pelo impacto que a família pode causar em seu desenvolvimento e sociabilidade (BRASIL; JORGE; COSTA, 2006).

As questões de estigma e exclusão encontram raízes na própria dinâmica psicológica e dialógica das pessoas envolvidas no processo. No entanto, é interessante notar que a sociedade foi se organizando de forma análoga a essa dinâmica, isolando, distanciando e separando o que é considerado ameaçador segregando e a loucura por meio dos muros altos dos manicômios, distante dos grandes centros urbanos detentores da ordem e da razão. Os depoimentos a seguir ilustram tal situação:

[...] Vem o cuidador com o paciente fazer a entrevista e já traz a mala para deixar [...]. Quando você faz um período em determinados dias da semana, a pessoa fica nervosa e fala: “Não é isso o que eu quero, não é isso que eu vim fazer aqui, eu queria institucionalizar” [...]. (E2, M)

[...] Esse estigma da hospitalização, essa cultura, vai demorar para acabar porque uma facilidade gerada pelo hospital que era: vou deixar lá [...]. Mesmo os pacientes. Eles falam que quando eles não estão muito legal que eles queriam estar internados [...]. (E2, O)

Em uma visão social do estigma, Goffman (1982) afirma que a estigmatização daqueles que tem maus antecedentes morais, como historicamente o paciente psiquiátrico foi concebido, é uma forma de controle social formal e que a estigmatização de membros de certos grupos raciais, religiosos ou étnicos tem, aparentemente, funcionado como um meio de afastar essas minorias de diversas vias de competição.

Alguns dos entrevistados apontaram para o fato de que o próprio sistema político e econômico interfere na Reabilitação Psicossocial, estando associado à segregação e exclusão social, como se pode notar no depoimento que se segue:

[...] O capitalismo não está aberto para lidar com o diferente [...] para você ser aceito você precisa dar renda para a sociedade e eles não dão lucro, eles dão despesas [...]. (E2, O)

O preconceito e o estigma existentes com as pessoas com transtornos mentais representam um fator decisivo para a exclusão no mundo do trabalho. Ao se retornar ou iniciar um novo trabalho, a pessoa com transtorno mental se depara com um desafio: o de desmanchar a histórica lógica capitalista que exclui do mundo do trabalho as pessoas consideradas inaptas ou improdutivas. Não existem leis que assegurem o trabalho formal dessas pessoas e isso ocorre por haver uma intrínseca relação histórica entre o desenvolvimento capitalista e a reclusão social da loucura. Mas a conquista da independência financeira poderia, inclusive, levar à inclusão na própria família, bem como manter o trabalho como existência social e a identidade, já que é por meio dela que nos apresentamos ao outro (RODRIGUES; MARINHO; AMORIM, 2010).

Como se pôde observar, são diversos os fatores que se inter-relacionam para a manutenção do estigma envolvendo pessoas com transtornos mentais. Fatores psicológicos, socioculturais, a falta de informação e até fatores relacionados ao sistema político-econômico vigente dificultam a Reabilitação Psicossocial por meio do estigma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permite afirmar que o processo de Reabilitação Psicossocial nos dois CAPS envolvidos tem ocorrido com avanços e retrocessos ao longo dos seus anos de implementação. Os profissionais buscam aprimorar esse trabalho, utilizando os recursos cognitivos, sociais, institucionais e políticos que dispõem em cada serviço.

Embora houvesse iniciativas individuais e também decorrentes do trabalho em equipe, como a utilização do Projeto Terapêutico Singular, o estudo mostra que há diversas dificuldades para a efetiva Reabilitação Psicossocial, considerando o amplo contexto em que as suas ações estavam inseridas. O CAPS de Ourinhos enfrentava as mudanças decorrentes da implementação, ainda recente, da Rede de Atenção Psicossocial e da descentralização do Ambulatório de Saúde Mental. O CAPS de Marília vivenciava as dificuldades do trabalho e do diálogo em rede.

O CAPS, considerado como eixo central da reforma psiquiátrica brasileira, a qual se orienta pela desinstitucionalização, desospitalização e promoção de autonomia, direitos, cidadania e saúde mental por meio da Reabilitação Psicossocial, pode estar a serviço da institucionalização das pessoas com transtornos mentais, tal como outrora foram os hospitais psiquiátricos. O contexto social, incluindo as relações e vínculos familiares, são de extrema importância para a Reabilitação Psicossocial e é nele que devem ser implementadas as políticas públicas que, atualmente, carecem de uma atenção adequada à saúde mental.

O sistema econômico e político vigente, baseado no modelo neoliberal, conforme contemplado nas entrevistas, também contribui para a seleção e exclusão social envolvendo o trabalho e os produtores em potencial, sendo intrínseca a ele a luta pelo maior capital e poderio econômico. É evidente, ainda, que não existem leis que garantam à pessoa com transtorno mental a dignidade e a saúde mental que um exercício laboral pode oferecer.

A alta demanda, o acúmulo de usuários nos CAPS e a insuficiente articulação entre os serviços de saúde, também contribuem para dificultar o processo de Reabilitação Psicossocial das pessoas em tratamento.

Conclui-se que o processo de Reabilitação Psicossocial nos CAPS tem sido desenvolvido por meio de ações predominantemente voltadas para o indivíduo e que há carência de ações sociais, voltadas ao seu meio, o que acaba por dificultar esse processo. É, portanto, de extrema importância o incentivo por parte dos gestores ao funcionamento do trabalho em rede com ações externas ao CAPS, visando à integração dos serviços de saúde e a criação e ampliação dos recursos da comunidade.

REFERÊNCIAS

ANJOS FILHO, N. C.; SOUZA, A. M. P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 63-76, jan./mar. 2017.

BARBATO, A. The World Association for Psychosocial Rehabilitation. **Int. Psychiatry**, Great Britain, v. 1, n. 3, p. 20-21, Jan. 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BION, W. R. (1967). Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não psicótica. *In*: BION, W. R. **Estudos psicanalíticos revisados (second thoughts)**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. p. 55-77.

BOSSATO, H. R. et al. Protagonismo do usuário na assistência em saúde mental: uma pesquisa em base de dados. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 58, p. 95-121, jan./jun. 2021.

BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 153, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016.

BRASIL. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 29 abr. 2021.

BRASIL. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/manual-de-caps/2874-manual-de-caps/file>. Acesso em: 5 maio 2021.

BRASIL. Portaria 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 148, p. 230, 26 dez. 2011.

BRASIL, E. G. M.; JORGE, M. S. B.; COSTA, E. C. Concepções de usuários e trabalhadores de um CAPS da SER-IV, de Fortaleza-CE, acerca do cuidado em saúde mental. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 7, n. 3, p. 333-338, jul./set. 2008

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 16-22, 2009. Supl. 1.

CARVALHO, R. C. et al. A reabilitação psicossocial através das atividades Extra-Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **J. Nurs. Health**, Pelotas, v. 2, p. 284-290, 2012. Supl. 2.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

FARINHUK, P. S.; SAVARIS, L. E.; FRANCO, R. S. Transtorno mental e sofrimento psíquico: representações sociais de profissionais da Atenção Básica à Saúde. **Res., Soc. Dev.**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. e24010313267, 2021.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. A inserção da reabilitação psicossocial nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: o conflito entre racionalidade instrumental e racionalidade prática. **Rev. Ter. Ocup.**, São Paulo, v. 22, n. 11, p. 76-84, 2011.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

KLEIN, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. *In*: KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 17-43.

KLEIN, M. (1957). Inveja e gratidão. *In*: KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 207-267.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, jan./mar. 2010.

ROCHA, R. F. Representações sociais da saúde mental. **Rev. Eletr. Cient. Inov. Tecnol.**, Medianeira, v. 2, n. 14, p. 95-113, 2016.

RODRIGUES, R. C.; MARINHO, T. P. C.; AMORIM, P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1615-1625, 2010. Supl. 1.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. *In*: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 13-18.

CONSTRUÇÃO DE PROJETOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Danielle Abdel Massih Pio
Camila Mugnai Vieira
Nayara de Fátima Mazini Ferrari
Ana Carolina Nonato

INTRODUÇÃO

A Saúde é um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica nº 8.080/1990; deste modo, o Sistema Único de Saúde (SUS) é instituído como provedor dos serviços relacionados à Atenção à Saúde, além de ordenar a formação dos profissionais no território brasileiro (BRASIL, 1990; REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

Apesar de os princípios e diretrizes do SUS bem como as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Saúde preconizarem a integralidade da atenção em saúde às necessidades da população, o que se verifica na realidade é o distanciamento entre a formação e a prática nos serviços (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001).

Segundo Paulo Freire (1999), não é possível compreender o ser humano desprovido de seu contexto, pois este é responsável por sua própria formação, refletindo sobre sua realidade (FREIRE, 1999). O processo de ensino-aprendizagem deve articular duas dimensões: saber conhecer e saber fazer, de modo a superar a cisão entre teoria e prática, desencadeando uma visão holística da relação entre os profissionais de saúde e suas áreas de atuação, com favorecimento da construção de redes sociais entre os indivíduos (BRASIL, 2014).

Considerando o exposto, a educação surge como importante instrumento essencial a fim de remediar os problemas observados no contexto do trabalho em saúde. Neste sentido a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004 através da Portaria nº 198 GM/MS, representa uma importante ferramenta de aprendizagem, possibilitando criação de parcerias ensino-serviço e evolução da Educação na Saúde (BRASIL, 2018).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) possibilita consolidar novos momentos de construção no trabalho, identificando as fortalezas e fragilidades deste processo. Pode contribuir para reduzir a burocracia e estimular corresponsabilização, autonomia e criatividade ao possibilitar que os diferentes atores em saúde questionem sua realidade, sua prática e a organização de seu trabalho (BRASIL, 2014). Os espaços de EPS devem romper com o modelo positivista, permitindo democratização das relações de poder, favorecendo acesso à ciência e possibilitando melhora da formação, com desenvolvimento dos indivíduos e das organizações (SILVA; KNOBLOCH, 2016)

Planejamento é todo o processo em que as ações humanas são racionalizadas, possibilitando que sejam elaboradas novas proposições e que sua viabilidade seja construída, tendo como objetivo final a solução de problemas. Deste modo, planejar significa delinear e acompanhar todo o conjunto das propostas de intervenção em uma determinada realidade (TEIXEIRA, 2010).

O Planejamento Estratégico Situacional (PES), nomenclatura definida por Matus (1997), consiste em um processo dinâmico e contínuo que reconhece a multiplicidade de atores existentes em uma determinada realidade, e considera que deve haver um conjunto de ações estratégicas e comunicativas entre os pares para que haja consenso sobre os problemas enfrentados, os objetivos que devem ser alcançados e quais possíveis ações podem ser desenvolvidas para tal. O enfoque situacional origina-se como uma teoria geral de planificação, que garante subsidiar uma prática concreta, independentemente da

dimensão real ou histórica da realidade; deste modo, se o ator puder agir democraticamente, o PES é um referencial metodológico que poderá ser aplicado em qualquer situação de conflito (MATUS, 1997).

O PES está fundamentado teoricamente em uma lógica que enfatiza o conceito de “situação” e seu método prevê um conjunto de passos a serem seguidos em determinados momentos do planejamento: o “explicativo”, que discorre sobre a natureza e os desdobramentos do problema; o “normativo”, que engloba o conteúdo propositivo do plano; o “estratégico”, que analisa a viabilidade do plano; e o “tático operacional”, que é a intervenção e o monitoramento da ação propriamente dita. Para a detecção de um determinado problema, o ponto de partida consiste na percepção dos sujeitos envolvidos e a leitura de sua realidade, pois, ao fazê-lo, vislumbram novas formas de atuação e apropriam-se de novos compromissos com sua realidade, envolvidos com a perspectiva da mudança (UNASUS/UNIFESP, 2018).

Para que as propostas de intervenção sejam viáveis e factíveis, uma das possibilidades para que isto se concretize é a organização educativa em Oficinas de Trabalho (OT) para a construção do Projeto de Intervenção (PI). Este processo pode ser construído segundo alguns itens: identificação e priorização dos problemas; identificação dos atores sociais; explicação do problema priorizado; construção do plano de ação; gestão do plano de ação. Complementar a este processo, a construção do produto do PI deve considerar o contexto do problema, seus objetivos, seu percurso metodológico e seu plano de intervenção (CALEMAN et al., 2016).

Deste modo, este projeto teve como objetivos sensibilizar e apoiar a formação permanente dos trabalhadores que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), considerando suas concepções e vivências, além de promover e ampliar os referenciais teórico-práticos sobre o Acolhimento em Saúde Mental e sobre a instrumentalização acerca da Estratégia de Atenção Psicossocial (EAPS), como Trabalho em Equipe, Clínica Ampliada, Matriciamento etc., favorecendo a organização da

RAPS e fortalecendo o conhecimento técnico e o acesso aos serviços e permitindo o entendimento de protocolos, fluxos e linhas de cuidado nas três regiões em que este projeto de intervenção foi aplicado.

MÉTODO

Este projeto foi realizado em três Regiões de Saúde do interior paulista, sendo convidados representantes dos municípios de sua área de abrangência. Os participantes foram profissionais e gestores das equipes de serviços dos vários pontos de atenção à saúde que compõem a RAPS da região, contemplando trabalhadores de vários serviços de Atenção Básica e de Saúde Mental de cada município, somados os representantes municipais do Núcleo de Educação Permanente e Humanização (NEPER-H) e do Grupo Condutor da RAPS.

O cálculo das vagas ofertadas foi elaborado considerando porte populacional do município, rede de serviços de saúde e participação no Grupo Condutor Regional da RAPS e NEPER-H e discutido nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) de referência. Alguns preencheram todas as vagas, outros parcialmente e houve, ainda, aqueles que não indicaram participantes. Foram ofertadas 138 vagas, das quais 70 foram preenchidas.

O projeto contou com um coordenador e um facilitador, que conduziram as atividades propostas em todas as oficinas. Algumas oficinas também contaram com um professor colaborador convidado, especialista e/ou experiente no tema específico a ser trabalhado. Foram convidados professores de diferentes formações e categorias profissionais, de modo a compor um olhar multiprofissional para a Saúde Mental. Esta proposta educativa foi desenvolvida por meio de Oficinas de Formação, destinadas à abordagem dos diferentes aspectos e dimensões da RAPS e que abordaram competências relacionadas às suas dimensões, organizadas por eixos temáticos norteadores que foram elaborados a partir das demandas identificadas em Oficinas anteriores.

Realizaram-se dez Oficinas de formação, com duração de quatro horas cada e periodicidade quinzenal. Nas semanas alternadas aos encontros, as atividades foram desenvolvidas individualmente ou coletivamente pelos participantes em seus cenários de prática, como buscas e estudo de textos ou realização de atividades propostas. Nestas semanas, foram realizadas reuniões de Planejamento Pedagógico, nas quais o coordenador do projeto, o facilitador e os professores colaboradores realizaram a preparação e discussão dos encontros, com intuito de planejamento conjunto e encadeamento do processo formativo de modo integrado. Após 90 dias do último encontro, foram realizadas duas oficinas de *follow up*, propostas como consolidação da aprendizagem e avaliação da aplicação prática dos elementos do curso.

O processo foi desenvolvido a partir de princípios da EPS, portanto, foram realizadas reflexões coletivas a partir da realidade vivenciada pelos participantes, visando a modificações de suas práticas profissionais (BRASIL, 2009). A condução dos trabalhos nas Oficinas foi realizada a partir de metodologias ativas de ensino e aprendizagem, envolvendo os sujeitos de modo participativo na construção de sua prática e de seu conhecimento individual e coletivo (MITRE et al., 2008). O processo grupal buscou ser colaborativo, visando o desenvolvimento de todos. A intencionalidade foi proporcionar a aprendizagem significativa, de modo que possa ser aplicada em diferentes contextos e permaneça por mais tempo, podendo, ainda, ser retomada com mais facilidade do que a aprendizagem apenas por memorização desenvolvida por métodos tradicionais (PELIZZARI et al., 2002).

Foram utilizados materiais diversos de papelaria, notebooks, equipamentos multimídia, roupas e acessórios para dramatização, entre outros. Também foram confeccionados pelos facilitadores e disponibilizados aos participantes Termos de Referência, com explicações detalhadas de cada etapa do Projeto de Intervenção (PI), conforme apresentado na introdução deste capítulo. Após cada encontro, *slides*

das apresentações e/ou textos indicados foram compartilhados com os participantes via WhatsApp e e-mail.

As Oficinas foram organizadas de acordo com os seguintes temas:

Quadro 1 - Temas das oficinas

Número	Tema
1	Acolhimento e Políticas Públicas em Saúde Mental
2	Proposta e início do Projeto de Intervenção (PI)
3	Sensibilização para a diversidade e as demandas em Saúde Mental
4	Noções de psicanálise para o cuidado em saúde mental
5	Acolhimento em Saúde Mental e Avaliação Psicodinâmica
6	Avaliação do Estado Mental e Urgências Psiquiátricas
7	Estratégias em Atenção Psicossocial
8	Projeto Terapêutico Singular (PTS)
9	PI - Explicação do problema e planejamento de ações
10	Apresentação dos PIs e Avaliação do Curso
11	Oficina de <i>follow up</i> I
12	Oficina de <i>follow up</i> II e Avaliação do Curso

Fonte: elaborado pelas autoras

A avaliação da proposta educacional foi processual, formativa e somativa ao longo do tempo. Foram realizadas avaliações após cada atividade e ao longo do processo, de acordo com aspectos cognitivos e atitudinais.

O Trabalho de Conclusão de Curso foi o PI, elaborado em grupo e transversalmente durante o curso, com as etapas previstas em cada Termo de Referência Específico. Os grupos tiveram obrigatoriamente que entregar o PI por escrito e apresentá-lo na décima Oficina.

Além de avaliar os efeitos das atividades imediatamente após seu término, os coordenadores realizaram um *follow up* após 90 dias, com o objetivo de monitorar a implementação do PI e verificar se os benefícios da formação puderam impactar a prática profissional dos participantes e a RAPS das regiões.

Após o término do curso, foi dada a oportunidade de reposição de uma falta aos participantes que entregaram o PI, mas se ausentaram de uma Oficina a mais do permitido para certificação. Solicitou-se a seguinte narrativa reflexiva: “Disserte sobre a Rede de Atenção Psicossocial de seu município, sua compreensão sobre ela e a efetividade da mesma na prática, apresentando reflexões sobre alcances e limites na sua realidade, bem como propondo estratégias de enfrentamento possíveis”.

Os critérios de avaliação tanto do PI quanto da narrativa foram: redação clara, apresentação de todas as etapas previstas, demonstração de conhecimentos trabalhados no curso e articulação teórico-prática.

Ao término da décima oficina foi respondido o Questionário de Avaliação do Curso pelos participantes, de modo que analisaram e qualificaram todo o processo de formação quanto aos temas abordados, estratégias desenvolvidas, desempenho dos facilitadores, dos pares, do grupo e autoavaliação.

Um relatório contendo toda a proposta do projeto educativo e as avaliações dos participantes de cada região foi compartilhado com os gestores dos municípios que tiveram representantes no processo. Os PIs elaborados e seu monitoramento por *follow up* foram compartilhados especificamente com estes gestores, conforme acordado com os participantes, como devolutiva de sua indicação para o curso, bem como para estimular sua implementação em seus respectivos serviços, de modo que continuem a contribuir para seu desenvolvimento e da RAPS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participação

Conforme apresentado na seção anterior, das 138 vagas ofertadas, apenas 70 foram preenchidas. O quantitativo de vagas ofertadas e participantes que concluíram o curso está descrito na tabela a seguir.

Tabela 1 - Vagas ofertadas e participantes que concluíram o curso por município

Municípios/ Região	Região 1		Região 2		Região 3	
	Vagas Ofertadas	Participantes que concluíram o curso	Vagas Ofertadas	Participantes que concluíram o curso	Vagas Ofertadas	Participantes que concluíram o curso
Município 1	6	10	1	0*	3	2
Município 2	6	0	3	2	6	6
Município 3	2	0	1	0**	6	3
Município 4	6	1	2	2	3	0*
Município 5	2	0	3	3	6	4
Município 6	6	0	2	0**	3	1
Município 7	6	0	6	6	6	3
Município 8	2	1	1	0*	2	8
Município 9	3	3	2	1	-	-
Município 10	2	2	1	1	-	-
Município 11	-	-	2	0*	-	-
Município 12	-	-	3	10	-	-
Município 13	-	-	3	0*	-	-
Município 14	-	-	1	0*	-	-
Município 15	-	-	3	0*	-	-
Município 16	-	-	4	0*	-	-
Município 17	-	-	1	0*	-	-
Município 18	-	-	2	0*	-	-
Município 19	-	-	1	1	-	-
Total:	1	17	2	26	5	27

Legenda: *: Não participou

** : Não concluiu

Fonte: elaborada pelas autoras

A relação entre vagas ofertadas e o número de participantes que concluíram o curso foi, em média, de 50%. Todavia, embora a maioria dos municípios realmente tenha menos representantes concluintes do que as vagas ofertadas, um deles, o município 1 da Região 1, teve quatro participantes a mais do que o previsto que concluíram o curso. Além disso, em setes municípios o número de concluintes foi equivalente ao número de vagas.

