



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E SAÚDE NA
AMAZÔNIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E SAÚDE**

ANDREZZA CARVALHO ERVEDOSA

**O PROCESSO DE TRABALHO NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL RENASCER: uma proposta de Educação Permanente em
Saúde**

BELÉM

2014

ANDREZZA CARVALHO ERVEDOSA

**O PROCESSO DE TRABALHO NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL RENASCER: uma proposta de Educação Permanente em
Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gestão e Saúde na Amazônia - Mestrado Profissional como requisito para a obtenção do título de Mestre em gestão e saúde, sob orientação da Prof^ª Dra. Maria Elizabete de Castro Rassy.

BELÉM

2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

E65p Ervedosa, Andrezza Carvalho
O processo de trabalho no centro de atenção Psicossocial
Renascer: uma proposta de Educação permanente em Saúde /
Andrezza Carvalho Ervedosa; orientadora: Prof^a Dra. Maria
Elizabete de Castro Rassy - 2014.
87 f.
Inclui apêndice

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão e Saúde) –
Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na
Amazônia, Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará,
Belém, 2014.

1. Brasil - Saúde Mental. 2. Atenção Psicossocial. 3.
Processo de Trabalho. 4. CAPS Renascer. I. Rassy, Maria
Elizabete de Castro, orient. II. Título.

CDD: 23.ed. 362.20981

ANDREZZA CARVALHO ERVEDOSA

**O PROCESSO DE TRABALHO NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL RENASCER: uma proposta de Educação Permanente em
Saúde**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM GESTÃO E SAÚDE

e aprovada em DATA DA DEFESA, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na Amazônia- Mestrado Profissional em Gestão e Saúde. Área de Concentração: Gestão e Saúde.

Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima
Coordenadora do Programa

Banca examinadora:

Profª Dra. Maria Elizabete de C. Rassy
Orientadora

Profª Dra. Laura Maria Vidal Nogueira
1º Membro

Profª Dra. Lizomar de Jesus Maués P.Moia
2º Membro

Profª Dra. Maria Liracy Batista de Souza
3º Membro

Para Davi,
meu príncipe.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu norte, meu refúgio e minha força.

A Virgem Maria, minha protetora fiel, mãe cuidadora e zelosa.

Aos meus pais Ribamar e Lúcia, fontes de inspiração, pelo amor e apoio incondicionais e por sempre acreditarem em meu potencial.

Ao meu irmão Jorge, um sábio, pela presença e pelas palavras serenas nos momentos de angústia.

Ao meu marido Jader, meu grande amor, meu companheiro na vida, pela compreensão, pelos abraços e sorrisos e por estar sempre do meu lado.

Ao meu filho Davi, fonte de luz, pela generosidade e paciência.

Ao Thor, meu amigão, pelo olhar amoroso e doce.

A professora Dra. Elizabete Rassy, pela parceria, por acreditar e não me deixar desistir.

Ao querido Lucivaldo Araújo, profissional competente e grande amigo, pelas preciosas contribuições e pelo apoio emocional.

Aos meus colegas de trabalho do CAPS Renascer, meus pares, pela cumplicidade.

Às meninas do batom, pelos sorrisos e angústias compartilhados.

A todas as pessoas que tive a oportunidade de acompanhar como psicóloga, que muito me ensinaram e que me estimulam a buscar novos caminhos sempre.

“Quando um homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu EU e as suas circunstâncias”.

Paulo Freire

Resumo

ERVEDOSA, A. C. **O processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Renascer: uma proposta de Educação Permanente em Saúde.** 2014. 87 f. Dissertação (Mestrado em Gestão em Saúde) - Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará- em associação com a Universidade Estadual do Pará e a Universidade Federal do Pará, Belém, 2014.