Experiência das Oficinas

1. **Acolhimento e Políticas Públicas em Saúde Mental:** os participantes foram acolhidos e foi desenvolvida a integração grupal, retomadas e atualizadas as demandas identificadas em oficinas anteriores da RAPS e feito contrato grupal para o processo formativo. **Desenvolvimento:** enquanto os participantes se apresentaram, realizou-se o resgate histórico de suas formações, quando começaram a trabalhar na Saúde, no SUS e sua inserção na Saúde Mental. Coletivamente construiu-se uma Linha do tempo, correlacionando as trajetórias individuais dos participantes com a história das Políticas Públicas de Saúde e de Saúde Mental. Debateram-se marcos e acontecimentos importantes, como a promulgação de Leis, adesão a Tratados Internacionais, participação e realização de Conferências. Foram levantadas as potencialidades de cada ator e suas possíveis contribuições para o fortalecimento da RAPS, com valorização dos trabalhadores envolvidos.
2. **Proposta e início do Projeto de Intervenção (PI):** Foi feito um delineamento pelos participantes das potencialidades e fragilidades envolvendo a RAPS e elaboradas as necessidades de ação, elencando estratégias para solução dos problemas. Dentro desta perspectiva, foi apresentada a proposta do Projeto de Intervenção (PI), considerando a necessidade de planejamento e o delineamento do mesmo com prazos e sua elaboração transversal durante o curso, apresentados os passos para sua construção. Em pequenos grupos, os parti-

cipantes trabalharam na sistematização das primeiras etapas, “identificando e priorizando os problemas” e “identificando atores sociais” **Atividade de dispersão**¹: Os participantes deveriam levar os resultados obtidos na priorização de problemas e definição de atores sociais para compartilhar com suas equipes locais nos cenários de prática, com o intuito de confirmar se eles representam a realidade destes serviços ou de alterá-los a partir da sugestão dos demais.

- 3. Sensibilização para a diversidade e as demandas em Saúde Mental:** Trabalhou-se a desmistificação da loucura e a abertura para mudanças conceituais em relação ao tema, bem como o envolvimento com a Saúde Mental, a partir de reflexões sobre concepções, estereótipos e preconceitos, e debate com o compartilhamento de experiências e sentimentos diante da diversidade e de demandas em Saúde Mental. **Desenvolvimento:** realizou-se uma dinâmica para sensibilização quanto à diversidade e conscientização acerca das concepções e atitudes em relação à loucura e como estas influenciam as práticas cotidianas em saúde, a partir de fotos de pessoas de diversas etnias, aparências, culturas, profissões, gênero e a expressão e reflexão dos participantes sobre suas percepções. **Atividade de dispersão:** Narrativa reflexiva individual que relacionasse a dinâmica vivenciada às suas experiências de acolhimento em Saúde Mental.
- 4. Noções de psicanálise para o cuidado em saúde mental:** foram abordados conceitos sobre a estrutura e o funcionamento mental, bem como sobre o desenvolvimento psicosssexual dos sujeitos, segundo referencial psicanalítico, buscando relacionar a teoria com as práticas clínicas em Saúde Mental. **Desenvolvimento:** exposição dialogada, debate de pequenos vídeos e dinâmica com objetos intencionais que remetiam

¹ As Atividades de Dispersão eram propostas como forma de continuidade das Oficinas, de modo a levar os participantes a implementarem em seus cenários de prática profissional algumas das discussões realizadas, aprofundar seus estudos sobre os temas debatidos, entre outras. A realização das mesmas dava-se nas semanas intercaladas aos encontros presenciais.

às fases de desenvolvimento e experiências prévias de vida dos participantes.

5. **Acolhimento em Saúde Mental e Avaliação Psicodinâmica:** foram trabalhados aspectos do acolhimento e triagem em Saúde Mental nos diferentes serviços da RAPS, com enfoque nos primeiros contatos com usuários e familiares, escuta ampliada, aspectos da comunicação e da relação profissional-paciente. Foi dado enfoque na Avaliação Psicodinâmica e o olhar integral para sujeito, história e contexto de vida e abordados alguns casos em psicopatologia. **Desenvolvimento:** exposição dialogada e Estudo de Caso Clínico em pequenos grupos, com apresentação e debate em plenária. O caso utilizado foi construído pelos facilitadores para este curso e abarcava situação baseada na realidade da RAPS nos municípios, apresentando dados do paciente, histórico, sinais e sintomas e contexto de vida, permitindo aos grupos realizarem a tarefa de delinear, apresentar e discutir uma Avaliação Psicodinâmica. **Atividade de dispersão:** Avaliação parcial do curso. Solicitou-se aos participantes que respondessem a um instrumento com os disparadores: “Que bom que...; Que pena que... e Que tal se...”, para que expressassem pontos positivos e negativos do curso e apontassem sugestões para mudanças e melhorias no mesmo.
6. **Avaliação do Estado Mental e Urgências Psiquiátricas:** foram abordados os principais elementos do Estado Mental e como avaliá-los, apresentados princípios e diretrizes em situações de urgências e crises e estratégias de manejo. **Desenvolvimento:** foram apresentados fragmentos de filmes selecionados previamente que destacavam elementos do estado mental, como memória, senso percepção, humor, linguagem etc.. Após apresentação de cada trecho, realizou-se debate sobre os aspectos observados, exposição dialogada e simulação de estratégias de manejo em situação de urgência.
7. **Estratégias em Atenção Psicossocial:** foram abordados elementos do Trabalho em Equipe, Interdisciplinaridade,

Cuidado às famílias e dispositivos como Visitas Domiciliares, Grupos Terapêuticos e de Orientação, Clínica Ampliada, Matrimento e Projeto Terapêutico Singular (PTS). **Desenvolvimento:** foi aplicada a metodologia da Aprendizagem Baseada em Equipes ou *Team Based Learning* (TBL), uma ação educacional que promove a construção de conhecimentos, especialmente focalizada na resolução de problemas. É desencadeada a partir de um contexto que funciona como disparador de aprendizagem, finalizado por uma discussão realizada pelo professor convidado/facilitador. Assim, os facilitadores construíram previamente questões com situações-problema e alternativas que tentavam explicá-las. Os participantes primeiramente responderam às questões individualmente, depois em pequenas equipes, buscando uma decisão comum por meio de argumentações e, ao final, compartilharam com o grupo todo, verificando quais seriam as opções mais adequadas e completas para cada contexto.

8. **Projeto Terapêutico Singular (PTS):** foi apresentado e debatido o PTS como ferramenta para um cuidado ampliado em Saúde Mental, além de potente estratégia para articulação da RAPS. **Desenvolvimento:** foi realizada exposição dialogada, debatendo as etapas do PTS e posterior Estudo de Caso Clínico em pequenos grupos, com apresentação e debate em plenária. O caso utilizado foi construído pelos facilitadores para este curso e abarcava situação baseada na realidade da RAPS nos municípios, apresentando dados do paciente, histórico, sinais e sintomas e contexto de vida, que permitiram aos grupos realizarem a tarefa de delinear, apresentar e discutir um PTS. **Atividade de dispersão:** Solicitou-se aos pequenos grupos de PI que preenchessem um instrumento de mapeamento do território nos quais encontravam-se inseridos, que continha informações sobre serviços, programas, projetos, estratégias, ações e atividades que compõem com a Rede de Saúde Mental para a promoção de saúde e implementação do cuidado, nas áreas de educação, desenvolvimento social, formação e geração de renda, esporte e lazer, cultura, socie-

dade civil organizada, planejamento urbano, meio ambiente e espiritualidade. O objetivo da atividade era o reconhecimento do território enquanto espaço para produção de cuidado e saúde a fim de obtenção e sistematização de dados para auxílio na elaboração do PI.

9. **PI - Explicação do problema e planejamento de ações:** neste momento, deu-se continuidade à elaboração do PI e sua finalização. **Desenvolvimento:** em pequenos grupos, procedeu-se a explicação detalhada do problema priorizado, utilizando a “Árvore Explicativa” e elaboração do planejamento definindo metas, ações, responsáveis e monitoramento.

10. **Apresentação dos PIs e Avaliação do Curso:** nesta Oficina houve a finalização dos PIs e avaliação da percepção dos participantes sobre o conteúdo do curso ministrado. **Desenvolvimento:** cada pequeno grupo apresentou seu PI ao grupo completo e todos puderam opinar, questionar e aprimorá-los. Os PIs foram variados nos problemas abordados, bem como nas ações planejadas. Posteriormente, em pequenos grupos os participantes prepararam uma apresentação livre, que poderia ser oral, artística, criativa, que representasse suas vivências no curso, o significado delas para eles e sua repercussão para a prática profissional. Os grupos apresentaram dramatizações de situações reais, com a possibilidade de expressão de vivências na prática profissional consideradas desafios, que puderam ser refletidas e debatidas coletivamente, em busca de alternativas de ações mais eficazes. Também apresentaram paródia de música com letra representando significados semelhantes às dramatizações. Ao final do encontro, os participantes responderam um Questionário de Avaliação do Curso elaborado pelas facilitadoras com o objetivo de monitorar o aproveitamento das Oficinas, a percepção dos participantes sobre o curso, além de possibilitar ajustes e melhorias para as seguintes oficinas e cursos futuros. **Atividade de dispersão:** cada grupo deverá tentar implementar o PI elaborado durante o curso em seus respectivos serviços e, após 3 meses, deverá retornar às próximas Oficinas com a

“Matriz de Monitoramento” do PI preenchida com Ações, Situações e Resultados para apresentação.

11. **Oficina de *follow up* I:** Apresentação das matrizes de monitoramento dos PIs e compartilhamento das tentativas de aplicação para definição dos próximos passos. **Desenvolvimento:** Cada grupo apresentou a experiência de aplicação do PI em seus serviços, com uma variedade de situações vivenciadas e resultados, desde grupos que conseguiram avançar muito até grupos que nada fizeram. Foram debatidas as situações e propostas reflexões sobre os processos de planejamento das ações para fortalecimento da rede, incluindo identificação de demandas, delineamento de objetivos comuns, com metas a curto, médio e longo prazo, especificando funções de cada ator e serviço, bem como sua articulação e aspectos da intersetorialidade. **Atividade de dispersão:** cada grupo deveria dar continuidade à implementação de seu PI em seus respectivos serviços e posteriormente retornar à última oficina de *follow up* com a “Matriz de Monitoramento” do PI completa, preenchida também com “Desafios” e “Ajustes”.

12. **Oficina de *follow up* II e Avaliação do Curso:** os grupos puderam compartilhar os “Desafios e Ajustes” propostos em seus PIs e realizou-se a Avaliação Final do Curso. **Desenvolvimento:** realizou-se a técnica do “Congela e descongela”, na qual cada grupo preparou previamente e apresentou uma situação de negociação da aplicação do PI em seus serviços, cuja cena deveria apresentar gestores, profissionais, comunidade e atores parceiros do PI com atitudes positivas e atores contrários ao mesmo e as atitudes negativas. Após a apresentação do conflito e argumentação dos participantes a cena é “congelada” e “descongelada”, sendo seguidamente retomada com inversão de papéis. Após apresentações, foram debatidas as situações e propostas reflexões sobre os processos de negociação mais potentes para a implementação dos PIs na prática. Apresentou-se a síntese dos resultados obtidos pelo Questionário de Avaliação do Curso, aplicado ao final

da décima oficina e os participantes puderam validá-los e atualizá-los após o *follow up*.

Avaliação realizada pelos participantes

A seguir, são apresentados gráficos com as sínteses das respostas dadas pelos participantes ao Questionário de Avaliação do Curso. Observa-se que a maioria das respostas indicou aprovação do Curso quanto aos aspectos do processo de Ensino e Aprendizagem, Organização das Oficinas, Projeto de Intervenção e Avaliação do Processo, tendo as respostas se concentrado nas alternativas “ótimo” ou “bom”. Pouquíssimas respostas indicaram a opção “regular”. Os resultados da autoavaliação e da avaliação dos pares também são apresentados, indicando uma percepção positiva de ambos. A análise dos dados obtidos foi realizada da seguinte maneira: para o cálculo da nota média por item avaliado, atribuiu-se um valor numérico para cada conceito possível nesta avaliação, variando entre 1 (um), correspondente a “Péssimo”, e 5 (cinco), correspondente a “Ótimo”. A nota final de cada item é a média aritmética de todas as notas, excluindo-se as avaliações em branco.

Os aspectos avaliados e a média de avaliação das três Regiões estão descritos na tabela a seguir.

Tabela 2 – Critérios da avaliação realizada pelos participantes e suas respectivas médias, 2021.

Continua

Critérios	Média	
Processo de ensino-aprendizagem	Facilitadores	4,79
	Metodologias	4,55
	Articulação teórico-prática	4,36
	Professores convidados	4,67
	Temáticas	4,61

Tabela 2 – Critérios da avaliação realizada pelos participantes e suas respectivas médias, 2021.

Continuação

Critérios	Média	
Organização das oficinas	Número de oficinas	4,32
	Horário das oficinas	4,21
	Local	3,90
	Equipamentos	3,95
	Duração	4,39
	Intervalo	4,41
	Coffee	4,71
	Comunicação à distância	4,45
	Assiduidade	4,24
	Pontualidade	4,13
Autoavaliação	Participação	4,21
	Compromisso	4,07
	Iniciativa	4,45
	Participação	4,43
Autoavaliação - Pequeno grupo	Compromisso	4,40
	Iniciativa	4,23
	Respeito	4,69
	Assiduidade	4,15
	Pontualidade	4,19
Avaliação dos pares - Grande grupo	Participação	4,38
	Compromisso	4,28
	Iniciativa	4,55
	Respeito	4,14
	Participação	4,41
Avaliação dos pares - Pequeno grupo	Compromisso	4,62
	Iniciativa	4,41
	Respeito	4,63
	Elaboração do PI	4,32
Projeto de intervenção	Produto final	4,62
	Termos de referência	4,51
	Viabilidade	4,39

Tabela 2 – Critérios da avaliação realizada pelos participantes e suas respectivas médias, 2021.

Conclusão

Critérios		Média
	Avaliação em processo	4,38
Processo de avaliação do curso	Avaliação final individual	4,45
	Dinâmica em grupo	4,55

Fonte: elaborada pelas autoras

Em geral, todos os aspectos foram bem avaliados, com média de avaliação acima de 4 pontos, configurando tais critérios como “ótimos”; todavia, o local e os equipamentos foram aspectos avaliados com as menores notas, com médias de 3,9 e 3,95, respectivamente, o que os classifica como “bons”. São variáveis dependentes do município e da infraestrutura disponibilizada pela administração para a realização da atividade. Além desses, os aspectos “autoavaliação compromisso” e “pontualidade” e “respeito” no grande grupo, apesar de nota acima de 4, constituem os itens com menores avaliações. Os aspectos com melhores avaliações foram os Facilitadores, o *Coffee*, a “autoavaliação respeito no pequeno grupo”, os Professores e a “avaliação dos pares respeito no pequeno grupo”, com notas acima de 4,6. Estas informações são de suma importância para que os coordenadores e os facilitadores possam refletir em conjunto sobre os pontos positivos e negativos do trabalho, podendo elaborar estratégias para que este seja cada vez melhor.

DISCUSSÃO

A literatura apresenta informações semelhantes às trazidas pelos participantes acerca dos fatores que dificultam os processos de trabalho e EPS na RAPS, com maior destaque para problemas estruturais e materiais para a realização de tais processos educativos. Além disso, a dificuldade de adesão dos profissionais de alguns municípios pode ser devido à incompatibilidade com a carga horária de trabalho e com

os recursos humanos disponíveis, pois não há quem os substitua em tais situações, dificuldade semelhante ao que foi encontrado noutros estudos (PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018).

O cuidado integral em saúde, especialmente em relação à saúde mental, requer esforços contínuos na formação dos profissionais da saúde, seja na graduação, seja no mundo do trabalho. O que se verifica indubitavelmente é que investimentos financeiros insuficientes, além do desconhecimento sobre a própria RAPS podem impedir que as práticas em saúde mental realmente se modifiquem (PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018).

Neste sentido, as parcerias entre as instituições de ensino e pesquisa e os cenários de prática são imprescindíveis para que tais lacunas possam ser, de certa maneira, amenizadas, apesar de não completamente solucionadas, como a presente experiência relatada demonstrou. A academia possui pesquisas e saberes teóricos; o mundo do trabalho, a vivência prática diária do cuidado da população brasileira. Quando ambas se unem, todos ganham: as instituições de ensino e pesquisa cumprem sua função social extrapolando seus muros, interferindo e transformando a realidade, ao mesmo tempo em que aprendem com as potências e as fragilidades da práxis cotidiana na qual se insere a equipe multiprofissional e a atenção em saúde acontece; os cenários melhoram os processos de cuidado em saúde, tempo em que também possibilita-se que novas pesquisas sejam realizadas e os futuros profissionais sejam formados de modo mais condizente com a realidade da população brasileira (SILVA; NESS; GUANAES-LORENZI, 2018).

No que cerne ao modo como a experiência relatada foi conduzida, a EPS, estratégia escolhida, fundamenta-se em uma percepção de que há grande potência de aprendizagem e de transformação por meio do mundo do trabalho como fonte de conhecimento daqueles que o vivenciam. As ações devem ser interdisciplinares, contextualizadas na realidade do cuidado em saúde e permitir que a participação seja coletiva, como foi o enfoque desta intervenção (MATTOS et al., 2020).

A EPS, deste modo, valoriza e fortalece a relação entre os membros da equipe por permitir um espaço de trocas e diálogos, com produção de conhecimento, possibilitando que os problemas daquela realidade ali sejam sanados, respondendo, de fato, às necessidades dos usuários e dos trabalhadores daquele serviço (CECCIM, 2005; MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Assim,

“torna-se importante destacar que a capacitação técnica e EPS seguem juntas no cenário de trabalho em saúde mental, fomentando práticas comprometidas com o cuidado integral, promotoras de autonomia para os usuários e de sentido para os profissionais.”(MATTOS et al., 2020, p. 1285)

As dificuldades encontradas para a realização desta intervenção são semelhantes às encontradas na literatura, especialmente no que diz respeito à operacionalização dos serviços, como falta de tempo, falhas na formação acadêmica dos profissionais envolvidos, sejam os trabalhadores diretos, sejam os gestores; sobrecarga de trabalho; dificuldade de reconhecimento dos espaços de formação como importantes e, por fim, recursos materiais e físicos precários (MATTOS et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da EPS, profissionais que compõem a RAPS de três Regiões do interior do Estado de São Paulo foram sensibilizados acerca de suas concepções e vivências, com ampliação de seus referenciais teórico-práticos acerca do Acolhimento em Saúde Mental e da instrumentalização acerca da Estratégia de Atenção Psicossocial (EAPS), como Trabalho em Equipe, Clínica Ampliada, Matriciamento etc., favorecendo a organização da RAPS e fortalecendo o conhecimento técnico e o acesso aos serviços e permitindo o entendimento de protocolos, fluxos e linhas de cuidado. A avaliação formativa ao longo do processo e a somativa ao final, além do *feedback* dos participantes por

meio de um formulário aplicado ao final, permitiram compreender que o projeto cumpriu o que foi proposto, mas não foi possível saber sua real aplicação prática; deste modo, como lacuna para possíveis pesquisas, sugere-se que seja realizado um *follow-up* destes profissionais na prática após um tempo maior da intervenção para que seu impacto possa ser realmente verificado.

As dificuldades e as facilidades encontradas na literatura são semelhantes às encontradas durante a realização das Oficinas; assim, considerando o SUS, a RAPS e a EPS, entende-se que esta experiência pode ser replicada em outros locais, com benefícios semelhantes para a população ali assistida, garantindo a integridade do cuidado em saúde mental dos usuários.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 05 set. 2006., 1990.
- BRASIL. **Educação permanente em saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde**: agenda 2014.. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-36534>>. , 2014
- BRASIL. **Portaria nº 198/GM/MS**, de 13 de fevereiro de 2004. . Brasília: [s.n.], 2004
- BRASIL. **Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde**: Orientações. . Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-39772>>. , 2018
- BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. . Brasília: Ministério da Saúde. , 2009
- CALEMAN, G et al. **Projeto Aplicativo**: termos de referência. . São Paulo: [s.n.], 2016.
- CECCIM, R B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, p. 161–168, 2005.
- FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.
- MATTOS, M. P. et al. **Educação Permanente em Saúde nos Centros de Atenção Psicossocial**: revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 127, p. 1277–1299, dez. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012724>>.
- MATUS, C. **Método PES. Roteiro de Análise Teórica**. . São Paulo: Fundação Altadir, Fundap. , 1997

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: uma estratégia para intervir na micropolítica do trabalho em saúde. **Salud Colectiva**, v. 2, n. 2, p. 147–160, 2006.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Parecer CNE-CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001**. Ministério Da Educação Conselho Nacional De Educação Interessado, 2001.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. suppl 2, p. 2133–2144, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=pt&tlng=pt>.

PELIZZARI, A. et al. Teoria da Aprendizagem Significativa segundo Ausubel. **Revista PEC**, v. 2, n. 1, p. 37–42, 2002.

PINHO, E. S.; SOUZA, A. C. S.; ESPERIDIÃO, E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 141–152, jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100141&lng=pt&tlng=pt>.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil**. República Federativa do Brasil, p. 514, 1988. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_26.06.2019/art_225_.asp><http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/superior/legisla_superior_const.pdf>.

SILVA, D. L. S.; KNOBLOCH, F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 57, p. 325–335, 23 fev. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200325&lng=pt&tlng=pt>.

SILVA, G. M.; NESS, O.; GUANAES-LORENZI, C. Continuing Education in Mental Health: Critical Moments to Analyze Group Process. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 28, p. e2834, 17 dez. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2018000100505&lng=en&tlng=en>.

TEIXEIRA, C. (Org.). **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. Disponível em: <[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%2C Carmen. Livro Planejamento em saude.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%2C%20Carmen.LivroPlanejamentoemsaude.pdf)>. Acesso em: 12 jul. 2021.

UNASUS/UNIFESP. **O que é um Projeto de Intervenção?** Unidades de metodologia científica. . São Paulo: [s.n.], 2018

AVALIAÇÃO DE UM PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: POTÊNCIAS E FRAGILIDADES

Camila Mugnai Vieira
Danielle Abdel Massih Pio
Nayara de Fátima Mazini Ferrari
Ana Carolina Nonato

INTRODUÇÃO

A formação em saúde é fortemente influenciada pelos movimentos sociais que persistentemente empenham esforços na busca pela Integralidade do Cuidado e construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar dos avanços demonstrados, esta formação não é um processo homogêneo, já que muitas instituições e docentes ainda seguem um modelo de ensino fragmentado, especializado e com enfoque demasiado nos aspectos biológicos do processo saúde-doença (CARNUT, 2017; COSTA et al., 2018).

O trabalhador da saúde precisa ser ativo e sujeito de sua aprendizagem para que o SUS seja efetivamente democrático e participativo (BRASIL, 2014). As propostas de mudança têm de ser construídas em espaços horizontais, considerando os contextos locais do trabalho, e articuladas, fazendo parte de estratégias ampliadas e criadas a partir da realidade do território (LOPES; LABEGALINI; BALDISSERA, 2017).

Uma das estratégias para formação dos trabalhadores do SUS é a Educação Permanente em Saúde (EPS), uma atividade institucional que tem por objetivo a mudança organizacional, o fortalecimento das ações em equipe e a transformação da prática, centrada no ambiente do trabalho como contexto promotor de reflexões e espaço constituinte da construção de conhecimento, diálogo e responsabilização (ALMEIDA, 1997).

AVALIAÇÃO

Todo processo formativo precisa ser avaliado para que sejam diagnosticadas e fortalecidas suas potencialidades e identificadas as fragilidades e necessidades de ajustes, de modo que seja transformado e transformador tornando-se eficiente e efetivo a seus propósitos.

A avaliação formativa, proposta por Scriven em 1967, tem por escopo orientar a correção de déficits e o reforço do aprendizado durante o processo, devendo ser praticada no cotidiano do ensino (MIQUELANTE et al., 2017) este trabalho realiza uma análise sobre as possíveis articulações entre as modalidades da avaliação e as etapas do procedimento sequência didática (SD). Deste modo, o indivíduo que passa por este tipo de avaliação deve receber *feedbacks* constantes sobre as fortalezas e as fragilidades de seu desempenho. Neste processo, os pares e os professores podem fazer considerações construtivas acerca de seu desempenho (TRONCON, 2016). Esta avaliação contribui significativamente para o desenvolvimento pessoal e profissional do discente, além de promover uma cultura avaliativa mais positiva.

A avaliação somativa, concepção também proposta por Scriven, é o modo mais tradicional e consiste na determinação de etapas que o indivíduo deve conquistar até atingir uma determinada meta. O domínio de aprendizagem mais comum neste tipo de avaliação é o cognitivo, mas também pode ser ampliado de modo a considerar o domínio de habilidades afetivas e psicomotoras, como em avaliações da prática profissional, que contemplam os três campos. Além disso, deve ser permitido ao indivíduo manifestar-se sobre circunstâncias que possam ter interferido no seu processo de aprendizagem e de avaliação, como problemas familiares, de saúde ou financeiros (TRONCON, 2016).

É importante ressaltar que não é necessário escolher entre as duas funções de avaliação, mas fazer o uso mais adequado de cada uma delas conforme seus pressupostos e objetivos. Neste sentido, a avaliação formativa deve ocorrer durante todo o processo de ensino-aprendizagem

do indivíduo de modo a identificar possíveis lacunas que possam ser eliminadas ao longo do percurso, e a avaliação somativa deve ocorrer para garantir que o indivíduo está devidamente preparado para sua atuação (MIQUELANTE et al., 2017).

Considerando a importância das ações de EPS e da avaliação destas, é necessário desenvolver uma estratégia de avaliação sistematizada de tais ações, de modo a contemplar as visões de participantes, facilitadores e coordenadores, considerando a proposta educacional e os aspectos individuais e coletivos, em um movimento de *feedback* que leva à melhoria da própria ação educacional.

Este capítulo pretende, por meio de um relato de uma experiência educacional, propor uma estratégia de avaliação dos processos de EPS.

MÉTODO

A experiência educacional utilizada como base para este capítulo é uma estratégia de EPS realizada no interior de São Paulo, com profissionais e gestores das equipes que compõem a RAPS de três Regiões de Saúde. As atividades foram realizadas por meio de Oficinas de formação, que contaram com facilitadores e, quando necessário, professores convidados, objetivando ampliar a concepção multiprofissional de Saúde Mental. As metodologias ativas foram empregadas como estratégia educacional, de modo a estimular a construção do conhecimento dos participantes a partir de seus conhecimentos prévios e vivências (MITRE et al., 2008).

As Oficinas foram organizadas de acordo com os seguintes temas:

Quadro 1 – Temas das Oficinas

Número	Tema
1	Acolhimento e Políticas Públicas em Saúde Mental
2	Proposta e início do Projeto de Intervenção (PI)
3	Sensibilização para a diversidade e as demandas em Saúde Mental
4	Noções de psicanálise para o cuidado em saúde mental
5	Acolhimento em Saúde Mental e Avaliação Psicodinâmica
6	Avaliação do Estado Mental e Urgências Psiquiátricas
7	Estratégias em Atenção Psicossocial
8	Projeto Terapêutico Singular (PTS)
9	PI - Explicação do problema e planejamento de ações
10	Apresentação dos PIs e Avaliação do Curso
11	Oficina de <i>follow up</i> I
12	Oficina de <i>follow up</i> II e Avaliação Final do Curso

Fonte: elaborado pelas autoras

A avaliação desta formação foi processual, formativa e somativa, sendo desenvolvida durante todo seu percurso, registrando e mensurando resultados. Ao final de cada Oficina foram reservados alguns minutos para a avaliação do dia, nos quais os participantes podiam manifestar-se quanto ao aproveitamento das atividades realizadas, incluindo sua autoavaliação, do grupo, dos facilitadores e da atividade em si.

Ao longo do processo os participantes foram avaliados quanto a dois principais aspectos de seu desempenho: 1. Cognitivo (participação nas discussões em grupo, realização das atividades propostas nos momentos presenciais e à distância, busca e leitura dos materiais pertinentes, evolução em termos de conceitos e técnicas trabalhadas) e 2. Atitudinal (compromisso com as atividades, assiduidade, pontualidade, comunicação respeitosa no grupo e com facilitadores, dedicação às propostas e avaliação qualificada nas oficinas).

Ao final das Oficinas, foi proposto um trabalho final para os participantes, uma Proposta de Intervenção (PI) para a sua realidade, com os seguintes critérios de avaliação: redação clara, apresentação de todas as etapas previstas, demonstração de conhecimentos trabalhados no curso e articulação teórico-prática.

Ao término da décima Oficina foi respondido o Questionário de Avaliação do Curso pelos participantes, com organização descrita no quadro a seguir. Cada item foi avaliado em uma escala de “Ótimo”, “Bom”, “Regular”, “Ruim” e “Péssimo”. Os votos em branco foram contabilizados como tal.

Quadro 2 – Critérios de avaliação

Continua

Critérios gerais	Critérios específicos
Processo de ensino-aprendizagem	Facilitadores
	Metodologias
	Articulação teórico-prática
	Professores convidados
	Temáticas
Organização das oficinas	Número de oficinas
	Horário das oficinas
	Local
	Equipamentos
	Duração
	Intervalo
	Coffee
	Comunicação à distância
Autoavaliação	Assiduidade
	Pontualidade
	Participação
	Compromisso
	Iniciativa
Autoavaliação - Pequeno grupo	Participação
	Compromisso
	Iniciativa
	Respeito

Quadro 2 – Critérios de avaliação

Conclusão

Critérios gerais	Critérios específicos
Avaliação dos pares - Grande grupo	Assiduidade
	Pontualidade
	Participação
	Compromisso
	Iniciativa
	Respeito
Avaliação dos pares - Pequeno grupo	Participação
	Compromisso
	Iniciativa
	Respeito
Projeto de intervenção	Elaboração do PI
	Produto final
	Termos de referência
	Viabilidade
Processo de avaliação do curso	Avaliação em processo
	Avaliação final individual
	Dinâmica em grupo

Fonte: elaborado pelas autoras

Para demonstração da avaliação, a análise dos dados obtidos foi realizada da seguinte maneira: para o cálculo da nota média por item avaliado atribuiu-se um valor numérico para cada conceito, variando entre 1 (um) correspondente a “Péssimo” até 5 (cinco), correspondente a “Ótimo”. A nota final de cada item foi a média aritmética de todas as notas, excluindo-se as avaliações em branco. A partir das porcentagens de cada conceito (P), a nota média da categoria (n) pôde ser calculada pela equação a seguir.

$$n = \frac{(5P_{\text{ótimo}} + 4P_{\text{bom}} + 3P_{\text{regular}} + 2P_{\text{ruim}} + 1P_{\text{péssimo}})}{100\% - P_{\text{branco}}}$$

A nota média das três Regiões foi calculada como a média das notas de cada Região ponderada pelo número de participantes em cada evento.

Um relatório contendo toda a proposta do projeto educativo e as avaliações dos participantes de cada Região foi compartilhado com os gestores dos municípios que tiveram representantes no processo. Os PIs

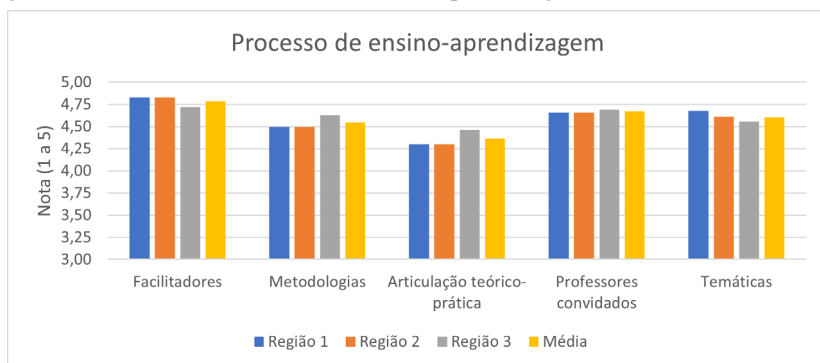
elaborados e seu monitoramento por *follow up* foram compartilhados especificamente com os gestores de cada município, conforme acordado com os participantes, como devolutiva de sua indicação para o curso bem como para estimular sua implementação nos respectivos serviços, continuando a contribuir para seu desenvolvimento e da RAPS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, são apresentados gráficos com as sínteses das respostas dadas pelos participantes ao Questionário de Avaliação do Curso. Observa-se que a maioria das respostas indicou aprovação do Curso quanto aos aspectos do processo de Ensino e Aprendizagem, Organização das Oficinas, Projeto de Intervenção e Avaliação do Processo, com concentração nas alternativas “ótimo” ou “bom”. Pouquíssimas respostas indicaram a opção “regular”. Os resultados da autoavaliação e da avaliação dos pares também são apresentados, indicando uma percepção positiva de ambos.

O primeiro item avaliado foi “Processo de ensino-aprendizagem”. Os quesitos Facilitadores, Metodologias, Professores convidados e Temáticas foram os que tiveram maior pontuação, com média entre 4,55 e 4,79 pontos. O quesito com menor pontuação foi a Articulação teórico-prática, com média de 4,36 pontos entre as três Regiões; ainda assim, todos os quesitos foram avaliados como ótimos.

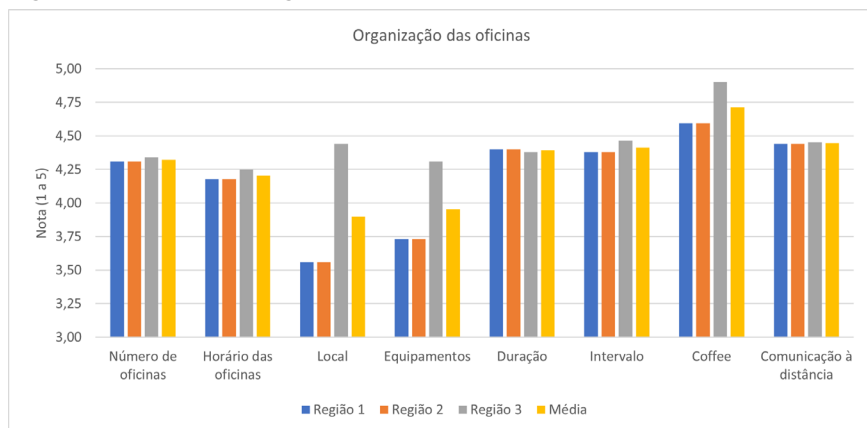
Figura 1 – Avaliação - Processo de ensino-aprendizagem



Fonte: elaborada pelas autoras

Em relação à organização das oficinas, os itens que receberam menores notas foram o local e os equipamentos; entretanto, deve-se ressaltar que as Regiões 1 e 2 avaliaram os dois quesitos com médias 3,56 e 3,73, respectivamente, considerando-os bons, e a região 3 os avaliou com nota 4,44 e 4,31, respectivamente, considerando-os ótimos, uma discrepância que atribui-se à infraestrutura fornecida pelos municípios-sede para a realização das Oficinas. O número de encontros e seus horários, duração, intervalo e *coffee*, além da comunicação, foram avaliados como ótimos pelos participantes, com nota média entre 4 e 4,75 pontos.

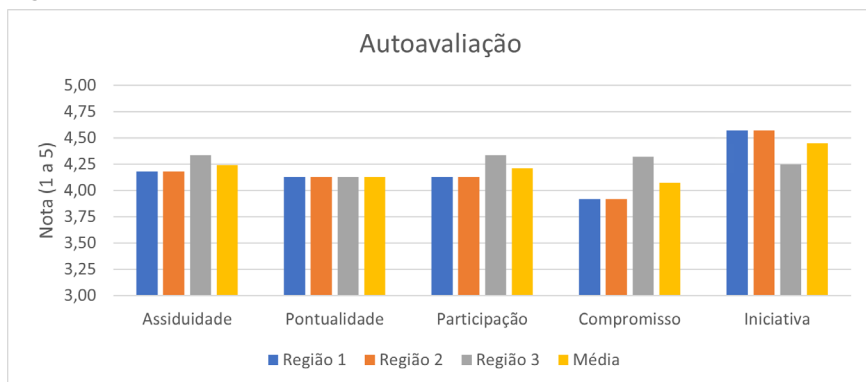
Figura 2 – Avaliação - Organização das Oficinas



Fonte: elaborada pelas autoras

Em relação à autoavaliação geral no processo, os profissionais se pontuaram como ótimos nos quesitos Assiduidade, Pontualidade, Participação e Iniciativa, sendo este quesito o de maior nota média entre as três Regiões (4,45). Todavia, em relação ao quesito Compromisso, apesar da média estar acima de 4, os participantes das Regiões 1 e 2 se consideraram bons, com avaliação de 3,92 para ambos.

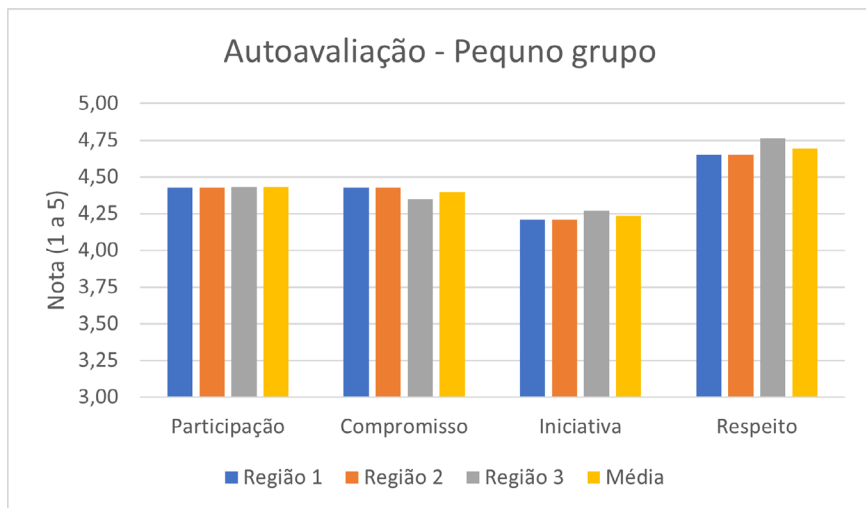
Figura 3 – Avaliação - Autoavaliação



Fonte: elaborada pelas autoras

No pequeno grupo, a autoavaliação seguiu um perfil parecido, com todos os quesitos avaliados como ótimos. Entretanto, no pequeno grupo os participantes avaliaram o quesito Iniciativa como o seu pior, o que poderia ser explicado pelo fato de que os pequenos grupos demandam efetivamente uma maior participação ativa e reflexiva.

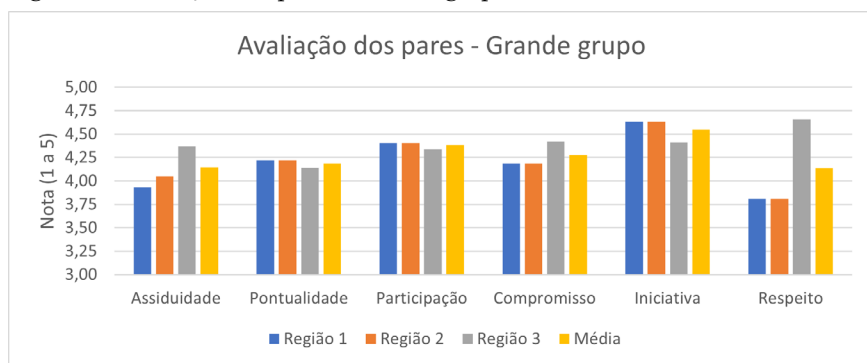
Figura 4 – Avaliação - Autoavaliação do Pequeno grupo



Fonte: elaborada pelas autoras

Em relação à avaliação dos pares no grande grupo, apesar das médias resultantes entre os participantes serem acima de 4 pontos, ou seja, avaliadas como “ótima”, há algumas ponderações a se fazer considerando as avaliações específicas. Na Região 1, tanto a assiduidade dos pares foi avaliada como “boa”, com média 3,93. O quesito respeito foi um item com grande variação, pois apesar da média 4,14, a Região 1 e 2 consideraram que os pares foram bons, com nota 3,81, porém a Região 3 considerou que os participantes foram ótimos, com nota 4,66.

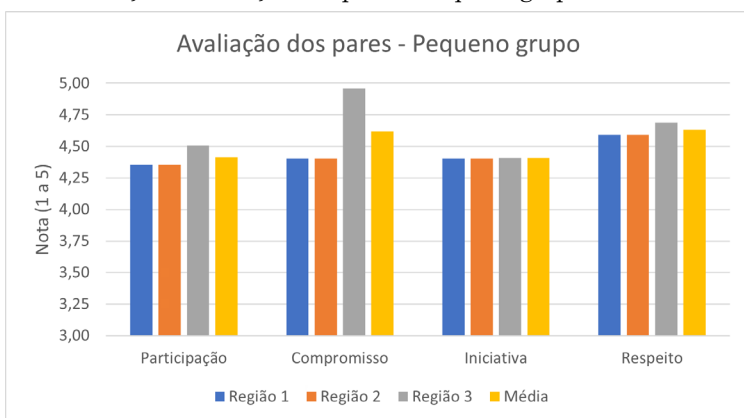
Figura 5 – Avaliação dos pares - Grande grupo



Fonte: elaborada pelas autoras

No pequeno grupo, no entanto, os participantes avaliaram que os pares foram muito bem, considerando os quesitos Participação, Compromisso, Iniciativa e Respeito como “ótimos”, com médias acima de 4,25. Um destaque para a média de avaliação da Região 3, em que o quesito Compromisso dos pares foi avaliado com uma média de 4,96, ou seja, quase que uma unanimidade em considerar como ótimo.

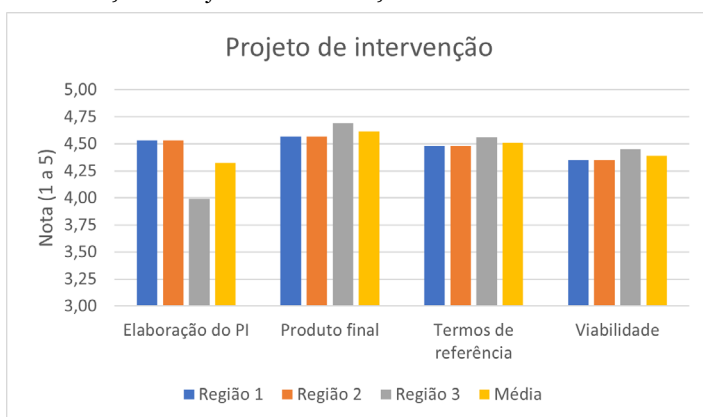
Figura 6 – Avaliação - Avaliação dos pares - Pequeno grupo



Fonte: elaborada pelas autoras

Em relação à avaliação do Projeto de Intervenção, a média dos participantes considerou que os quesitos Elaboração do PI, Produto Final, Termos de Referência e Viabilidade foram ótimos, com média geral acima de 4,25. Ressalta-se que a Região 3 avaliou o quesito Elaboração do PI com a menor média entre as três, considerando-o bom; todavia, avaliou os demais quesitos com a melhor média quando comparado às outras regiões.