Considerando que a Clínica da Atenção Psicossocial em Saúde Mental no Brasil, prima por mudanças e transformações nas bases estruturais da atenção ofertada e nesta perspectiva precisa de oportunidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores que privilegiem o encontro de coletivos de saúde visando rever o processo de trabalho e construir atenção psicossocial em saúde mental de forma integrada e ampliada. O presente estudo teve como objetivo estudar o processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Renascer à luz da pesquisa-ação. Neste sentido, propôs: problematizar o processo de trabalho no CAPS Renascer; identificar estratégias para o desenvolvimento das ações necessárias à superação dos problemas identificados e realizar as ações propostas em conformidade com as estratégias estabelecidas. Assim, foi realizado um estudo na abordagem qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, baseado no método da pesquisa-ação. Desta forma, participaram da pesquisa os profissionais que compõem a equipe multiprofissional de saúde do CAPS Renascer, um usuário e um familiar, além de estagiários e seus professores e residentes de Saúde Mental em trânsito no CAPS. A captação de informações ocorreu ao longo do desenvolvimento da pesquisa, sendo gravada em áudio, posteriormente transcrita e tratada mediante a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009), no formato temático-categorial. Os resultados obtidos foram discutidos à luz do referencial teórico de Paulo Freire e Emerson Elias Merhy e dos conceitos desenvolvidos por Ricardo Burg Ceccim, considerando também a orientação das Políticas Públicas de Saúde Mental e Educação Permanente em Saúde (EPS). Este estudo proporcionou o delineamento de duas categorias temáticas e seis subcategorias, a primeira categoria temática que discute o processo de trabalho no CAPS Renascer e suas articulações com a gestão, a equipe de saúde e o usuário e a segunda categoria temática que apresenta a EPS como uma estratégia de melhoria do processo de trabalho no CAPS Renascer. Destacam-se como resultados: a criação de um Grupo de EPS no CAPS Renascer; a construção de um Plano de EPS para ser desenvolvido neste serviço e a realização e continuidade das Rodas de Conversas no CAPS Renascer e também entre os CAPS III do Pará. Observa-se que a Educação Permanente em Saúde emergiu como proposta e demonstrou ser uma estratégia potencialmente capaz de contribuir com a formação e o desenvolvimento profissional dos trabalhadores, favorecendo mudanças nos processos de trabalho e transformações das práticas e dos serviços de saúde. Assim sendo, oferece possibilidades concretas de articulação da Rede de Atenção Psicossocial, contribuindo para o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental e para a consolidação da Clínica da Atenção Psicossocial em Saúde Mental no Estado do Pará.

Palavras-chave: Processo de Trabalho, Educação Permanente em Saúde, Saúde Mental.

Abstract

ERVEDOSA, A.C. **The work process in Psychosocial Care Center Renascer**: a proposal of permanent education in health. 2014. 87 f. Dissertation (Master course in Health Management) - Santa Casa de Misericórdia of Pará Foundation in association with the University of the State of Pará and Federal University of Pará, Belém, 2014.

Whereas the practice of psychosocial care in Mental Health in Brazil, press for changes and transformations in the structural bases of the attention offered and therefore need training and development opportunities that emphasize workers' collective health meeting aimed at reviewing the work process to build psychosocial care in mental health in an integrated and expanded manner. The present study aimed to study the work process in psychosocial attention Center (PSAC) RENASCER based on the action research. In this sense, proposed: **PROBLEMATIZING** the work process in the PSAC Renascer; identify strategies for the development of the actions needed to overcome the identified problems and perform the actions proposed in accordance with the established strategies. Thus, we conducted a study on qualitative, exploratory-descriptive, and based on action research method. In this way, participated in this research the professionals who make up the multidisciplinary health team in PSAC Renascer, one user and a familiar, besides trainees and their teachers and transitory medical residents of Mental Health in PSAC. The capture of information occurred along the development of research, being recorded in audio, and later transcribed and treated by the technique of content Analysis proposed by Bardin (2009), in the thematic categorical format. The results were discussed based on the theoretical framework of Paulo Freire and Emerson Elias Merhy and concepts developed by Ricardo Burg Ceccim, also considering the orientation of public policies on Mental Health and permanent education in health (HPE). This study resulted in the delineation of two thematic categories and six subcategories, the first thematic category that discusses the process of work in PSAC and your joints with Renascer's management, health team and the user, and the second thematic category which presents the HPE as a strategy to improve the work process in PSAC Renascer. Stand out as results: creating a group of HPE in PSAC Renascer; building of a plan of HPE to be developed in this service and the completion and continuity of conversations in PSAC Renascer and also between the PSAC III of Pará. It is observed that the permanent education in health emerged as a proposal and proved to be a strategy potentially able to contribute to the training and professional development of employees, favoring changes in work processes and transformations of the practices and health services. In this sense, offers concrete possibilities of articulation of psychosocial care network, contributing to the strengthening of the national policy for Mental Health and for the consolidation of the Clinic of psychosocial care in Mental Health in the State of Pará.

Keywords: Work process, permanent education in health, Mental health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEP - Comitê de Ética e Pesquisa
DABEL - Distrito Administrativo Belém
DAENT - Distrito Administrativo Entroncamento
DASAC - Distrito Administrativo da Sacramenta
EPS - Educação Permanente em Saúde
FHCGV- Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna
FSCMPA - Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS - Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
OMS - Organização Mundial de Saúde
PEPS - Política de Educação Permanente em Saúde
PNEPS- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNSM - Política Nacional de Saúde Mental
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
SESMA - Secretaria Municipal de Saúde de Belém
SESPA - Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPA - Universidade Estadual do Pará
UFPA - Universidade Federal do Pará
URPS - Unidade Estadual de Referência Psicossocial
URs - Unidade de Registros

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|----|
| 1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS | 13 |
| 1.1 | APROXIMAÇÃO DO TEMA..... | 13 |
| 1.2 | PROBLEMÁTICA..... | 17 |
| 1.3 | JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA..... | 19 |
| 1.4 | OBJETO DE ESTUDO..... | 20 |
| 1.5 | QUESTÃO NORTEADORA..... | 20 |
| 1.6 | OBJETIVOS | 20 |
| 1.6.1 | Objetivo Geral | 21 |
| 1.6.2 | Objetivos Específicos | 21 |
| 1.7 | CONTRIBUIÇÕES..... | 21 |
| 2 | CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO | 22 |
| 2.1 | SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | 22 |
| 2.2 | A PERSPECTIVA HISTÓRICA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL | 23 |
| 2.3 | POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL..... | 24 |
| 2.3.1 | Lei 10.216 / 2001 | 24 |
| 2.3.2 | Portaria nº 3.088/ GM/ MS 2011 | 25 |
| 2.3.3 | Portaria nº 336/GM/2002 | 26 |
| 2.4 | O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL | 27 |
| 2.5 | EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE | 27 |
| 2.6 | POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE | 30 |
| 2.6.1 | Origem e Objetivos | 30 |
| 2.6.2 | Leis Regulamentadoras | 30 |
| 2.6.2.1 | Portaria nº 198/ GM/ MS/ 2004..... | 30 |
| 2.6.2.2 | Portaria nº 1.996/ Gm/ MS/ 2007 | 31 |
| 3 | REFERENCIAL TEÓRICO | 32 |
| 3.1 | TEORIA DE PAULO FREIRE | 32 |
| 3.1.1 | Círculos de Cultura | 33 |
| 3.2 | O PROCESSO DE TRABALHO À LUZ DE EMERSON ELIAS MERHY | 34 |
| 4 | CAMINHO METODOLÓGICO | 36 |
| 4.1 | TIPO DE ESTUDO..... | 36 |
| 4.2 | CENÁRIO | 37 |