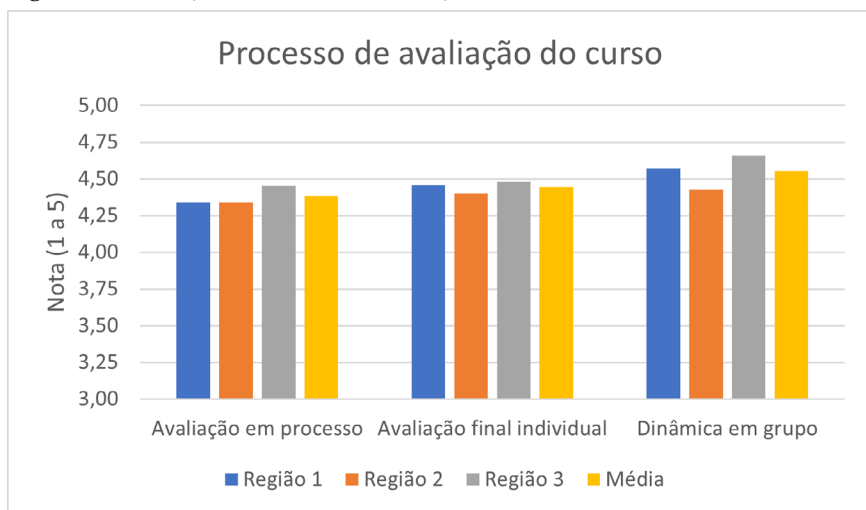
Figura 7 – Avaliação - Projeto de intervenção



Fonte: elaborada pelas autoras

As médias do item Processo de Avaliação do Curso tiveram notas mais homogêneas em seus três quesitos, Avaliação em Processo, Avaliação Final Individual e Dinâmica em grupo, todas consideradas ótimas.

Figura 8 – Avaliação - Processo de avaliação do curso



Fonte: elaborada pelas autoras

Ao final das oficinas nas três Regiões, 100% dos participantes consideraram o Curso Satisfatório, 100% indicariam para colegas e 100% dos que responderam sobre a continuação, gostariam que continuasse (houve respostas em branco).

DISCUSSÃO

A taxonomia dos domínios de aprendizagem, que foi primeiramente conceitua por Bloom, em 1956, e revisada por outros autores, em 2001 (MAMEDE; ABBAD, 2017) surge devido à descoberta de que, nas mesmas condições de ensino, os estudantes aprendiam de formas e em níveis distintos.

Os domínios de aprendizagem são (FERRAZ; BELHOT, 2010):

- Cognitivo, que é relacionado à aquisição e ao domínio de um novo conhecimento por meio de desenvolvimento intelectual.
- Afetivo, que é relacionado às emoções e à postura dos indivíduos: comportamento, atitude, responsabilidade, respeito e valores.
- Psicomotor, que é relacionado a habilidades motoras específicas: percepção, reflexos e movimentos finos.

Cada domínio é composto por categorias; para se ascender a uma delas, deve-se ter alcançado desempenho suficiente na anterior (FERRAZ; BELHOT, 2010; MAMEDE; ABBAD, 2017).

A avaliação formativa, proposta por Scriven em 1967, caracteriza-se pelo objetivo de orientar na correção de déficits e reforço do aprendizado durante o processo e deve ser praticada no cotidiano do ensino (MIQUELANTE et al., 2017). Deste modo, aquele que aprende deve receber *feedback* constante sobre as fortalezas e as fragilidades de seu desempenho (TRONCON, 2016). A avaliação somativa, concepção também proposta por Scriven, é o modo mais tradicional e consiste na determinação de etapas um estudante deve conquistar até atingir uma determinada meta. Caso o faça, poderá progredir de nível; caso contrário, deverá refazer a unidade educacional relacionada àquele conteúdo. É um instrumento para tomada de decisões sobre os rumos do estudante. O domínio de aprendizagem mais comum neste tipo de avaliação é o cognitivo, mas também pode ser trabalhado de modo a considerar os domínios afetivos e psicomotores, como em avaliações da prática profissional, que contempla os três campos. Além disso, deve ser permitido ao estudante manifestar-se sobre circunstâncias que possam ter interferido no seu processo de aprendizagem e de avaliação, como problemas familiares, de saúde ou financeiros, além de adversidades ocorridas durante o próprio exame (TRONCON, 2016).

É importante ressaltar que não é necessário escolher entre as duas funções de avaliação, mas fazer o uso mais adequado de cada uma

delas conforme seus pressupostos e objetivos. Deste modo, a avaliação formativa deve ocorrer durante todo o processo de ensino-aprendizagem do estudante, de modo a identificar possíveis lacunas que possam ser eliminadas durante o percurso, e a avaliação somativa deve ocorrer para garantir que o estudante que progride de nível está devidamente preparado para tal movimento (MIQUELANTE et al., 2017).

Quanto aos tipos de informação contidos nos métodos de avaliação, há dois: o critério-referenciado e o normo-referenciado. Na experiência educativa, os indivíduos possuem mais aproximação com a avaliação normo-referenciada, que avalia o estudante de acordo com sua comparação de desempenho com os seus pares, constituindo uma hierarquia de notas (MIRANDA JUNIOR et al., 2018).

A avaliação critério-referenciada relaciona-se ao desempenho do estudante de acordo com sua capacidade de realizar uma determinada tarefa. Apesar de ter sido o tipo de informação predominante nos métodos de avaliação na história, esta lógica foi preterida a partir de 1920 pela ascensão da ideia de que os estudantes deveriam ser individualizados e ordenados de acordo com *scores*, entretanto, ressurgiu a partir da década de 1950, com muitos movimentos de crítica aos modelos tradicionais de avaliação (MIRANDA JUNIOR et al., 2018).

Ambas têm seus objetivos: a avaliação normo-referenciada tem vantagens quando se realiza um processo seletivo, por exemplo, em que o número de vagas para uma determinada oportunidade é limitado e é necessário selecionar aqueles que são mais proficientes em determinado assunto; já a avaliação critério-referenciada é muito utilizada nos currículos de competência dialógica, pois verifica o grau de domínio dos estudantes nas diversas habilidades e competências, considerando os três domínios de aprendizagem, estimulando a autorreflexão e a reflexão com os colegas e com os professores (CHIRELLI; NASSIF, 2019).

Em relação à avaliação da prática profissional, é possível citar o que é preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos da saúde, que foram instituídas em 2001 (algumas, inclu-

sive, já foram revisadas). As DCNs preconizam que os estudantes devem ter a competência de mobilizar diferentes habilidades para solucionar os problemas da prática em diversos contextos, considerando, mais uma vez, os três domínios de aprendizagem (MIRANDA; MAZZO; PEREIRA JUNIOR, 2018).

Os cursos da área da saúde devem ter como um dos eixos de aprendizagem os módulos acerca da prática profissional, com carga horária crescente ao longo do curso. Estes módulos devem ser constituídos dos serviços de saúde de todos os tipos e níveis de atenção, a prática real com os usuários do sistema de saúde, mas também de situações simuladas, espaços controlados e protegidos em que a prática dos estudantes pode ser avaliada de modo mais detalhado pelos colegas e pelos professores, considerando habilidades técnicas, conhecimentos cognitivos, atitudes e linguagem com relação àquele que está sob seu cuidado (MENDONÇA et al., 2016). Deste modo, a prática real constitui-se como um espaço de transformação da aprendizagem, com diversificação da formação, pois para cada cenário específico há, também, habilidades específicas a serem desenvolvidas. A prática simulada, outro importante recurso, constitui-se de um movimento de constante e sistematizado de aprendizado por meio das vivências comuns do grupo naquele espaço fictício (BRASIL, 2014; MIRANDA; MAZZO; PEREIRA JUNIOR, 2018).

Há diversos instrumentos que podem ser utilizados para a avaliação da prática, dos quais pode-se citar: checklist, que é composto por um conjunto de itens ou tarefas que devem ser executados de forma sequencial; o Mini-CEX, que é um instrumento criado pela American Board of Internal Medicine para avaliar a qualidade do exame clínico dos profissionais de saúde; e o CanMEDS Framework, desenvolvido pelo Colégio Real de Médicos e Cirurgiões do Canadá como um quadro de competência para avaliação da prática profissional (MIRANDA; MAZZO; PEREIRA JUNIOR, 2018).

Além da avaliação formativa ao longo do processo e somativa ao final deste, os participantes também preencheram um instrumento auto-referido de avaliação, que, segundo a Andragogia, é uma estratégia adequada para mensurar a eficácia do treinamento. Quando combinada com outras ferramentas, complementa e amplia a avaliação daquela intervenção educativa (BARROS, 2018).

Quanto aos componentes da avaliação, as perguntas constantes no instrumento de avaliação fornecido aos participantes concordam com o referencial de Hamblin (1978), que avalia o processo educativo em três níveis. No primeiro, denominado nível de reação, verifica-se qual a percepção dos participantes sobre a intervenção, com autoavaliação, dos pares, do facilitador, dos materiais e da infraestrutura do local utilizado, dentre outras. No segundo, denominado nível de aprendizagem, verifica-se se houve ampliação do conhecimento após a intervenção; no terceiro, denominado comportamento, verifica-se se houve mudanças significativas na prática profissional após a intervenção. Estes dois níveis foram avaliados por meio das Oficinas de *follow up* (HAMBLIN, 1978).

A utilização de questionário com perguntas fechadas tem algumas vantagens, como menor tempo para atingir um maior número de participantes, anonimato e perguntas padronizadas, com respostas que são comparáveis por análises estatísticas. Todavia, não há aprofundamento no porquê de cada nota, que pode ser realizado por meio de perguntas semiabertas ou abertas (MOREIRA; CALEFE, 2006).

CONCLUSÃO

Considerando a importância das ações de EPS e da avaliação destas, neste estudo descrevemos a organização e a aplicação de uma estratégia de avaliação sistematizada de tais ações, contemplando as visões de participantes, facilitadores e coordenadores, considerando a proposta educacional e aspectos individuais e coletivos. Nela, estão contemplados os aspectos formativos e somativos da avaliação durante

e ao final das atividades, além de *follow-up* para verificar as necessidades de aprendizagem dos participantes após o contato com a prática novamente. Por fim, o questionário de avaliação sobre si, sobre os facilitadores e os pares, sobre o processo educacional propriamente dito e sobre os meios pelos quais foi realizado possibilitou uma importante compreensão do impacto que tais medidas educativas tiveram, não obstante percebeu-se ainda que a avaliação de profundidade deve ser complementada por questões abertas para que os participantes possam justificar suas respostas.

Assim, conclui-se que a estratégia de avaliação aqui apresentada contempla diversos aspectos importantes da formação dos profissionais da saúde, podendo ser proposta e utilizada noutros contextos educacionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. R. S. A emoção e o professor: Um estudo á luz da teoria de Henri Wallon. [Emotion and the teacher: A study based on Henri Wallon's theory.]. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. [S.l: s.n.], 1997

BARROS, R. Revisitando Knowles e Freire: Andragogia versus pedagogia, ou O dialógico como essência da mediação sociopedagógica. **Educação e Pesquisa**, v. 44, 6 ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022018000100465&lng=pt&tlng=pt>.

BRASIL. **Resolução nº3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. . Brasília: [s.n.], 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>.

BRASIL. **Educação permanente em saúde**: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: agenda 2014. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-36534>>. , 2014

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1177–1186, 2017.

CHIRELLI, M. Q.; NASSIF, J. V. Avaliação critério-referenciada: acompanhamento do estudante no currículo orientado por competência. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 7, n. 14, p. 169, 31 jul. 2019. Disponível em: <<https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/264>>.

COSTA, D. A. S. et al. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, n. 67, p. 1183-1195, dez. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>>.

FERRAZ, A. P. C. M.; BELHOT, R. V. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. **Gestão & Produção**, v. 17, n. 2, p. 421-431, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2010000200015&lng=pt&tlng=pt>.

HAMBLIN, A. C. **Avaliação e controle de treinamento**. São Paulo: MCGraw Hill do Brasil, 1978.

LOPES, M. T. S. R.; LABEGALINI, C. M. G.; BALDISSERA, V. D. A. Educar para humanizar: o papel transformador da educação permanente na humanização da atenção básica [Educating to humanize: the transformer role of permanent education in the primary care humanization] [Educar para humanizar: el papel transformador de la. **Revista Enfermagem UERJ**, 2017.

MAMEDE, W.; ABBAD, G. S. Objetivos educacionais de um mestrado profissional em saúde coletiva: avaliação conforme a taxonomia de Bloom. **Educação e Pesquisa**, v. 44, 17 nov. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022018000100309&lng=pt&tlng=pt>.

MENDONÇA, E. T. et al. Avaliação do profissionalismo em estudantes da área da saúde: uma revisão sistemática. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v. 20, n. 58, p. 679-690, 3 maio 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300679&lng=pt&tlng=pt>.

MIQUELANTE, M. A. et al. As modalidades da avaliação e as etapas da sequência didática: ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, v. 56, n. 1, p. 259-299, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-18132017000100259&lng=pt&tlng=pt>.

MIRANDA, F. B. G.; MAZZO, A.; PEREIRA JUNIOR, G. A. Avaliação de competências individuais e interprofissionais de profissionais de saúde em atividades clínicas simuladas: scoping review. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, n. 67, p. 1221-1234, dez. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000401221&tlng=pt>.

MIRANDA JUNIOR, U. J. P. et al. Avaliação Critério-Referenciada em Medicina e Enfermagem: Diferentes Concepções de Docentes e Estudantes de uma Escola Pública de Saúde de Brasília, Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 3, p. 67-77, set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000300067&tlng=pt>.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n.

suppl 2, p. 2133–2144, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=pt&tlng=pt>.

MOREIRA, H; CALEFE, L G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

TRONCON, L. E. A. Estruturação de Sistemas para Avaliação Programática do Estudante de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 1, p. 30–42, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000100030&lng=pt&tlng=pt>.

EDUCAÇÃO PERMANENTE: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA PRECEPTORIA EM SAÚDE MENTAL

Adriana Magali Dezotti Batista¹
Ieda Francischetti
Camila Mugnai Vieira
Vera Lúcia Fedel Parpineli

INTRODUÇÃO

O marco histórico das mudanças na saúde brasileira foi o processo da reforma sanitária, que possibilitou o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e seu compromisso em oferecer uma atenção qualificada às necessidades de saúde da população. Nesse contexto, segundo Sarreta (2009), a Educação Permanente em Saúde (EPS) teve o intuito de convidar o trabalhador a repensar suas práticas no cuidado, na gestão, na formação em saúde e no envolvimento social.

Ao encontro desses propósitos foram constituídas políticas de integração entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (ME). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída em 2004 (BRASIL, 2004) teve, em 2007, novas diretrizes e estratégias definidas para a sua implementação, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007).

Conforme estudos de Barreto et al. (2012), a PNEPS trouxe à tona a concepção de que no cotidiano dos serviços também poderiam ser construídos os saberes, as práticas seriam repensadas e modificadas ao longo desse processo de aprendizagem-ação.

¹ O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, a qual agradecemos.

A integração ensino-serviço tornou-se imprescindível frente à demanda por profissionais da saúde comprometidos com a proposta atual do SUS. A articulação das iniciativas de formação e mudanças nos currículos dos cursos àquelas de transformação nas práticas profissionais ganhou corpo (CECCIM, 2005).

A ação articulada pela Portaria Interministerial nº 2.118, de 2005 (BRASIL, 2005b), instituiu a cooperação técnica para a formação e o desenvolvimento de recursos humanos na saúde, envolvendo o nível técnico, a graduação e a pós-graduação.

Os programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde foram criados como cursos de pós-graduação *lato sensu* a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005 (BRASIL, 2005a), sendo orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das realidades locais e regionais abrangendo as profissões da área da saúde, exceto a médica.

Com a Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012 (BRASIL, 2012), constituíram as residências multiprofissionais em saúde em programas de integração ensino-serviço-comunidade, visando favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias para o SUS, com o apoio do preceptor ao residente.

A função do preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde em que se desenvolve o programa.

A preceptoria é exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. O preceptor deve, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, e estar presencialmente no cenário de prática e assistência no SUS (BRASIL, 2012).

Portanto, para responder aos desafios atuais do trabalho em saúde, foi preciso refletir sobre a formação e sobre o perfil das competências desejadas aos profissionais da saúde, em especial o preceptor, visto que, segundo Petta et al. (2015) competência é compreendida como a capa-

cidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional nos diferentes contextos.

O perfil de competência no exercício da preceptoria está representado pela articulação das áreas de competência de gestão do trabalho e da educação na saúde, da atenção à saúde e da educação na formação profissional e na produção de conhecimento na saúde. A combinação das capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras mobilizadas, para a realização de uma ação, são traduzidas em desempenhos que refletem a qualidade de uma prática educativa competente no cenário do SUS (PETTA et al., 2015).

Segundo Rodrigues (2012), as competências para a preceptoria se dividem por áreas de domínio como: educacional, valores profissionais, ciências básicas da saúde pública, gerência, atenção à saúde, trabalho em equipe, comunicação, orientação comunitária e desenvolvimento profissional, apresentando as definições de cada área de competência.

Para a área educacional espera-se que o profissional de saúde pública considere a educação baseada em problemas do cotidiano, tendo como referência a comunidade em que atuam, identificando os momentos próprios para tal, dividindo com o estudante suas situações de trabalho, auxiliando-o na construção de estratégias de ação, articulando teoria e prática, acompanhando o estudante para que tenha segurança em suas condutas e avaliando o profissional em formação.

Na área valores profissionais, ser preceptor em um programa público de formação em saúde implica na mobilização de valores tais como: compromisso, ética, responsabilidade, comprometimento e motivação.

Já para a área ciências básicas da saúde pública, as competências são constituídas por compreender as políticas de saúde, o funcionamento dos serviços e possuir capacidade técnica para aplicação dos princípios e diretrizes do SUS e para orientação dos estudantes.

O domínio gerência engloba aspectos da organização dos serviços de saúde, incluindo atividades de supervisão, de tomada de decisão e de liderança. A administração e gerenciamento são competências gerais dos profissionais de saúde.

As competências da área atenção à saúde destacam aspectos de resolubilidade na atenção à saúde, na humanização, na promoção, na prevenção e na recuperação da saúde ou reabilitação e na identificação com o trabalho.

O domínio relacionado ao trabalho em equipe é composto por capacidades do preceptor para interagir com profissionais e estudantes no desenvolvimento de atividades conjuntas e complementares.

Na área de comunicação, a habilidade verbal e a escrita são necessárias ao estabelecimento de vínculos e no desenvolvimento de atividades em grupo. Escutar, acolher e apoiar o estudante proporcionam espaços para suas manifestações buscando transformá-las em alternativas de maneira que permitam a aprendizagem.

A orientação comunitária pressupõe preceptores comprometidos com a comunidade em que trabalham, utilizando-se do vínculo com ela para gerar compromissos com sua saúde, que reconhecem o potencial da intersetorialidade na resolução de problemas e desenvolvendo atividades junto à comunidade.

A competência ‘desenvolvimento profissional’ refere-se à busca pela capacitação em sua área de atuação e reconhece o tempo de experiência profissional como recurso importante na condução da preceptoria.

Como educador, o preceptor deve trabalhar com a formação dos profissionais e residentes nas equipes de saúde, bem como com a organização dos serviços e com a gestão participativa nos territórios.

É essencial contar com um profissional que trabalhe com a aprendizagem significativa por meio da problematização. Nesse sentido, Parente (2008) afirma que envolver os residentes, a equipe e outros atores da rede, para operar as transformações da prática é tarefa necessária ao preceptor.

Para Pagani e Andrade (2012), o papel do preceptor para o exercício da residência multiprofissional em saúde responsiva às demandas da comunidade e do SUS é constituída pela clareza com relação aos

objetivos do seu trabalho e ao modo pedagógico de implementá-los, ou seja, o conhecimento da realidade epidemiológica, social, cultural e política do seu território e a proximidade dos residentes e da equipe no desenvolvimento do processo de trabalho, bem como no que diz respeito à organização e gestão dos serviços.

Em consonância, publicação de Duarte (2014) traz que o preceptor necessita de formação para desenvolver habilidades profissionais tanto para a sua formação em saúde como condução dos estudantes em seus cenários de trabalho.

Para promover essa formação, o MS estabeleceu parcerias com instituições governamentais e não governamentais no Brasil. Outra estratégia foi a criação da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), em 2010, para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no SUS. O Sistema da UNA-SUS é composto por três elementos: a Rede Colaborativa de Instituições de Ensino Superior, o Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES) e a Plataforma Arouca.