| | | |
|--------------|--|----|
| 4.3 | ATORES SOCIAIS..... | 38 |
| 4.4 | CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO..... | 39 |
| 4.4.1 | Inclusão | 39 |
| 4.4.2 | Exclusão | 39 |
| 4.5 | CAPTAÇÃO DA INFORMAÇÃO | 40 |
| 4.6 | ASPECTOS ÉTICOS..... | 40 |
| 4.7 | RISCOS E BENEFÍCIOS | 41 |
| 4.8 | ANÁLISE DE DADOS | 42 |
| 5 | DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO | 44 |
| 5.1 | INSTITUCIONALIZANDO A PESQUISA..... | 44 |
| 5.2 | RECONHECIMENTO DO CONTEXTO | 45 |
| 5.3 | PROBLEMATIZANDO O PROCESSO DE TRABALHO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RENASCER..... | 47 |
| 5.4 | O PROBLEMA PRÁTICO | 48 |
| 5.5 | DEFININDO A AÇÃO..... | 48 |
| 5.6 | AÇÃO | 49 |
| 5.6.1 | Planejamento para o desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde | 50 |
| 5.6.2 | Justificativa | 50 |
| 5.6.3 | Objetivos | 50 |
| 5.6.4 | Estratégias | 50 |
| 5.6.5 | Local | 51 |
| 5.6.6 | Participantes | 51 |
| 5.6.7 | Temas | 51 |
| 5.6.8 | Cronograma | 51 |
| 5.7.1 | Primeira Ação | 52 |
| 5.7.2 | Segunda Ação | 53 |
| 5.8 | AVALIAÇÃO DAS AÇÕES..... | 54 |
| 6 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 57 |
| 6.1 | CATEGORIA TEMÁTICA I – O PROCESSO DE TRABALHO NO CAPS RENASCER..... | 57 |
| 6.1.1 | Subcategoria 1- O processo de trabalho e a Gestão | 58 |
| 6.1.2 | Subcategoria 2- O processo de trabalho e a Equipe Multiprofissional de Saúde | 60 |

| | |
|--|-----------|
| 6.1.3 Subcategoria 3 - O processo de trabalho e o Usuário | 62 |
| 6.2 CATEGORIA TEMÁTICA II – A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE MELHORIA DO PROCESSO TRABALHO NO CAPS RENASCER..... | 64 |
| 6.2.1 Subcategoria 1- A criação de um Grupo de Educação Permanente em Saúde..... | 65 |
| 6.2.2 Subcategoria 2- A elaboração do Plano de EPS para o CAPS Renascer | 67 |
| 6.2.3 Subcategoria 3 - A interlocução do CAPS Renascer com os outros CAPS III | 69 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 72 |
| REFERÊNCIAS | 76 |
| APÊNDICES | 83 |

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 APROXIMAÇÃO DO TEMA

O interesse pela Saúde Mental advém da minha experiência profissional há catorze anos vivenciada no Sistema Único de Saúde (SUS) nesta área, na qual tive a oportunidade de atuar nos diversos níveis de atenção e gestão, desde a atenção direta ao usuário até o desenvolvimento de ações de planejamento, acompanhamento, orientação, supervisão e avaliação de serviços de saúde em alguns municípios do Pará.

O primeiro contato que tive com saúde mental ocorreu na Casa Mental da Criança e do Adolescente, instituição gerida pela Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA), onde atuei como psicóloga atendendo crianças, adolescentes e os familiares de pessoas em sofrimento mental.

Em seguida, trabalhei durante um ano na 7ª Regional de Proteção Social, unidade administrativa integrante da estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA). Neste local, fui responsável técnica pelo Programa de Saúde Mental e tive a oportunidade de desenvolver diversas atividades, como: capacitação profissional, treinamento em serviço, supervisão e assessoria técnica aos municípios da Ilha do Marajó-PA.

Posteriormente, exerci a função de técnica de nível superior, por um ano e meio na Coordenação Estadual de Saúde Mental/ SESPA, onde realizei atividades de: planejamento, supervisão técnica, monitoramento, capacitação e organização de treinamentos; ações que envolviam gestão e atenção nos serviços de saúde mental da rede estadual.

No momento, trabalho no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Renascer, instituição de atenção em Saúde Mental do Estado do Pará. Nesta, desempenho a função de psicóloga (membro da equipe multiprofissional de saúde), sou uma das preceptoras da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV) e já fui assessora técnica de direção.