Na prática de preceptoria diversos desafios podem ser vivenciados, desde a dificuldade na compreensão dos papéis de cada colaborador do programa até o manejo de situações práticas com os estudantes.

A ausência de espaço de reflexão do processo de trabalho da preceptoria e a necessidade de formação pedagógica justificaram a iniciação de grupos de Educação Permanente (EP) com os preceptores de uma Instituição de Ensino Superior (IES) pioneira no uso de métodos ativos de ensino-aprendizagem. Esperava-se que o espaço de reflexão do processo de trabalho da preceptoria poderia colaborar para a formação pedagógica dos profissionais.

Ao se considerar a importância do desenvolvimento competente do papel do preceptor na facilitação da aprendizagem do residente multiprofissional da área da saúde mental e a reconhecida adequação da EP como ferramenta pedagógica, este estudo teve por objetivo identificar o perfil profissional do preceptor e analisar as repercussões

da EP sobre o desenvolvimento das áreas de competência para preceptoria em um programa de residência multiprofissional em saúde mental de uma faculdade do interior paulista.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa de abordagem quantitativa (GUIMARÃES, 2012) no programa de residência multiprofissional em saúde mental de uma IES no interior paulista. A população do estudo foi composta por profissionais de quatro carreiras da saúde que exerciam a preceptoria nos cenários de prática desse programa de residência, no primeiro e no segundo anos do curso. Como critério de inclusão para a pesquisa, o preceptor precisava pertencer ao programa há pelo menos seis meses, já que esse curso existe na IES desde março de 2012 e participar dos grupos de EP para preceptores propostos pelo pesquisador. Os critérios para exclusão do participante foram sua ausência em mais de três encontros da EP ou sua desistência em participar do estudo a qualquer momento. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme o parecer nº 1.363.145.

Esse capítulo foi elaborado como parte dos resultados quantitativos referentes à dissertação de Mestrado de Batista (2017). Resultados e discussões sobre aspectos qualitativos da pesquisa foram publicados em Batista et al. (2021).

A coleta de dados ocorreu antes da EP por meio do preenchimento de um questionário fechado a respeito do perfil profissional com dados relacionados ao trabalho, à formação e à experiência pedagógica do preceptor. Também foi aplicado o instrumento “Indicadores de Competência para a Preceptoria (ICP)” com 43 itens referentes a nove áreas de competência para a preceptoria. O pesquisador adaptou o instrumento a partir do estudo de Rodrigues (2012) e utilizou uma escala de Likert com variação de 1 a 5 para cada item avaliado. O participante deveria escolher apenas uma das alternativas, conforme as orientações e a legenda apresentadas no instrumento adaptado.

Esse instrumento foi aplicado antes da primeira EP e reaplicado após 6 meses do início da intervenção, caracterizada por 12 encontros quinzenais de 90 minutos com os preceptores. Os encontros dos grupos de EP foram facilitados por um profissional com reconhecida experiência na área, do Programa de Desenvolvimento Docente (PDD) da IES e observados pelo pesquisador. A realização da EP foi baseada no modelo de grupos operativos de Pichon-Riviére (2009) e utilizou-se a problematização, conforme o proposto por Díaz Bordenave e Pereira (2010) enquanto método ativo de ensino-aprendizagem.

As atividades foram norteadas pela reflexão e discussão acerca das práticas em saúde vivenciadas e sua aproximação com as diretrizes do SUS, os caminhos para o trabalho em equipe, o trabalho em saúde como princípio educativo e o desenvolvimento de recursos pedagógicos em metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

A leitura do Caderno do Programa de Residência², as avaliações dos preceptores preenchidas pelos residentes em ano anterior e o processamento das narrativas da prática de preceptoria foram utilizados como materiais disparadores das discussões e reflexões na EP.

Na análise dos dados, o perfil profissional do preceptor passou por uma análise estatística descritiva. Já os indicadores de competência para a preceptoria foram analisados por área de competência e também por meio da soma das nove áreas, antes e após a EP. Depois da somatória por área de competência e dos totais de cada participante antes e após a EP foram comparados os valores, a fim de se verificar se as diferenças entre escores obtidos pelos participantes antes e após a EP eram estatisticamente significantes. Para tal comparação foi utilizado o teste de Wilcoxon (HACKBARTH NETO;STEIN, 2003).

² Documento elaborado e revisado anualmente pela coordenação do Programa, com a colaboração de outros professores, que sistematiza e apresenta por escrito 'matriz curricular' dos cursos, desempenhos propostos, atividades a serem realizadas, cenários de prática profissional, métodos de ensino-aprendizagem e avaliação adotados, carga horária, calendário, nomes dos responsáveis etc. É disponibilizado aos tutores, preceptores e residentes no início do ano letivo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização do preceptor

Um dos resultados da pesquisa se referiu à caracterização do perfil profissional do preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, para o qual foram considerados os aspectos relacionados ao trabalho, à formação do profissional e à sua experiência com a atividade educacional.

Participaram do estudo e de todas as etapas da pesquisa 8 preceptores, sendo 5 assistentes sociais, 1 terapeuta ocupacional, 1 enfermeiro e 1 psicólogo. A experiência profissional dos participantes variou entre 6 e 39 anos, com tempo médio de trabalho na profissão de 22 anos. Em relação à formação profissional, o tempo após a conclusão da graduação foi de 8 a 39 anos, com a média de 23,5 anos de formado, sendo que 6 já haviam participado de capacitação pedagógica e 3 possuíam pós-graduação na área da residência.

Na Tabela 1 estão os resultados referentes à participação dos preceptores em capacitações pedagógicas. Foi identificado que 2 preceptores assinalaram duas opções de formação, 1 assinalou quatro opções e 1 assinalou cinco.

Tabela 1 – Participação do preceptor em capacitações pedagógicas

Formação	Participantes
Educação em Saúde para Preceptores do SUS	4
Educação Continuada em Metodologias Ativas	3
Educação Continuada em Avaliação	1
Educação Continuada para Facilitador de EP	3
Educação Permanente na Academia	2
Outra Capacitação	2

Fonte: Autoria própria.

Quanto à experiência com a atividade educacional, 5 preceptores participavam de outra atividade pedagógica na graduação ou pós-graduação. As atividades citadas foram: tutoria em *Problem Based Learning* (PBL) ou Aprendizagem Baseada em Problemas atividades práticas na graduação, curso de especialização, tutoria de núcleo na residência multiprofissional em saúde mental e curso de psiquiatria social dos programas de residência médica em psiquiatria e da residência multiprofissional em saúde mental.

Os dados relacionados ao tempo de formação de 23,5 anos e de 22 anos no trabalho apresentados nesse estudo são parecidos com o trabalho de Silva e Brotto (2016) e os estudos de Lucena, Cavalcanti e Miranda (2013).

Para Autonomo et al. (2015), o perfil do preceptor ainda está em construção, pois as características do preceptor são heterogêneas e por essa razão tanto o perfil como as atividades do preceptor devem ser pactuadas previamente nos programas dos cursos.

O resultado dessa pesquisa em relação à experiência do preceptor com a atividade educacional mostrou que a aproximação da assistência e da formação na área da saúde, iniciada com a implantação da residência multiprofissional em saúde mental nos serviços da IES estudada, necessita de fortalecimento, pois os preceptores do programa ainda não foram inseridos em práticas voltadas para a pesquisa e a produção de conhecimentos, como no caso da orientação de Trabalhos de Conclusão de Cursos, por exemplo.

A esse respeito, Farjado (2011) ilustra que grande parte dos trabalhadores que podem ser preceptores, é oriunda de graduações cujos currículos eram ou ainda são fragmentados, organizados por disciplina e que não preparam para docência em serviço, incluindo a orientação de pesquisa.

Um aspecto relevante do resultado relacionado à formação profissional dos preceptores está nas sucessivas aproximações dos profissionais dessa residência com a realidade do SUS quanto a urgente

necessidade de adequação na formação dos profissionais de saúde para o mercado de trabalho público, principalmente, porque os preceptores já vivenciaram algumas capacitações pedagógicas e também pela inclusão de mais da metade deles em atividades educacionais com estudantes da graduação e/ou da pós-graduação.

Na IES em questão, tanto as tutorias como as unidades da prática profissional estão fundamentadas em metodologias ativas de ensino-aprendizagem. O processo educacional considera o conhecimento e as experiências prévias, estimula a aprendizagem autodirigida, a busca e análise crítica de informações, a construção de novos saberes e o trabalho em grupo.

No programa de residência multiprofissional, a tutoria está constituída por aprofundamento teórico sobre processos educativos ativos, pesquisa científica, necessidades de saúde individual e coletiva e gestão em saúde (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2017).

Indicadores de competência do preceptor

Os indicadores de competência para a preceptoria são constituídos por nove áreas: Educacional, Valores Profissionais, Ciências Básicas da Saúde Pública, Gerência, Atenção à Saúde, Trabalho em Equipe, Comunicação, Orientação Comunitária e Desenvolvimento Profissional, conforme descritas por Rodrigues (2012).

A fim de comparar quantitativamente os resultados do grupo antes e após a intervenção por meio da EP, utilizou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon, embora a amostra seja pequena para conclusões definitivas do ponto de vista estatístico.

Os resultados dos escores de cada área de competência, considerando a pontuação mínima e a máxima e os totais dos instrumentos de cada participante encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Totais dos indicadores de competência do preceptor

Participante	Antes EP	Depois EP
1	198	202
2	165	177
3	193	196
4	206	212
5	186	207
6	166	192
7	183	195
8	197	214
Pontuação Mínima		43
Pontuação Máxima		215

Fonte: Autoria própria.

Para o total de indicadores de competência foi constatada mudança estatisticamente significativa entre antes e depois da EP, com o valor de $p=0,0078$, sendo os escores após a EP maiores que os escores anteriores, visto que, antes da intervenção a pontuação mínima obtida foi de 165 pontos e a máxima de 206 pontos. Após a EP, o mínimo foi de 177 pontos e a máxima de 214 pontos. Isso significa que a EP pode ter tido efeitos positivos sobre os indicadores gerais de competência dos preceptores.

Os escores por áreas de competência estão nas Tabelas 3, 4 e 5. Cada tabela apresenta os valores de três áreas, de acordo com a autoavaliação dos participantes.

A Tabela 3 apresenta as áreas de competência Educacional, Valores Profissionais e Ciências Básicas da Saúde Pública.

Ao comparar os indicadores antes e após a EP foi identificado na área Educacional que todos os participantes somaram pontuação maior após a intervenção. A menor pontuação obtida antes da EP nessa área foi de 33 pontos e a maior foi de 44 pontos. Após a EP o menor escore atingiu 37 pontos e o maior foi de 45 pontos. Dentre

os participantes, três atingiram a pontuação máxima após a EP. O indicador de competência na área Educacional apresentou mudança estatisticamente significativa após a intervenção com $p=0,0078$, o que evidencia que a EP promoveu efeitos positivos nesse componente.

Na área Valores Profissionais a pontuação mínima obtida antes da EP foi de 36 pontos e a máxima de 45 pontos. Após a intervenção o valor mínimo atingiu 37 pontos e o máximo 45 pontos. Dois participantes mantiveram a pontuação, sendo que um deles já havia pontuado o valor máximo. Outros dois participantes apresentaram pontuação máxima após a EP. O restante de participantes obteve pontuação maior após a intervenção. O indicador Valores Profissionais também apresentou mudança estatisticamente significativa após a EP com $p=0,0313$. Isso demonstra que houve desenvolvimento dessa área após a intervenção.

Já na área Ciências Básicas da Saúde Pública, antes da EP o valor mínimo atingiu 18 pontos e a máximo foi de 25 pontos. Após a intervenção, o mínimo aumentou para 20 pontos e a máximo foi de 25 pontos. Dois participantes mantiveram o valor máximo de 25 pontos e outro participante apresentou a pontuação máxima após a intervenção. Quatro participantes mantiveram a pontuação. O restante de participantes apresentou pontuação maior após a EP. O indicador Ciências Básicas da Saúde Pública não indicou mudança estatisticamente significativa, pois $p=0,1250$.

Tabela 3 – Escores das áreas 1, 2 e 3 de competência do preceptor

ÁREA DE COMPETÊNCIA	EDUCACIONAL		VALORES PROFISSIONAIS		CIÊNCIAS BÁSICAS SAÚDE PÚBLICA		
	Participante	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
1		39	41	42	42	23	23
2		33	37	36	37	18	20
3		41	43	45	45	24	24
4		44	45	44	45	25	25
5		38	45	40	45	21	22
6		33	41	39	41	20	22
7		38	40	39	41	21	22
8		39	45	41	44	25	25
Pontuação Mínima		9		9		5	
Pontuação Máxima		45		45		25	

Fonte: Autoria própria.

A Tabela 4 apresenta os indicadores das áreas de competência: Gerência, Atenção à Saúde e Trabalho em Equipe.

Na Gerência, antes da EP o escore mínimo foi de 15 pontos e o máximo de 24 pontos. Após a intervenção, o mínimo subiu para 18 pontos e o máximo atingiu 25 pontos. Dois participantes atingiram a pontuação máxima para o item e outros dois mantiveram a pontuação após a EP. Os outros participantes obtiveram pontuação maior após a intervenção.

Em relação à área Atenção à Saúde, o menor valor obtido foi de 13 pontos e o maior foi de 20 pontos antes da EP. Após a intervenção o menor escore subiu para 14 pontos e o maior foi 20 pontos. Cinco participantes obtiveram a pontuação máxima para o item, sendo que um deles já havia pontuado o máximo antes. Outro participante também manteve a pontuação. Os demais participantes apresentaram pontuação maior após a intervenção.

Os indicadores de competência nas áreas Gerência e Atenção à Saúde apresentaram mudança estatisticamente significativa após a EP com $p=0,0313$ em cada uma. Assim ficou constatado que a EP promoveu o desenvolvimento desses componentes de desempenho.

Na área Trabalho em Equipe, o mínimo foi de 11 pontos e o máximo de 15 pontos antes da EP. Após a EP, o mínimo atingiu 12 pontos e o máximo 15 pontos. Quatro participantes mantiveram a pontuação. Desses um havia pontuado o máximo antes da EP. Três participantes apresentaram pontuação maior após a intervenção, tendo um deles atingido a somatória máxima para a área. Um participante apresentou pontuação menor após a EP. Esse marcador não indicou mudança estatisticamente significativa, pois $p=0,3750$.

Tabela 4 – Escores das áreas 4, 5 e 6 de competência do preceptor

ÁREAS DE COMPETÊNCIA	GERÊNCIA		ATENÇÃO À SAÚDE		TRABALHO EM EQUIPE	
	Participante	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes
1	22	23	19	20	15	15
2	15	18	18	18	12	12
3	21	21	13	14	13	13
4	22	25	20	20	13	13
5	22	24	16	19	15	14
6	20	20	15	20	11	12
7	21	22	18	20	12	13
8	24	25	17	20	14	15
Pontuação Mínima		5		4		3
Pontuação Máxima		25		20		15

Fonte: Autoria própria.

Em relação à tabela 5, as áreas de competência do preceptor apresentadas são: Comunicação, Orientação Comunitária e Desenvolvimento Profissional.

Na Comunicação, antes da EP o valor mínimo foi de 12 pontos e o máximo 15 pontos. Depois da EP, o mínimo continuou 12 pontos e o máximo 15 pontos. Cinco participantes atingiram o escore máximo. Desses, dois já haviam pontuado o máximo para o item. Dois participantes também mantiveram a pontuação. O restante apresentou pontuação maior após a intervenção. Esse indicador também não demonstrou mudança estatisticamente significativa, pois $p=0,1250$.

Em relação à área Orientação Comunitária, o menor escore foi de 9 pontos e o maior atingiu 15 pontos antes da intervenção. Após a EP o menor subiu para 12 pontos e o maior foi de 15 pontos. Dois participantes atingiram o valor máximo para o item. Um deles já havia pontuado o máximo. Outro participante manteve a pontuação. Os demais participantes aumentaram a pontuação após a EP.

O marcador Orientação Comunitária também apresentou mudança estatisticamente significativa após a EP com $p=0,0313$ e confirmou que a EP desenvolveu mais um componente de competência do preceptor.

Tabela 5 – Escores das áreas 7, 8 e 9 de competência do preceptor

ÁREAS DE COMPETÊNCIA	COMUNICAÇÃO		ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA		DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL		
	Participante	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
1		14	14	14	14	10	10
2		12	12	12	14	9	9
3		15	15	11	12	10	9
4		15	15	15	15	8	9
5		14	15	12	14	8	9
6		12	14	9	14	7	8
7		13	15	12	13	9	9
8		14	15	14	15	9	10
Pontuação Mínima		3		3		2	
Pontuação Máxima		15		15		10	

Fonte: Autoria própria.

Já na área Desenvolvimento Profissional, o escore mínimo foi de 7 pontos e o máximo foi de 10 pontos antes da EP. Após a intervenção o escore mínimo atingiu 8 pontos e o máximo 10 pontos. Dois participantes apresentaram 10 pontos. Três participantes mantiveram a somatória, tendo um deles atingido o máximo de pontuação para o item antes da EP. Um participante apresentou pontuação menor e quatro participantes apresentaram pontuação maior após a EP. Esse marcador não mostrou mudança estatisticamente significante, com $p=0,3125$.

Ao se avaliar os indicadores de competência de cada preceptor, além de objetivamente demonstrar possíveis mudanças estatisticamente significantes após a intervenção da EP com a população estudada, também foi possível auxiliar o preceptor na identificação de suas potencialidades, habilidades e características pessoais que foram desenvolvidas e outras que ainda podem ser aperfeiçoadas.

Achados semelhantes foram vistos no estudo de Farjado (2011), pois afirmou que, para o exercício da preceptoria, somente os conhecimentos técnicos não seriam suficientes, exigindo-se conhecimentos didático-pedagógicos para a orientação e a supervisão do treinamento prático dos estudantes.

Conforme os autores Autonomo et al. (2015), há publicações que consideram que ser um bom clínico não garante que o profissional de saúde seja um bom preceptor, pois essa função abrange um tipo de competência muito distinta daquela exigida pela clínica.

Os resultados do trabalho de Salum e Prado (2014) apontaram que a EP contribuiu para a predominância da dimensão técnica como forma de garantir segurança e reconhecimento profissional e que as competências relacionais/comunicacionais e éticas/políticas estão se consolidando ao trazerem contribuições no relacionamento interpessoal e na forma de organização do trabalho.

O processo de EP realizado no presente estudo incluiu o desenvolvimento de várias dimensões da competência e favoreceu a integração dos profissionais no mundo em transformação, tendo aspectos cognitivos e afetivos potencializados a partir da formação com os preceptores da saúde mental.

Esta pesquisa demonstrou que o indicador de competência na área educacional possivelmente foi o que atingiu o maior desenvolvimento nos preceptores após a EP, e ficou evidenciado que outros domínios de competência como valores profissionais, gerência, atenção à saúde e orientação comunitária também puderam ser desenvolvidos com a intervenção.

Esses resultados convergiram com as publicações que apontaram que a formação do preceptor não deve ser proposta apenas pelo desenvolvimento de habilidades didático-pedagógicas.

É relevante discutir que, antes da EP, os preceptores estudados atingiram pontuações altas em vários domínios de competência a partir de suas experiências na assistência do SUS.

Foram identificadas alterações nos nove domínios avaliados. Os escores encontrados em todas as áreas de competência foram maiores no pós-teste em comparação ao pré-teste, entretanto, as nas áreas Ciências Básicas da Saúde Pública, Trabalho em Equipe, Comunicação e Desenvolvimento Profissional não evidenciaram-se alterações estatisticamente significantes.

Embora o instrumento ICP tenha se mostrado útil para mensurar as variáveis pretendidas, ele não apresentou capacidade suficiente para a mensuração de mudanças sutis entre os escores altos e próximos aos limites máximos de pontuações possíveis no pré-teste. Ademais,

conforme já explicitado, a amostra do estudo é pequena para cálculos estatísticos, mesmo com testes não paramétricos.

CONCLUSÕES

Em relação ao perfil profissional do preceptor, apesar de menos da metade dos profissionais não ter formação acadêmica específica na área da saúde mental, a maioria dos participantes do estudo estava em processo de qualificação desde a implantação deste programa. Ainda assim, permanece a necessidade de inserir o preceptor em atividades relacionadas à pesquisa e à produção de conhecimentos na área da saúde mental.

A EP com os preceptores da residência multiprofissional em saúde mental repercutiu na instrumentalização da preceptoria a partir da formação didático-pedagógica em metodologia ativa de ensino-aprendizagem.

Ficou evidenciado o desenvolvimento das competências para a preceptoria nas áreas educacional, valores profissionais, gerência, atenção à saúde e orientação comunitária. A competência educacional foi potencializada com habilidades didáticas, pois os preceptores experimentaram no grupo todos os passos do método da problematização. O uso de disparadores como a narrativa reflexiva da prática, as revisões dos formatos de avaliação e do caderno do programa de residência possivelmente contribuíram para o fortalecimento dessa competência. As demais competências foram desenvolvidas também pelas trocas de experiências entre os pares de diferentes serviços e por meio do compartilhamento dos materiais pesquisados.

O ICP contribuiu para a visualização dos resultados desse estudo antes e após a EP, sendo útil para mensurar as variáveis estudadas. Houve maiores pontuações em todas as áreas de competência avaliada, porém a comparação dos dados por meio do teste de Wilcoxon não comprovou alterações estatísticas em quatro domínios, ainda que o indicador geral de competências do preceptor tenha evidenciado mudança estatisticamente significativa.

Embora tenha sido uma pesquisa com preceptores de uma residência multiprofissional específica e com o número restrito de participantes, os resultados deste estudo podem ser utilizados para se pensar na formação de preceptores do SUS e de residências de outras áreas e regiões do Brasil, pois as competências demandadas e a potencialidade indicada pela EP não se restringem às questões locais, mas representam aspectos do sistema como um todo e das diretrizes curriculares para a formação na área da saúde.

Outros estudos e intervenções relacionados ao desenvolvimento de competências do preceptor no SUS devem ser desenvolvidos, pois novas análises em relação ao tema podem utilizar instrumentos qualitativos para coleta de materiais e desta maneira reatualizar a triangulação dos dados.

REFERÊNCIAS

AUTONOMO, F. R. O. M. et al. A preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária: análise das publicações brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 316-327, abr./jun. 2015. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e02602014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/DwMD7XfdCV5JLh9xkGpFWCD/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BARRETO, I. C. H. C. et al. Gestão participativa no SUS e a integração ensino, serviço e comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família. **Revista Saúde e Sociedade**, Fortaleza, v. 21, sup. 1, p. 80-93, maio 2012. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/VJTTKfYfYKfvSxFSsNGV-DNf/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BATISTA, A. M. D. **Educação permanente**: repercussão na prática de preceptores da residência multiprofissional em saúde mental. 2017. 123 f. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina de Marília, Famema, Marília, 2017.

BATISTA, A. M. D. et al. O uso do Discurso do Sujeito Coletivo para a análise de dados qualitativos no campo da educação. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 8, n. 36, 2021.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n. 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 jul. 2005a. Seção I, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 18 jun. 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 fev. 2004. Seção I, p. 37-41. Disponível em: <http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/downloads/portaria-no-198gm-em-13-de-fevereiro-de-2004/>. Acesso em: 13 jun. 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção I, p. 34. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 18 jun. 2021.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005b. Seção I, p. 112. Disponível em: https://download.inep.gov.br/download/superior/2005/avaliacao_institucional/portaria_interministerial_2118.pdf. Acesso em: 13 jun. 2021.

BRASIL. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p. 24-25. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192. Acesso em: 20 jun. 2021.

CECCIM, R. B. Onde se lê “Recursos Humanos da Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados da Saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem A. (orgs.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p. 161-180.

DÍAZ BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 30. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

DUARTE, M. J. O. Residência multiprofissional em saúde mental: trabalho e formação profissional. In: VELOSO, Renato S. et al. **Trajatória da faculdade de serviço social da UERJ**: 70 anos de história. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2014. p. 295-318.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Caderno da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental**. Marília: Famema, 2017.

FARJADO, A. P. **Os tempos de docência nas residências em área profissional da saúde**: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde. 2011. 200 f. Tese (Doutorado em Educação) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/32308>. Acesso em: 20 jun. 2021.

GUIMARÃES, P. R. B. **Métodos quantitativos estatísticos**. Curitiba: IESDE Brasil, 2012.

HACKBARTH NETO, A. A.; STEIN, C. E. **Uma abordagem dos testes não-paramétricos com utilização do Excel**. Porto Alegre: UFRGS, 2003. Disponível em: http://www.mat.ufrgs.br/~viali/estatistica/mat2282/material/textos/artigo_11_09_2003.pdf. Acesso em: 18 jun. 2021.

LUCENA, C. M. F.; CAVALCANTI, P. B.; MIRANDA, A. P. R. S. Inconsistências e potências na formação em saúde: estudo de caso da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Lauro Wanderley. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013, Belo Horizonte. **Anais** [...]. Belo Horizonte: Abrasco, 2013.

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, sup. 1, p. 94-106, maio 2012. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/byKGqxL4tvNXY6PDxbcdQH/?lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2021.

PARENTE, J. R. F. Preceptoria e tutoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **SANARE Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 7, n. 2, p. 47-53, jul./dez. 2008. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/31>. Acesso em: 20 jun. 2021.

PETTA, H. L. et al. **Especialização em preceptoria no SUS**: caderno do curso 2015/2016. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2015. (Projetos de apoio ao SUS)

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 8. ed. São Paulo: Martins, 2009.

RODRIGUES, C. D. S. **Competências para a preceptoria**: construção no programa de educação pelo trabalho para a saúde. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/56085/000858993.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 jun. 2021.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 301-308, abr./jun. 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/0104-070720140021600011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/W56QJtTkjSqBMHbndK5vQCC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2021.

SARRETA, F. O. Perspectivas da educação permanente em saúde. *In*: SARRETA, F. O. **Educação Permanente em saúde para trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP, 2009. cap. 4, p. 169-222.

SILVA, L. C.; BROTTTO, M. E. Perfil e concepções dos preceptores da residência multiprofissional em saúde: HESFA/UFRJ. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 4., ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 11., 2016, Vitória. **Anais** [...]. Vitória: UFES, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/12859>. Acesso em: 13 jun. 2021.

CARTOGRAFIAS DO SENTIR: A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Mayara Lopes Vianna¹
Thiago da Silva Domingos
Camila Mugnai Vieira

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica foi um processo que surgiu no final da década de 1970, a partir da conjuntura da redemocratização pela movimentação político-social e com raízes na crítica ao subsistema nacional de Saúde Mental, concretizada no questionamento estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas. Tudo isso se deu conjuntamente à eclosão do “movimento sanitário”, que se colocava a favor da mudança dos modelos de atenção, de gestão e de práticas de saúde transformadoras, em defesa da saúde pública coletiva, equidade na oferta dos serviços, e do protagonismo dos trabalhadores e usuários nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (AMARANTE, 2016; BRASIL, 2005a).

O ano de 1978 costuma ser identificado como o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no país (AMARANTE, 2016; BRASIL, 2005a). A partir deste período, listam-se denúncias em relação à violência sofrida pelos usuários portadores de transtornos mentais nos manicômios, à mercantilização da loucura, à hegemonia de uma rede privada de assistência. Nesse cenário, iniciaram-se tentativas de construir coletivamente uma crítica ao chamado ‘saber psiquiátrico’ e ao modelo hospitalocêntrico de assistência às pessoas com transtornos mentais.

¹Agradecimento à Residência Integrada Multiprofissional da Fameda

Com base no desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986, a trajetória da desinstitucionalização foi inicialmente pensada e teve como uma das vertentes principais a consequente desconstrução dos manicômios e dos paradigmas asilares que o sustentavam. Debates nacionais sobre o papel do hospital psiquiátrico, que tinham como temas principais a “reversão da tendência hospitalocêntrica” e o “resgate da cidadania do portador de transtorno mental” foram debatidos.

Nessa conjuntura, o maior avanço deu-se com a Constituição de 1988, na qual foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder também do controle social, exercido por meio dos “Conselhos Comunitários de Saúde” oficializando assim, a diretriz de uma Saúde Pública de acesso a todos (AMARANTE, 2016; BRASIL, 2005a). Em 1989, foi lançado o Projeto de Lei 3657/89 “Paulo Delgado”, com o caráter de atendimento assistencial às pessoas com transtornos mentais, alcançando uma dimensão mais integral e global do sujeito, desfocando o olhar somente da doença, propondo a implantação de uma rede de assistência extra-hospitalar, a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial e a comunicação compulsória das internações involuntárias.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais - inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado - conseguiram aprovar, em vários estados brasileiros, as primeiras leis que determinaram a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (AMARANTE, 2016; BRASIL, 2005a). No ano de 2001 - após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional - a Lei Federal 10.216 foi sancionada no país. Após passar por promulgação, a Lei impôs novo impulso e novo ritmo para o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, sendo consolidada como uma política de governo, estabelecendo a III Conferência de Saúde Mental e conferindo aos

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência (BRASIL, 2001).

Na política preconizada aos indivíduos com transtornos mentais, chamada de “Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas” encontra-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), desde que a Lei nº 10.216 foi implantada, a partir de diretrizes da Reforma Sanitária, contando com a superação do modelo asilar e prevendo a garantia dos direitos de cidadania aos acometidos. Nessa perspectiva, priorizam-se iniciativas que visam promover o cuidado integral centrado nos territórios, pela garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando a inclusão social. A RAPS, segundo a Portaria GM/MS nº 3.088/2011, organiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

A RAPS é formada por sete componentes: Atenção Básica em Saúde (ABS), a Atenção Psicossocial Especializada, a Atenção Hospitalar, as Estratégias de Desinstitucionalização e a Reabilitação Psicossocial, sendo que os principais pontos de atenção são: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Consultórios Na Rua, os Centros de Convivência, CAPS nas suas diferentes modalidades (CAPS II, III, AD e Infantil), a Atenção de Urgência e Emergência, as Unidades de Acolhimento, os Serviços de Atenção em Regime Residencial, os Leitos de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em Hospitais Gerais e Serviços Residenciais Terapêuticos. Também faz parte dessa política o programa “De Volta para Casa”, que oferece recurso financeiro para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o cuidado aos indivíduos com transtornos mentais através da RAPS e a oferta de tratamento a partir da ABS, que deve organizar e proporcionar ações em saúde mental no território. Nesse caso, Campos e Gama (2008)

apontam que uma demanda importante chega diariamente na atenção básica, porém depara-se com uma série de fatores que dificultam o acolhimento e tratamento dos usuários, como a falta de diretrizes concretas do Ministério da Saúde, o despreparo técnico-profissional, a falta de investimento dos gestores, condições precárias de trabalho, dentre outros. O resultado disso, geralmente é a medicalização da demanda do sofrimento mental.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se insere como um modo de produzir mudanças neste cenário de atenção centrado na medicalização, propondo modos de atuação interdisciplinar e alternativos, além de possibilitar a aproximação entre a saúde mental e atenção básica (CAMPOS; GAMA, 2008). Nota-se a relevância da ESF como principal mudança para o paradigma deixar de ser centrado exclusivamente no indivíduo e na doença, passando também para o coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação. Enfatizando isso, a ESF torna-se a maior possibilidade de descentralização das ações, do olhar para o portador de transtorno mental desfocado somente na doença e a intenção de trabalhar com o usuário no local que ele já desenvolve autonomia, no seu território existencial já conhecido.

Devido ao crescimento do campo da Saúde Mental na ABS é imprescindível que se repensem formação e práticas, entendendo a importância do fortalecimento da rede. Assim, evidencia-se a importância de compreender a RAPS e como ela se articula em seus serviços. É necessário entender de forma ético-política as limitações, frustrações e potencialidades dos trabalhadores que fazem a política pública acontecer, compreender o território e a história dele. Também é possível perceber por meio dessa aproximação como o usuário se sente em relação à Rede, seu acesso aos serviços, os encaminhamentos realizados, buscando uma possibilidade de Educação em Saúde para os usuários e de Educação Permanente aos trabalhadores.

Considerando estes elementos, o presente estudo foi desenvolvido, com o objetivo de compreender, a partir da vivên-

cia dos usuários, o percurso geográfico e subjetivo que percorrem enquanto caminham pelos pontos de atenção que constituem o cuidado em saúde mental no município.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa-intervenção (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2009) que analisa o processo da produção de cuidados construído na relação entre uma família e sua equipe de ESF.

O cenário foi uma cidade de médio porte do oeste paulista, com uma população de aproximadamente 230 mil habitantes e referência regional em saúde. A Rede Municipal de Saúde contava com 34 ESF, 12 UBS, uma Policlínica e duas Unidades de Pronto Atendimento, além de cinco hospitais e uma maternidade. No que se refere à ABS, no período em que se deu a produção dos dados, aproximadamente 61% da população estava sob cobertura da ESF.

A RAPS contava com CAPS Infantil, CAPS II e CAPS AD, além das Unidades de serviço da ABS e 4 Equipes de NASF, Enfermaria Psiquiátrica em Hospital Geral, um Ambulatório de Saúde Mental e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Fora da proposta da RAPS, cita-se um serviço de caráter filantrópico que oferecia Internações Psiquiátricas de caráter manicomial, também nesse serviço, havia usuários institucionalizados vivendo em lares abrigados.

O município não contava com equipamentos importantes, como Consultórios na Rua, Centros de Convivência e Cultura, Residências de Caráter Transitório, as Unidades de Acolhimento em suas diferentes modalidades, os Serviços Residenciais Terapêuticos que fazem parte da Estratégia de Desinstitucionalização e, conseqüentemente, o Programa de Volta para Casa.

A ESF foi selecionada intencionalmente por se tratar de um serviço em que a autora já estava vinculada há um ano, garantindo vinculação aos profissionais da equipe de saúde, reconhecimento do

território e dos usuários que procuram o serviço. A referida vinculação compreendia as atividades práticas de um Programa de Residência Integrada em Saúde Mental (PRISM), cujas residentes compunham equipes constituídas na lógica multiprofissional, nessa investigação, havia duas psicólogas, uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira. Todas desenvolviam atividades junto aos profissionais da equipe, comparecendo ao serviço semanalmente, por um período de dois anos, entre fevereiro de 2015 a 2017.

Além disso, a referida unidade compunha o cenário de prática de estudantes da 1ª série dos cursos de Medicina e Enfermagem de uma faculdade pública do município. Um grupo de, aproximadamente, dez estudantes acompanhados por dois tutores atribuía uma característica instituinte ao equipamento, somando-se às residentes e à equipe de saúde, por sua formada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), agentes de endemias, auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, dentista, enfermeiras, médicas, auxiliares administrativos e auxiliares de serviços gerais.

A gestão das unidades do município era pactuada entre um trio gestor, formado pelos profissionais com formação superior (dentista, enfermeira e médica) que contava com a apoio da gestão da ABS, por meio, de uma profissional de saúde que exercia o papel de articuladora. A equipe dessa unidade recebia apoio matricial de uma equipe do NASF que contava com profissionais das categorias: nutrição, psicologia e serviço social.

Na dinâmica de trabalho dessa unidade de saúde, selecionou-se uma família, composta por três usuários com necessidades de saúde caracterizadas pela equipe como demanda de saúde mental. A seleção guiou-se pela intencionalidade, pois os trabalhadores da equipe de saúde já conheciam os membros da família. O início da produção de dados para essa investigação deu-se a partir do momento em que uma nova necessidade de saúde é apresentada para a ESF na demanda espontânea. A partir dessa entrada na unidade, inicia-se o estabeleci-

mento da relação entre usuários-sujeitos de pesquisa e profissional de saúde-investigadora, constituindo ao mesmo tempo uma referência técnica que assume também a postura de analista.

Foram utilizadas como ferramentas metodológicas da Cartografia, que pode ser entendida como “*um estudo das relações de forças que compõem um campo específico de experiências*” (FARINA, 2008, p. 9). Especificamente, a produção de dados utilizou-se de duas técnicas: a Observação-Participante e o seu registro, para apreensão do saber, considerada técnica essencial do trabalho de campo da pesquisa qualitativa, em que por parte do contexto observado ao mesmo tempo o autor modifica e é modificado, concretizando no Diário de Campo, em que Minayo (2010, p. 295) aponta como “acervo de impressões e notas sobre as diferenciações entre falas, comportamentos e relações que podem tornar mais verdadeira a pesquisa de campo” exercitados a partir do acompanhamento dos trajetos e dos caminhos percorridos pelos usuários de saúde, possibilitando apreendermos e registrarmos a leitura e a interpretação que o sujeito faz da realidade que vivencia (MINAYO, 2010; PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2009).

Os registros no Diário de Campo foram produzidos durante as visitas domiciliares, reuniões de equipe e discussões do caso, atendimentos aos usuários e às famílias, sendo produzidos 12 registros que compõem o material de análise dessa investigação.

O que é possível observar em relação à produção de cuidado em saúde mental é a “*andança*” que os usuários, acompanhados de seus familiares, fazem aos serviços de saúde procurando serem acolhidos em suas necessidades. Esse caminho percorrido é marcado pelo além das idas-e-vindas físicas, são acompanhados de afetos, expectativas, encontros e desencontros dos mais diversos sentimentos. A Cartografia pode ser então, uma ferramenta metodológica que acompanha os processos e propicia a percorrer os caminhos enquanto pesquisadores-afetivos, tentando entender e captar a subjetividade dos envolvidos (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2009).

Para caracterizar o cuidado e o trabalho em si é necessário pensar que o perfil do cuidado não é definido pelo lugar físico onde este se realiza, mas pelo território no qual o trabalhador se inscreve como sujeito ético-político, o qual anda com ele onde ele estiver operando seu processo de trabalho (ROLNIK, 2006). É necessário na questão do cuidado com o outro, ressignificar os processos de formação e desconstrução destes territórios, porque é isso que vai definir como o cuidado é produzido. Essa forma vai depender das singularidades dos territórios existenciais aos quais os trabalhadores se inscrevem, variando os significados de valor para cada um deles. Por isso, é necessário entender essas subjetividades, para só então compreendermos suas práticas. Analisando a visão dos profissionais envolvidos, conseguimos então, entender a produção de cuidado e quem sabe, fazer uma articulação com o território do outro.

Essa pesquisa-intervenção atendeu os pressupostos da ética em pesquisa propostos pela Resolução n.º 466/2012 (BRASIL, 2012), sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), sob o parecer n.º 1.723.761 de 13 de setembro de 2016.

Rupturas micropolíticas e o plano macropolítico: a saúde mental no processo de trabalho da saúde da família.

Após seis meses do início das atividades da equipe de residentes na unidade, ocorreu a saída da médica e da enfermeira que atuavam na unidade. Essa ruptura desintegrou a articulação do trabalho em saúde, bem como, a conformação do trio gestor que coordenava a unidade. Um período crítico para o processo de trabalho, com passagem transitória e constante de diversas enfermeiras e médicos. Em um período de dois meses, depois de idas e vindas, a enfermeira se tornou fixa e em seguida, também houve a contratação de uma médica.

As produções em saúde são micro e macropolíticas. O plano micropolítico nos interessa porque nele se formam os territórios existenciais (DELEUZE; GUATARI, 2000). São nesses processos que

ocorrem a subjetivação, um momento de desterritorialização e reterritorialização dos sujeitos, que formam movimento e fragmentação que podem precipitar um agenciamento. Segundo Feuerwerker (2014), um ‘agenciamento’ é uma noção mais ampla que estruturas, sistema, forma e processo. Ele tem múltiplos componentes heterogêneos de diversas ordens que produzem movimento, não sendo possível prever qual vai funcionar como linha de fuga e/ou foco de resistência, potência e/ou fragilidade. Sociedade e sujeito, ambos são atravessados pelas “formas de ser” que levam a uma constante e permanente produção de devires.

A partir desse novo trio gestor, um dos efeitos de potência oriundos dessa ruptura e outra conformação, observamos um reposicionamento na postura da equipe de residentes, caracterizando uma atuação ativa nas reuniões de equipe, conseguindo refletir sobre algumas atitudes da equipe diante da produção de cuidado e dos usuários, e contribuindo na elaboração de estratégias de identificar a população de saúde mental daquele território.

O rumo da resistência

Nesse período, uma das equipes de estudantes realizou um levantamento por meio da estimativa rápida sobre a população daquele território: caracterizou-se uma população adulta jovem, em fase produtiva da vida, com em média de dois filhos e boa renda mensal. Foi identificada uma população de idosos dependentes de outros cuidados, poucas crianças. Muitas famílias com plano de saúde complementar. Conseguiram fazer um levantamento sobre hipertensos, diabéticos e outras comorbidades, mas... e sobre a saúde mental? No período de dois anos nenhum levantamento sobre a demanda de saúde mental daquela população. E isso foi algo que incomodou. Como a saúde mental é olhada pelos sujeitos inseridos nesse equipamento de saúde? Como o cuidado é produzido para essa necessidade?

A resposta estava na unidade de saúde, mais especificamente, havia uma agenda disponível para marcar os atendimentos individuais

que seriam realizados pelas psicólogas. Segundo Moreira, Romagnoli e Oliveira (2007), a expectativa da sociedade em geral com relação à prática psicológica baseia-se ainda em um modelo clínico de atendimento individual e de longo acompanhamento. Sabendo que a inserção dos psicólogos se deu nos anos 1970 e que elegeu aos psicólogos tudo que remete ao campo psíquico, isso perdura até os tempos de hoje, relacionando saúde mental à psicologia e à psiquiatria, somente.

Em nossa observação, percebemos que o olhar para a saúde mental mudou com a entrada de um novo trio gestor, iniciando um movimento de maior reflexão com a equipe e aqueles que a compunham como instituintes, fazendo com que o sentido de integralidade pudesse ser exercido, prioritariamente, com práticas que valorizassem o encontro entre trabalho, gestão, formação e participação social, produzindo noções implicadas e não aplicadas (FIGUEIREDO et al., 2014).

A noção aplicada subordina a produção de cuidado e de subjetividade às hegemônias (MOLCK; BARBOSA; DOMINGOS, 2021). Nessa unidade também é possível apreender como foco de resistência um processo de trabalho mais medicalizador: fazíamos grupos de entrega de receitas medicamentosas, e por meses, tentávamos atrelar a entrega de receita com o diálogo, mas não foi eficiente. Como explanam Romagnoli e Oliveira (2007), as relações empobrecidas que se dão no encontro entre o profissional de saúde e usuário constituem sujeitos cada vez mais dependentes de serviços e de ordens médicas, já que o que se vê atualmente é uma produção de cuidado pouco comprometida com a vida das pessoas e a com a constituição de sujeitos ativos.