Acrescento ainda que, por dois anos fui supervisora clínico-institucional do CAPS II de Marituba - projeto selecionado e financiado pelo Ministério da Saúde (MS) - que previa a realização de trinta e dois encontros com duas horas de duração, para a supervisão e orientação da equipe multiprofissional de saúde do CAPS.

Ressalto que todo conhecimento em saúde mental que reuni ao longo da minha trajetória profissional advém da vivência cotidiana nos locais de trabalho onde desempenhei minhas atividades profissionais, os quais me possibilitaram aprendizados teóricos e práticos

que favoreceram o meu crescimento e desenvolvimento na área. Neste sentido, informo que minha inserção como servidora concursada na SESP/PA ocorreu de forma automática após a investidura no cargo, sem ter participado inicialmente de nenhum treinamento, capacitação ou qualificação na área da saúde mental, fato muito comum nos serviços de saúde mental do Pará.

Ao longo deste percurso, tive a oportunidade de acumular diversas experiências, participando de inúmeras transformações históricas, políticas, sociais e culturais neste âmbito. Desta maneira, pude observar que a Saúde Mental apresenta um campo amplo em possibilidades de construção de cuidado, produção de saúde e oportunidades de transformações individuais e coletivas no que tange à saúde e à qualidade de vida. Entretanto, observei também que muitos desafios se fazem presente, dificultando o desenvolvimento da área.

Dentre os desafios, aponto a educação dos profissionais de saúde que operam na área da saúde mental. Embora aqui, por vezes reflita e discuta a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da Saúde Mental, é particularmente sobre o processo de trabalho de um serviço de atenção psicossocial em Saúde Mental - Centro de Atenção Psicossocial Renascer- que vou me ocupar concretamente nesta pesquisa.

Nestes anos, em minha vivência profissional pude observar que muitos trabalhadores que laboram na área desconhecem os conceitos e princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ignorando muitas vezes até mesmo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

A Política de Saúde Mental no Brasil se apoia na Lei 10.216 de 04 de junho de 2001, que foi resultado de uma luta social que transcorreu por 12 anos até a sua aprovação no Congresso Nacional (MS, 2013). Conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre os direitos e a proteção das pessoas acometidas por sofrimento mental, assegurando-lhe direitos humanos e civis, respeitando a sua autonomia e garantindo sua liberdade para ir e vir na comunidade.

Desta forma, a Reforma Psiquiátrica Brasileira surge propondo uma ampla mudança no modelo de atenção à saúde mental (MS, 2013), na qual a atenção deve ser ofertada através de uma rede de serviços de saúde inseridos no território, com o intuito de paulatinamente substituir os hospitais psiquiátricos. Além disto, nestes serviços - denominados substitutivos - deve-se oferecer atendimento humanizado, visando à recuperação da pessoa, através do apoio familiar, da inserção no trabalho e do convívio na comunidade.

Neste cenário, julgo imprescindível abordar questões referentes à educação dos profissionais de saúde que atuam na área da saúde mental, visto que foi proclamada a mudança, cabe cuidar dos agentes sociais transformadores – neste caso os trabalhadores - com a finalidade de garantir que as antigas práticas manicomialis não vão ser reproduzidas nos novos serviços da Rede de Atenção Psicossocial de Saúde Mental.

Assim, pensar a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para a área da saúde mental exige considerar questões importantes, como: quem estamos querendo formar e desenvolver ? Com que objetivo? De que maneira? Para realizar que tipo de trabalho?

Recentemente, concluí a especialização denominada “Educação na Saúde para Preceptores do SUS”, proposta pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio-Libanês. Nesta, tive a oportunidade de ampliar meus conhecimentos sobre a educação profissional em saúde, discutindo conceitos e informações sobre metodologias pedagógicas de aprendizagem e políticas nacionais aplicadas à área da educação na saúde no Brasil.

Foi então que finalmente tive contato com a Educação Permanente em Saúde (EPS) e a partir das leituras descobri que segundo Ceccim; Ferla (2009) esta pode ser vista como uma prática de ensino-aprendizagem e também como política de educação na saúde.