Essa visão de mundo e de cuidado relaciona-se ao que Merhy (2002) diz sobre o vigor absoluto das tecnologias duras, baseadas em um modelo médico liberal, que se apresenta “*procedimentos-centrados*” ao invés de “*usuários-centrados*”, comprometendo o cuidado em saúde. O foco dos profissionais somente à queixa, ao diagnóstico e ao tratar ou curar uma doença é a operacionalização disso. Essa prática no território se modula de maneira diferente da do consultó-

rio, construindo um trabalho junto à população local e nos serviços comunitários, sendo a interconexão entre os serviços de saúde mental e a ESF (SOUZA; CARVALHO, 2014).

Segundo Romagnoli e Oliveira (2007), a aposta na aproximação com a ABS tem significado desinstitucionalizar práticas ancoradas na forma biomédica tradicional de conceber o sofrimento psíquico. Além de fazer aqueles com alguma demanda em saúde mental passarem a existir em seu território, é possível, mesmo nas sutilezas, desmitificar, sensibilizar e provocar a mudança. É somente a relação com o território possibilita a construção de novas práticas de cuidado em saúde mental.

Na troca do trio gestor, ocorreram exemplos de noções implicadas. Propusemos o chamado ‘Grupo de Artesanato’, que aos poucos foi ganhando uma forma de ser gerido pelas mulheres que participavam, tornando-as protagonistas do grupo, oficinas. Nossa atuação, enquanto residentes de saúde mental, estava na mediação de assuntos e produção de devolutivas daquilo que era compartilhado nesse espaço. Nessas oportunidades, nosso sentimento era de estar promovendo o trabalho da psicologia não estritamente clínica. Uma linha de fuga que se arrisca afirmar, Clínica Ampliada (FIGUEIREDO et al., 2014).

É no encontro que se evidencia que o modelo de atenção precisa ser centrado no usuário. Precisamos, como trabalhadores, sermos capazes de satisfazer a necessidade de saúde. Mais do que isso, também *“temos que estabelecer a possibilidade de, na atenção à saúde, realizar mais bons encontros do que práticas curativistas de doenças, desconfortos, comportamentos ou orientações pessoal-subjetivas”* (FIGUEIREDO et al, 2014, p.123). É dessa forma que poderemos investir em tecnologias da interação que a partir da escuta e do olhar, consideram acolhimento e produzem autonomia. Modos de produzir saúde, modos de produzir vida.

É de daí que surgiram outras ações na ESF: Piquenique no espaço verde do território, Grupo de Mulheres, Grupo de Saúde Mental desenvolvido pelo NASF e reunião entre a enfermeira e os ACS. As reuniões de equipe qualificaram-se, não mais restringiam-se a encaminhar

pacientes para as residentes de saúde mental, mas discutir sobre os casos, desenvolvendo uma relação de suporte entre as categorias profissionais.

Ainda que linhas de fuga estavam sendo produzidas, no plano micropolítico, a chegada de um caso de saúde mental agitava percepções de insegurança e de incômodo, precipitando a tendência de encaminhar os casos para psicologia sem corresponsabilização. De acordo com Pini e Waidman (2012), os sentimentos gerados pelo imaginário popular, por informações de outras pessoas, trocas de experiências e pelo preconceito enraizado na sociedade, provenientes de concepções herdadas do período de institucionalização, acabam sendo exacerbados pelo medo gerado quando o profissional se depara com determinados comportamentos, já que ainda há a noção de periculosidade e instabilidade dos usuários de saúde mental.

Ressalta-se a falta de conhecimento como elemento na dificuldade de desenvolver ações de saúde. Desconhecer aquilo sobre o que precisa intervir e acompanhar resulta em ações superficiais e sem grande impacto, evidenciando a importância da formação inicial e continuada do futuro e atual trabalhador. Evidência observamos nessa pesquisa-intervenção: a estimativa rápida da população do território realizada pelo grupo de estudantes que não inclui a saúde mental.

Na formação contínua, o alicerce do Apoio Matricial na ABS, como sendo identificado na importância dos trabalhadores se sentirem respaldados para executarem ações com essa população e que, gradativamente, os profissionais podem adquirir segurança em assumir esses usuários (PINI; WAIDMAN, 2012; SOUZA; CARVALHO, 2014). É possível ver um ciclo se formando: o profissional oferece uma assistência comprometida e de qualidade, que resulta no vínculo; com ele, o usuário de saúde mental desenvolve confiança na equipe, deixando-a intervir de modo mais atuante, tendo melhores respostas nas ações desenvolvidas e intensificando cada vez mais o cuidado.

O Apoio Matricial ou Matriciamento é um método que se opera por meio de arranjos onde articulam equipes especialistas e

generalistas, de preferência no próprio *locus* em que se realiza a atenção à saúde, sendo que aos especialistas caberia a função de acompanhar as equipes generalistas e discutir os casos que a equipe demande. Esses casos seriam as experiências analisadoras, que permitiriam a apropriação por parte das equipes demandantes daquilo que faz parte do núcleo especialista. Dessa forma, diferentemente ao que ocorre junto ao arranjo “referências/contra referências”, a indução de um processo de produção de dispositivos contribui para a efetivação de trocas contínuas entre especialistas e generalistas e o aumento do grau de corresponsabilidade deles em relação à gestão do cuidado de indivíduos e coletivos (SOUZA; CARVALHO, 2014).

Comum, na prática dos profissionais, o discurso de que não sabiam lidar com usuários de saúde mental ou que eles demandavam muito. Também falavam que não sabiam para onde encaminhar. Geralmente, a demanda de Saúde Mental, especificamente, chegava à Enfermeira ou à Médica, no caso, aquelas que promoviam mais escuta ao paciente. Havia queixa física, mas a demanda de saúde mental vinha atrelada a ela.

Na ABS, a produção de cuidados em saúde mental é construída no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, nos quais ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde. Leva-nos a questionar o saber dos trabalhadores de saúde acerca dos múltiplos territórios que compõem o adscrito território geográfico da unidade de saúde:

“O cuidado em saúde mental não é algo de outro mundo ou para além do trabalho cotidiano na Atenção Básica. Pelo contrário, as intervenções são concebidas na realidade do dia-a-dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades. Portanto, para uma maior aproximação do tema e do entendimento sobre quais intervenções podem se configurar como de saúde mental, é necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recurso aos profissionais de saúde para contribuir

no manejo dessas questões. Algumas ações de saúde mental são realizadas sem mesmo que os profissionais as percebam em sua prática.” (BRASIL, 2013, p.22)

Não temos uma verba adicional ou metas a serem cumpridas na saúde mental. Exatamente porque está em todo lugar, em todo cuidado, já que acolher é um processo ético-político. É um “modo de fazer” específico a cada equipe, em relação ao processo de trabalho, aos profissionais que a constituem e o modo como eles enxergam o processo de saúde. As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças ou controle de sintomas. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida, implicando olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas.

Em diversos momentos a maior dificuldade da equipe era decorrente a falta de acolhimento, como uma postura ética-política, que raramente presenciamos nessa pesquisa-intervenção. O acolhimento da produção de cuidado é dispositivo para a formação de vínculo, de corresponsabilidade e de resolubilidade (BRASIL, 2010). Na experimentação dessa pesquisa-intervenção, concluímos que o “Acolhimento” era uma triagem que encaminhava para o médico, ou para a enfermeira ou para o Pronto Atendimento. E foi inclusive dessa forma que demanda em saúde mental chegou para produzir novos processos de análise.

Experimentações (instituinte) a partir do acolhimento (instituído): a inusitada produção de cuidados em saúde mental

Do usuário-guia à família-guia: narrativa reflexiva da produção do cuidado

O caso iniciou com a ligação de uma mãe do território da ESF que estava com seu filho dormindo mal ou não dormindo durante a noite e com isso estava sendo prejudicado em seu trabalho no período

da tarde e na escola, período noturno. Ela ligou para a ESF solicitando consulta médica e a recepção solicitou que ele viesse em demanda², às 7h da manhã do dia seguinte. Como orientada, a avó passou em demanda com a enfermeira e relatou o caso, sem estar acompanhada pelo usuário que apresentava a queixa.

Diante disso, em reunião de equipe do dia 31 de agosto, foi discutido o caso de Narciso³ - um adolescente de 17 anos que não estava dormindo à noite, e conseqüentemente por isso, estava se prejudicando no trabalho que fazia na parte da tarde e na escola, onde estudava à noite. Tentei investigar nesse mesmo momento o que a equipe conhecia acerca da família. Moravam em seis pessoas: mãe Rosa; pai Antúlio; irmãos Crisantêmo e Hibisco e tio Girassol. Vale ressaltar que esse último membro da família tinha o diagnóstico de Esquizofrenia há muitos anos, sendo trazido para Marília, vindo de Minas Gerais, pela avó de Narciso, Dona Tulipa.

Ainda acerca do conhecimento dos trabalhadores da equipe sobre a família em questão, o ACS que a acompanhava disse que seu Girassol nunca deu “trabalho” nu, sempre pega seu remédio tranquilamente, fazia acompanhamento a cada três meses no Ambulatório de Saúde Mental e frequenta também uma Associação de Espores Inclusivos da cidade. Aqui, vale destacar que a área de cobertura do caso estava descoberta de ACS, embora informações prestadas sobre a família era de um ACS que acompanhava de forma sistemática.

A queixa chegou à enfermeira em demanda - no dia seguinte, como indicado - que investigou um pouco da história. Levou em reunião de equipe pela segunda vez, e tanto eu quanto a Terapeuta Ocupacional, levantando diversas hipóteses, resolvemos ir investigar por meio de Visita Domiciliar (VD).

A VD foi agendada pelo celular de Rosa, único meio de comunicação com a família, que saiu antes do trabalho. Nessa oportuni-

² Demanda, no caso, é quando o paciente chega a unidade de saúde entre as 7h e 7h05 para passar com uma demanda de urgência e será atendido no dia ou pela consulta médica ou pela consulta com a enfermeira.

³ Os nomes foram modificados para preservar a identidade dos sujeitos.

dade, relatou uma trajetória difícil da vida no Sertão de Minas e que veio para Marília em busca de uma condição melhor. Conseguiu, trabalhando muito, casa e carro. Deixou na região de origem irmãos e a mãe, mas disse que sempre que possível, pagava passagem para sua mãe vir, pois, gostava muito da presença dela e, também, pelo fato de dona Tulipa ter necessidade de cuidados médicos, cujo acesso na área de origem era precário.

Conta também como conheceu seu esposo e como tinham condições ruins de convívio. O seu marido fazia tratamento no Ambulatório de Saúde Mental, mas não se sabe o diagnóstico, sempre foi ausente e violento com as crianças e com ela. Isso fez com que Rosa relacionasse a falta de sono de Narciso a um episódio da história da família: em um momento de briga entre o casal, a mãe ameaçou ir embora com as crianças, o que levou o marido cortar a mangueira do gás e procurar fósforo para atear fogo. Nesse momento, a mãe gritou por Narciso, solicitando que tirasse as crianças da casa, enquanto tentava esconder os fósforos. Nesse acontecimento, Narciso tinha 13 anos.

Perguntamos a mãe se ela se sentiu cuidada pela unidade ao receber a VD e a mesma relatou que ninguém ia à sua casa e que é muito difícil levar as crianças para serem “cuidadas” na unidade. Que dessa forma, como estávamos fazendo, em visita à sua casa, era de extrema importância para ela naquele momento. Ficou então, marcada para a semana seguinte outra VD, com a intenção de conhecer Narciso.

Esse recurso geralmente está condicionado à educação, saúde e conscientização dos indivíduos com relação aos aspectos de saúde no seu próprio contexto. As VD permitem conhecer as condições de vida e habitação das famílias, as relações que estabelecem no ambiente doméstico, as condições de adoecimento daquela família, e, consequentemente, podem facilitar o planejamento e o direcionamento das ações visando a promoção da saúde e o fortalecimento do autocuidado. Mas, a VD também implica uma exposição dos hábitos e rotinas privativas da família no espaço domiciliar. Assuntos particulares se tornam visí-

veis, alvo de avaliação dos profissionais de saúde e do seu saber-poder. O vínculo e a confiança se colocam em linha tênue nessa relação de compartilhamento e de encontro com o outro e devem ser protegidos como parte do ato de cuidar (CUNHA; SÁ, 2013).

A primeira visita a Narciso se deu no dia 9 de setembro. Foi preciso avisá-los de que iríamos lá para que Narciso soubesse antes do trabalho para estar conosco, trabalhava como jovem aprendiz, telemarketing. Importa observar que mesmo muito jovem, Narciso reproduzia a mesma relação da mãe com o trabalho. Sinal disso era o fato de se organizar para sair antes do final do expediente.

A avó dona Tulipa nos recebeu e considerando sua interpretação sobre a queixa de Narciso relatou que ele não dormia, ficava no celular e até as 6h da manhã, quando já estava na hora de todos acordarem. Assim, cochilava até a hora dele acordar (por volta das 10h), ia ao trabalho onde acabava dormindo e à noite, dormia na escola. Segundo a avó, a empresa dizia que não iria efetivá-lo se continuasse com esse tipo de comportamento e a mãe foi chamada na escola pelo fato de Narciso não acompanhar as aulas mais. A princípio, parecia mesmo algo em relação a um comportamento desregulado do sono.

Pedimos para chamá-lo e Narciso demonstrou-se bem tímido. Contamos quem éramos: apresentamo-nos como psicóloga e terapeuta ocupacional e o questionamos se ele já havia passado por alguma das duas profissionais em algum momento. Ele relatou que “sim”, estava bem monossilábico. Contamos que sua mãe e sua avó estavam preocupadas com seu padrão de sono. Narciso contou que já passou na psicóloga exatamente por isso e descreveu o mesmo episódio relatado pela mãe, com uma riqueza de detalhes e também relacionando sua “vigilância” por esse motivo relacionado ao pai e relatado a nós pela sua mãe. Parecia bastante rígido em relação às suas escolhas, sentindo-se *o homem da casa* (sic). E realmente parecia: estudava, trabalhava, era muito responsável, ia muito bem na escola... até não conseguir dormir! Perguntamos sobre o motivo dessa problemática estar se desenvolvendo

nesse momento da sua vida, mas ele não sabia relatar, mantendo o motivo atribuído a ter que estar “*sempre alerta em casa*”.

A Terapeuta Ocupacional, então, propôs algumas técnicas de meditação, relaxamento, prática de esportes e uma distância do celular na hora do sono. A Psicóloga referiu manter-me disponível para conversa, na casa dele ou caso ele preferir, na unidade. Ficamos também, de verificar a possibilidade do método alternativo de tratamento para indução do sono. Ficamos de voltar na semana seguinte. Passamos isso em reunião de equipe e quase nenhum membro da equipe tinha conhecimento dessa dinâmica familiar.

Ao retornar, Narciso nos encontrou aparentemente “*menos cansado*” e perguntamos a avó Tulipa se ele havia dormido nesses dias e a mesma relatou que tinha dormido muito mais cedo - entre 1h e 2h da manhã - que não estava mais dormindo no trabalho e que na escola ainda acaba dormindo, mas tinha mais facilidade de dar continuidade às tarefas do que antes, quando não as estava cumprindo.

A Terapeuta Ocupacional pensou com ele o que ele conseguiu fazer das técnicas e o que não conseguiu, se ele conseguia levar adiante sozinho. A Psicóloga perguntou se as técnicas faziam sentido e se ele conseguia relacionar com algo que estivesse ocorrendo agora e ele disse que parecia que tudo estava mais tranquilo, mas que ele se mantinha alerta.

Também dissemos que a rotina dele era bem exaustiva e que por estudar à noite, talvez tivesse mais dificuldade mesmo de dormir devido ao cérebro estar “trabalhando”, mas que era necessário um descanso do corpo e da mente. Trouxe questões dos estudos para prestar exame da polícia e tentar o exército e que quando *colocava algo na cabeça, tentava até o fim (sic)*. Mantivemo-nos à disposição e perguntamos se ele achava que precisávamos voltar. Ele disse que não, que se sentia bem. Levamos medicamento fitoterápico, prescrito pela médica e ele disse que só iria tomar quando necessário.

Perguntamos então, se ele se sentiu cuidado, assistido pela unidade e ele disse que ninguém nunca foi até ele, mas que todas as queixas em que ele fez na unidade foram atendidas. Também comentou sobre o carinho com que tratavam seu tio Girassol. Encerramos assim as visitas à casa.

A VD pode ser espaço de dispositivo de criação de vínculos, tem a possibilidade de construir um olhar diferente da equipe, de produzir o cuidado mais efetivo. Quando se trata de cuidado em saúde mental, o modelo de queixa conduta não é efetivo, por desconsiderar o sujeito, sua subjetividade, sua autonomia, e o fato de que este sujeito pode não responder ao esperado e prescrito pela equipe.

Em reuniões de equipe, comentávamos do caso da família num contexto geral e observei que boa parte da equipe não sabia da história de vida que existia naquela casa, nem do pai fazer tratamento no Ambulatório de Saúde Mental. O acompanhamento a essa família, ocorrido em geral por meio de visitas realizadas pelos ACS, não parecia atender ao princípio da longitudinalidade do cuidado, mas apenas visitas esporádicas relacionadas a episódios sintomatológicos do familiar com diagnóstico de esquizofrenia.

Por vezes, identificamos como os profissionais de saúde dessa sentiam angústia diante dos atendimentos de saúde mental pelo fato da demanda exigir novos rearranjos tensionando os procedimentos mecanizados de queixa conduta, representados por protocolos utilizados em outras áreas e que não cabem aqui.

Alguns trabalhadores ficavam muito incomodados com a condição da avó Tulipa, que não morava na área, mas algumas vezes durante o ano, aparecia na casa de Rosa e pedia para ser consultada, gerando muita demanda de exames, etc. Possivelmente esse distanciamento da família se desse pelo fato de Tulipa consumir recursos sem estar adscrita na área.

Nesse aspecto, Cecílio, Carapinheiro e Andrezza (2014) nos disseram que as pessoas são produtoras de “seus sistemas de saúde” e portanto, nem todos os atores sociais atuam de acordo o que está

regulamentado, buscando mudar as regras do jogo, instituindo novos modos de regulação. Quando reconhecemos e valorizamos essa existência de um “agir leigo” que produz essa nova forma de fazer, de ser assistida e por vezes, quase sempre invisível ou não valorizado por gestores e profissionais de saúde, sentimos a construção instituinte das possibilidades que os casos de saúde mental nos trazem na ABS, revelando inclusive a diversidade e a multiplicidade das práticas sociais que fogem das nossas explicações.

Dessa maneira, para tentar estabelecer um novo laço entre a avó Tulipa e os trabalhadores, incentivamos que ela participasse das atividades de Artesanato. E de lá, ela foi caminhando com mais autonomia nos outros grupos que foram se formando na ESF, sendo atualmente uma das líderes do Grupo de Mulheres, que surgiu em outubro de 2016, junto à Vigilante de Endemias. Percebemos a potência dos grupos quando existe a promoção de cuidado com a vida em si, com suas formas de ser, potencializando suas singularidades. Tulipa participava de forma ativa. Compreendemos que existe a mudança nas relações dos usuários consigo mesmos, com o tratamento porque passam a se colocar como sujeitos agentes de sua saúde. Foi em um desses Encontros de Mulheres que Tulipa trouxe a demanda de seu outro filho, Lírio, que já morava em Marília há alguns anos e tinha família, mulher e três filhos, que residiam próximos, mas na área de uma UBS.

Tulipa disse que a família de Lírio estava para ser despejada e que ele estava desempregado e fazendo consumo abusivo de substâncias. A enfermeira realizou uma VD, a queixa apresentada por ele no primeiro momento era de que ele não tinha mais relações sexuais com a esposa. Na investigação, a enfermeira conseguiu adentrar o território do uso abusivo de substância e levar Lírio e sua mãe Tulipa à unidade para acionar o SAMU e levá-los ao hospital, com a possibilidade de interná-lo. Vale ressaltar que Lírio queria a internação para não ficar na casa da mãe.

Havia uma demanda social porque Lírio foi mandado embora do emprego. Mesmo com o seguro-desemprego, não pagou alugueis e estava para ser despejado da casa. Nessa condição, passou a fazer uso abusivo de drogas, chegando a vender as coisas de sua casa. A esposa de Lírio conseguiu um trabalho e pediu para que a patroa ajudasse no aluguel de uma casa pra ela e as crianças. Lírio não sabia onde seus filhos estavam efetivamente e também não tinha condição de criá-los, nem ficar na casa de sua mãe.

Nesse dia, os residentes estavam de Plantão no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas, das 18h às 22h e encontramos dona Tulipa, que acompanhava Lírio. Chegando ao hospital, Lírio foi medicado, apresentava diversos espasmos pelo corpo e não conseguia conversar conosco. Pedimos para que dona Tulipa voltasse para casa e que no dia seguinte Lírio comparecesse à unidade para conversarmos sem que estivesse sob o efeito da medicação.

No dia seguinte, dona Tulipa chegou com Lírio e relatou algumas questões de sua família: ele acreditava que os filhos não eram dele, já que não tinha relação sexual há anos. Também disse que desde adolescente fazia uso de álcool incentivado pelo pai, que no sertão, para aguentar o trabalho, sempre usou crack. Trabalhava com maquinário pesado e sempre teve bons empregos, viajando muito pelo Brasil, mas acabava gastando com a droga. Lírio mostrou-se muito ansioso com a possibilidade de ir para internação, achando essa a única solução para o tratamento. Contou que já ficou sem uso por três anos por conta própria. Falamos então da possibilidade do CAPS-AD e que, talvez dali, se eles avaliassem que era o melhor, eles indicariam internação e auxiliariam nessa possibilidade. Dessa forma, dona Tulipa e Lírio foram até o CAPS-AD, portando o encaminhamento elaborado pela enfermeira.

A enfermeira desse serviço acolheu no referido equipamento e sua impressão foi de que Lírio estava muito ansioso e projetava tudo na esposa que ninguém sabia onde estava. Observou também que Lírio *passava a mão na cabeça (sic)* do filho, minimizando muitos aspectos do

mesmo. Percebeu-se pouca compreensão por falta de recursos intelectuais da parte de Lírio. Ainda assim, ele saiu do CAPS-AD com remédio para alguns dias, com consulta agendada para o dia seguinte com médico psiquiatra, mas ainda pedindo pela internação. O serviço orientou que isso só iria acontecer se passasse pelo Pronto Socorro do Hospital das Clínicas novamente.

No dia seguinte, sexta-feira, a Psicóloga foi à casa de Lírio, que estava saindo para ir à unidade, acompanhado de Dona Tulipa e Girassol. Seu Girassol e Dona Tulipa iriam no centro e Lírio faria uma coleta de sangue no posto. Indagado em relação ao motivo, Lírio contou que a recepcionista da unidade tinha dado a possibilidade de ele ser internado na Comunidade Terapêutica que fica em cidade próxima, que a própria recepcionista havia pago seu Psiquiatra e que dona Tulipa iria atrás do benefício da previdência social, que lhe daria o seguro desemprego e que metade ficaria com a Comunidade, e a outra metade para a família.

Não interferimos em tal posição, acolhemos a demanda que ele trazia em relação à felicidade de ter um lugar para que ele pudesse se tratar e que mesmo não sendo de sua religião - o mesmo se declarava católico e a Comunidade era evangélica -, ele seguiria o tratamento. Ficou tudo certo para que Lírio fosse para a Comunidade durante os próximos dias. Dona Tulipa questionou sobre o exame que Lírio iria fazer, se era o *“exame que descobria se ele era os pais das crianças”* (sic). A enfermeira explicou sobre os exames que ele faria e acolheu a demanda sobre sua dúvida quanto à paternidade de Lírio.

Na quarta seguinte, voltamos à casa de dona Tulipa, que contou que seu filho foi à Comunidade Terapêutica. Mas ela não sabia muito bem como funcionava: horários, se precisaria levar algo, se ele comia lá, passava por médicos e se iríamos lá visitá-lo. Dissemos que esse serviço não era ligado à unidade de saúde⁴, mas que poderia-

⁴ A época, sob a portaria n.º 3088/2011, a Rede de Atenção Psicossocial não incluía entre seus equipamentos a Comunidade Terapêutica. Essa foi inserida, mesmo após discussões contrárias e resistência por parte de diversos segmentos sociais e da saúde, na portaria de n.º 3588/2017.

mos auxiliá-la para chegar lá e saber o que perguntar, como descobrir a rotina do seu filho etc.

Dona Tulipa relatou alucinações visuais que Lírio tinha nos últimos dias, que se sentia persecutório, que não se sentiu acolhida pelo CAPS-AD, que estavam sem dinheiro, e que Lírio a culpou muito nos últimos dias sobre coisas do passado, como se ela fosse responsável por ter permitido que ele fizesse escolhas “erradas” na vida, como beber ainda muito jovem, assumir filhos que não sabia se eram dele. Dona Tulipa ficou bastante fragilizada, tanto por deixá-lo ir quanto por estar sozinha na casa. Acolhemos sua demanda, tentamos fazê-la refletir sobre a questão familiar e não assumir mais cargas. A mesma se encontrava sozinha e fragilizada, não conseguia administrar bem o que fazer.

Dona Tulipa deixou de ir aos Grupos de Artesanato e foi deixando também de frequentar o Grupo de Mulheres, no qual por vezes estava muito ativa. Por fim, uma semana e meia depois, dona Tulipa e Lírio foram embora, em um transporte clandestino, de novo pras Minas Gerais.

Levamos em reunião de equipe a questão da Internação Voluntária numa Comunidade Terapêutica e a falta de assistência à família que gerou um estado emocional de fragilidade na mãe, que ficou sem o filho. Foi somente justificado o motivo de ele ter sido internado e que aquela era a forma como foi possível seguir o caso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada por essa pesquisa-intervenção nos possibilitou identificar diversos pontos a serem considerados no movimento de planejamento por meio da análise da produção de cuidado:

- a “resolução do caso” atingida na unidade de saúde pode ser retratada pela ansiedade da equipe por uma resolução rápida e de pouca responsabilização da equipe pelo usuário e do usuário pelo seu projeto. A narrativa dos encaminhamentos: à psicologia ou a outros serviços;

- as dificuldades de todos os serviços em lidarem com as demandas de saúde e sociais na produção de cuidado em saúde mental vivida no consumo de substâncias. Esse funcionamento gera um nomadismo, cujas funções são reduzir a superfície de contato equipe-usuário e atrofiar a corresponsabilização, evitando os sentimentos negativos oriundos da frustração da recaída. A narrativa da abstinência-recaída e da alta exigência;
- o atendimento realizado no Pronto Socorro, caracterizado pelo preconceito e pelo estigma, concretizado nas horas de espera na sala de medicação sem que houvesse um contexto justificável para tal e os efeitos sedativos exacerbados observados após a prescrição-administração do medicamento. A narrativa do moralismo e do poder-saber médico-psiquiátrico;
- várias fantasias foram sendo geradas nos pacientes do imaginário dos filhos serem ou não dele e que no posto iriam fazer essa avaliação, dar essa resposta. Nesse rumo, o forte imaginário compartilhado por usuários e parte da equipe de que a internação iria salvar tudo. Questões sociais e da drogadição sem uma escuta qualificada, ou pelo menos para tentar entender sobre seu pedido de internação. A escuta foi feita de uma forma assistencialista e que não criou autonomia de andar do usuário, mas o deixou estático, esperando que a Unidade resolvesse seus problemas.

Por diversas vezes nessa pesquisa-intervenção, conseguíamos traçar muitas outras formas de cuidado pautados em outros caminhos. Mas, houve entraves importantes a serem considerados, como o assistencialismo, a comunicação confusa dos trabalhadores entre si, das equipes entre si, entre trabalhadores e usuário-família, entre os serviços; uma rede de atenção desarticulada e a produção de cuidado sem produção de subjetividade (heteronomia). Embora saibamos que nem sempre poderemos dar conta de todas as demandas dos usuários, é a ABS que deveria acolhê-los, articular e organizar os equipamentos que constituem a rede dos usuários.

Fica clara a necessidade de apoio à ABS: apoio da gestão, apoio dos outros equipamentos de saúde, sejam eles da Atenção Básica, como o NASF, ou de nível especializado, como os CAPS. Há que se investir na formação dos profissionais dos vários serviços, que ainda parecem ter medo e preconceitos em relação aos usuários da saúde mental. É necessário construir a postura ética-estética e política da empatia, do acolhimento e da corresponsabilização. Para isso, é preciso investir em Educação Permanente em Saúde, evidenciando experiências exitosas que a equipe vem conseguido construir para motivá-la e ressignificar seus lugares no cuidado.

É fundamental construir fluxos da entrada do usuário na ESF, da demanda que ele traz, daquilo que é possível fazer e capacitar para que todos façam. A importância da ABS na Rede de Atenção à Saúde é inquestionável, mas o acolhimento ainda se constitui como desafio na construção desse cuidado integral que se preza.

A Cartografia consegue contemplar todo esse campo de reflexão que acompanhou movimentos nos territórios físicos e existenciais, buscando aproximá-los e articulá-los. Não era possível trazer respostas prontas ao estudo, a intenção era trazer a reflexão, discussão e um repensar de práticas de cuidado à saúde mental na ABS, um campo inquietante e instigante. Para que haja ações singulares na saúde mental, é necessário que haja mudanças em relação ao território existencial de todos, onde o espaço de desterritorialização torne-se potência para que haja um compromisso de articulação e compartilhamento de experiências, e assim, a possível mudança que queremos viver.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. ed. 8 reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.
- BRASIL. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

- BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. **Decreto nº 7508 do de 28 de junho de 2011 que regulamenta a lei 8080 de 1990**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. **Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012**. Define diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **Portaria 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CAMPOS, R. O; GAMA, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G.W.S; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.) **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008. p.221-246
- CECÍLIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. **Os mapas do cuidado: o agir leigo da saúde**. São Paulo: Hucitec: FAPESP; 2014.
- CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v.17, n.44, p.61-73. 2013.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs 1**. São Paulo: Ed. 34, 2000.
- DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 3, n. 1, p. 53-81. 2008.
- FARINA, C. Arte e formação: uma cartografia da experiência estética atual. In: **31ª Reunião Anual da ANPED**, 2008, Caxambu – MG. Constituição brasileira, Direitos humanos e Educação, 2008
- FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.
- FIGUEIREDO, M. C. B.; et al., **Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.
- GILLES, D.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2**. Vol 1. São Paulo: Editora 34, 2017.
- MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.
- MOLCK, B. V.; BARBOSA, G. C.; DOMINGOS, T. S. Psicotrópicos e atenção primária à saúde: a subordinação da produção de cuidado à medicalização no contexto da Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 25, e200129. 2021.

MOREIRA, J. O.; ROMAGNOLI, R. C. N.; OLIVEIRA, E. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 4. p. 608-621. 2007.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PINI, J.S.; WAIDMAN, M. A. P. Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia Saúde da Família ao portador de transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 372-9. 2012.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina, 2006.

SOUZA T. P., CARVALHO S. R. Apoio territorial e equipe multirreferencial: cartografias do encontro entre o apoio institucional e a redução de danos nas ruas e redes de Campinas, SP, Brasil. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 18, suppl. 1. p. 945-56. 2014.

AUTORES DO VOLUME 2

Adriana Magali Dezotti Batista	Terapeuta ocupacional, Mestre em Ensino em Saúde pela Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Terapeuta Ocupacional no CAPS II de Marília-SP.
Adrieli Cristina Jacomini	Enfermeira, especialista em saúde mental pela Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Experiência na área de enfermagem clínica e psiquiátrica.
Fabiane Mie Kajiyama	Médica, graduada pela Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Residente de Medicina de Família e Comunidade pela Prefeitura de Londrina-PR.
Ieda Francischetti	Médica, Pós-Doutorado em Educação Médica no <i>Dieter Scheffner Center for Medical Education and Educational Research Charité – Charité-Universitätsmedizin</i> – Berlin. Docente na graduação e pós-graduação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema).
Igor Martins Duca Faria	Psicólogo, especialista em Psicologia Clínica e Saúde Mental pelo Programa de Aprimoramento Profissional - PAP/ Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), no município de Marília-SP.
Laura Reyes González	Médica, graduada pela Faculdade de Medicina de Marília (Famema).
Leonardo Haddad da Costa Barros	Psicólogo, Mestre em Ensino em Saúde pela Famema. Psicoterapeuta clínico, atuando em consultório particular no município de Marília-SP.
Marcel Porto de Cerqueira Leite	Médico, graduado pela Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Residente de Medicina de Família e Comunidade pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (SMS-Rio).
Márcia Aparecida Padovan Otani	Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (FCM-Unicamp). Docente da Faculdade de Medicina de Marília (Famema).

Mariana Peretto dos Santos	Psicóloga, especialista em Saúde Mental pelo Programa de Aprimoramento Profissional – PAP/ Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Foi psicóloga do CRAS de Votuporanga de janeiro de 2012 a janeiro de 2015.
Mariana Sena Rico	Médica, Graduada pela Faculdade de Medicina de Marília (Famema).
Marina Nahas Mega	Médica, graduada pela Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Residente de Psiquiatria pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).
Mayara Lopes Vianna	Psicóloga, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo. Psicóloga da Saúde do Trabalhador na Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI.
Nayara de Fátima Mazini Ferrari	Enfermeira, Mestre em Ensino em Saúde pela Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Servidora Pública no Departamento Regional de Saúde IX de Marília-SP.
Thiago da Silva Domingos	Enfermeiro, Doutor em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista – UNESP. Docente do Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica da Escola Paulista de Enfermagem – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
Vânia Maria Martins Lopes	Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica. Psicanalista pelo Instituto de Psicanálise Durval Marcondes/SBP - São Paulo. Docente aposentada da Faculdade de Medicina de Marília (Famema).
Vera Lúcia Fedel Parpineli	Psicóloga, Mestre em Psicologia e Sociedade pela Faculdade de Ciências e Letras de Assis/UNESP. Professora Assistente Mestre na Faculdade de Medicina de Marília (Famema).

SOBRE AS ORGANIZADORAS



CAMILA MUGNAI VIEIRA

Psicóloga, Pós-Doutora em Educação pela Universidade Estadual Paulista (Unesp)/Marília, Docente do Departamento de Educação e Desenvolvimento Humano da Unesp/Marília. Docente do Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Famema.



DANIELLE ABDEL MASSIH PIO

Psicóloga, Doutora em Saúde Coletiva pela FMB/Unesp, Botucatu. Professora Adjunta da Faculdade de Medicina de Marília (Famema).



ANA CAROLINA NONATO

Médica, Mestre em “Ensino em Saúde” pela Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Professora voluntária do Núcleo de Saúde Coletiva da Famema.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adoecimento 8, 51, 53, 58, 60, 62, 65, 66, 68, 86, 99, 193

Adulto 38, 40-43

Análise de Conteúdo 56, 58, 98, 116

Articulação 31, 34-37, 105, 115, 124, 129, 131, 132, 143, 145, 155, 159, 160, 179, 185, 202

Artigos 11, 54-56, 61, 62, 65, 76, 83, 89

Atenção Básica 10, 12-14, 19, 25, 28-30, 34, 36, 38, 41, 42, 45, 47-49, 59, 60, 62, 67, 68, 76, 77, 92, 106, 116, 117, 121, 156, 178, 180, 181, 190, 202, 203

Avaliação 14, 26, 36, 48, 54, 58, 62, 66, 67, 84, 117, 122-124, 128, 130-134, 136, 139-157, 164, 194, 201

B

BARDIN 98, 116

BION 110, 116

BRASIL 13-15, 24, 29-35, 39, 41-49, 51, 53, 55, 62, 66, 68, 69, 71, 75, 76, 79, 82, 89, 93-95, 97, 102, 104, 107, 113, 116-119, 122, 137-139, 153, 155, 156, 158, 159, 162, 175, 176, 178-180, 185, 191, 198, 202-204, 206

Biopsicossocial 15, 24, 28

C

CECCIM 136-138, 159, 176

CECÍLIO 197, 203

Cartografia 184, 202-204

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) 33, 48, 95, 180

Clínica 15, 25, 42, 44, 47, 100, 104, 117, 121, 129, 136, 172, 188, 204-206

Competências 10, 46, 122, 152, 156, 158-161, 173-175, 177

Conflito 110, 111, 117, 120, 131

Cuidado 10-12, 14, 26, 30, 31, 33-37, 41-44, 46-50, 52, 53, 55, 56, 62, 63, 66, 67, 69, 76-79, 85, 91-93, 95, 100, 102, 104, 107, 109, 117, 121, 123, 127, 129, 130, 135-137, 139, 142, 153, 155, 158, 178, 180, 182, 184-191, 196, 197, 200-204

Cuidador 113

D

DIMENSTEIN 12, 30, 203

Depressão 7, 12, 15, 17-30, 53

Diagnóstico 7, 10, 15, 16, 19, 21, 23-26, 28-30, 66, 85, 86, 92, 187, 192, 193, 196

E

Educação Permanente em Saúde (EPS) 35, 119, 139, 158

Enfermaria 182

Ensino 10, 58, 89, 122, 132, 135, 139, 140, 145, 150, 151, 162, 175, 177, 205, 206

Equipe 12-15, 19, 20, 24, 25, 28, 29, 38-40, 43, 45, 47-49, 56, 58, 60, 62, 63, 67, 84, 102, 104, 110, 115, 116, 121, 128, 135, 136, 138, 139, 160-162, 164, 167, 170, 173, 176, 182-192, 195, 196, 200-202, 204

Estratégia de Saúde da Família (ESF) 60

F

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA 10, 38, 48, 97, 167, 175, 176, 185, 205, 206

FEUERWERKER 136, 138, 186, 203

Familiares 17, 23, 26, 103, 104, 115, 128, 140, 151, 184

Família 12, 14, 19, 20, 24, 29, 30, 34, 38, 41, 42, 45, 48, 49, 55, 58, 60, 62, 67, 89, 101, 102, 106, 111-114, 175, 177, 180-185, 192-194, 196-200, 203-205

G

GOFFMAN 113, 117

H

Hospital 49, 52, 56, 59, 62, 66, 67, 86, 95, 112, 113, 177, 179, 182, 197-199

I

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA 49

Integral 11, 13, 14, 31, 34, 41-43, 46, 77, 79, 82, 92, 94, 107, 128, 135, 136, 179, 180, 202

Integralidade 24, 25, 33, 34, 48, 81, 118, 137, 139, 155, 187

Intervenção 10, 41, 42, 118-121, 123, 126, 132, 133, 135-138, 142, 144, 145, 149, 154, 164, 167-173

K

KLEIN 111, 112, 117

L

Luta Antimanicomial 32

M

MERHY 48, 136, 138, 187, 204

MINAYO 20, 30, 98, 117, 184, 204

Matriciamento 8, 10, 31, 35, 37-39, 41-47, 49, 121, 129, 136, 189

Ministério da Saúde 12, 14, 25, 29, 30, 33, 41, 42, 47, 66, 116, 119, 122, 137, 139, 155, 158, 176, 181, 203

Mulher 69, 197

Multiprofissional 28, 33, 38, 48, 84, 95, 116, 121, 135, 141, 159, 161-163, 165-167, 174-178, 183

N

Necessidades de Saúde 11, 14, 25, 33, 158, 167, 183

O

Oficina 123-124, 130-132, 142-143

Organização Mundial da Saúde (OMS) 51, 180

P

PITTA 117

Pesquisa de campo 184

Preceptoria 158-164, 167, 172, 174-175, 177

Processo saúde-doença 12, 34, 139

Profissionais de saúde 8, 11, 18, 21, 23, 25, 29, 43, 53, 57, 59-62, 65-67, 79, 81, 95-98, 106, 111, 118, 154, 156, 160, 162, 167, 190, 194, 196-197

Projetos 10, 39, 43, 47, 101, 118, 129, 177

Psicanálise 17-18, 22-23, 30, 123, 127, 142, 206

Psicologia 25, 30, 103, 155, 183, 187-189, 201, 203-206

Psicoterapia 17

Psiquiátrica 13, 31-33, 35, 37, 48, 50, 95-96, 105, 107, 115, 117, 178-179, 182, 202-203, 205

R

Reabilitação 10, 34-35, 95-96, 98-100, 102-111, 114-115, 117, 161, 180

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 33-34, 180

Reforma Psiquiátrica 13, 31-33, 35, 37, 48, 50, 95-96, 105, 107, 115, 117, 178-179, 202-203

Relacionamento 56, 173

Renda 58, 96, 103, 114, 129, 186

Residências 10, 33, 159, 175-176, 182

Revisão integrativa 51, 54, 67-68, 137-138

S

Sistema Único de Saúde (SUS) 10, 12, 32, 47, 79, 94, 118, 139, 158, 179, 203

Suicídio 24

T

TENÓRIO 15, 18, 22, 30, 33, 50

Terapia 17, 26, 52, 57, 59, 62, 67, 103

Território 12-13, 35, 42, 89, 95-96, 101, 118, 129-130, 139, 162, 177, 180-181, 183, 185-191, 197, 202-203

Trabalho 7-8, 12, 14, 16, 20, 29, 32, 36, 38, 45-46, 48, 51-53, 56-68, 89-90, 95-98, 103-104, 106, 108-109, 111-112, 114-117, 119-123, 128, 134-140, 142, 151, 158-167, 170, 173, 176-177, 181, 183-185, 187-188, 190-195, 198, 204

Transexual 75, 93

Transferência 31

Transgênero 75-76

Transtornos mentais 13-14, 29-30, 46, 52, 58-59, 62, 66, 95, 97, 112, 114-115, 178-180

Tratamentos 12, 19, 32, 88

U

Usuários 11-12, 14-15, 19, 23, 29, 33, 35-36, 38, 49, 60, 80, 83, 88, 92, 95, 97, 100-104, 110-112, 115, 117, 128, 136-137, 153, 178, 181-184, 186, 189-190, 197, 201-202

V

Violência 7, 9, 78-79, 81-83, 90, 92-94, 109, 178

ISBN 978-65-5368-179-8



9 786553 681798 >

Este livro foi composto pela Editora Bagai.



www.editorabagai.com.br



[/editorabagai](https://www.instagram.com/editorabagai)



[/editorabagai](https://www.facebook.com/editorabagai)



contato@editorabagai.com.br