Como prática de ensino-aprendizagem corresponde à construção de conhecimentos no dia a dia do trabalho, fruto das interrogações dos trabalhadores mediante enfrentamento dos problemas cotidianos nas instituições de saúde. Neste sentido, ressalto que a produção do conhecimento advém da problematização/reflexão/elaboração/crítica e do debate sobre as experiências concretas dos próprios trabalhadores no cotidiano do seu trabalho (CECCIM; FERLA, 2009).

Como política de educação na saúde diz respeito à colaboração do ensino no fortalecimento SUS, já que opera como uma estratégia para formação e desenvolvimento dos recursos humanos do SUS (CECCIM; FERLA, 2009).

Nesta perspectiva, falar de EPS significa articular aprendizado e reflexão crítica sobre o trabalho; ao mesmo tempo em que significa também pensar em formas de dar resolutividade à clínica do SUS, criando e desenvolvendo meios de assegurar sua consolidação (BRASIL, 2004).

Em se tratando da área da saúde mental, estes conceitos são preciosos, pois representam a possibilidade de problematizar o *processo de trabalho* realizado diariamente na rede de serviços de saúde, oportunizando a reflexão e a discussão coletiva sobre as

dificuldades encontradas para a realização da Clínica da Atenção Psicossocial em Saúde Mental no Brasil.

Considerando que um dos principais objetivos da Política Nacional de Saúde Mental é sustentar um programa permanente de formação de recursos humanos para atuar na reforma psiquiátrica (MS, 2013), julgo primordial atentar para a forma como vêm sendo trabalhadas as questões pertinentes à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores com vistas à atuação na área da saúde mental no Brasil.

Ratifico que a formação dos trabalhadores da saúde deve possibilitar a liberação do seu potencial, o aprimoramento da sua capacidade crítica, a construção de projetos e a sua “emancipação”, Amarante, 2008 (p.66) e as atividades voltadas para o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde devem funcionar como um recurso capaz de melhorar, fortalecer e transformar pessoas, coletivos, instituições e sociedade em geral.

No que tange à área da saúde mental, Amarante (2008) pondera a importância de problematizar e difundir as novas políticas e os novos princípios sobre saúde mental, loucura, assistência e cuidado nos processos formativos. Pois, trata-se de criar novos espaços - os serviços substitutivos - que comportem a nova lógica da Saúde Mental que deve vigorar dentro do território brasileiro.

Todavia, falar de novos espaços e nova lógica, implica em falar de novas práticas, que inclusive substituam as práticas já existentes (CECCIM, 2010). Então, trata-se de pensar, fabricar e consolidar uma nova clínica - a Clínica da Atenção Psicossocial em Saúde Mental - que considere e funcione de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Merhy (2004) afirma que apostar alto assim, representa acreditar na construção de novos coletivos de trabalhadores de saúde, no campo da saúde mental, que consigam com seus atos vivos, tecnológicos e micropolíticos do trabalho em saúde, produzir mais vida e impedir a produção manicomial, onde quer que ela ocorra.

Nesta perspectiva observo que os trabalhadores da área da saúde mental necessitam criar espaços que possibilitem a problematização do processo de trabalho desenvolvido nos serviços de atenção psicossocial, de modo que o trabalho venha para o centro das discussões, tornando-se alvo de interrogações e questionamentos. Digo isto, porque acredito que este movimento que parte das inquietações e vivências diárias dos trabalhadores advindos da labuta nas instituições de saúde – neste caso de Saúde Mental - pode promover a construção coletiva de conhecimentos, ampliar concepções, modificar técnicas e transformar práticas de trabalho.

Posto isto, reitero meu desejo de aqui esmiuçar mais esta temática, com o intuito de pensar e discutir o processo de trabalho desenvolvido no cotidiano dos serviços de saúde mental.

1.2 PROBLEMÁTICA

Há catorze anos laborando na área da saúde mental, percebi que entre os profissionais de saúde, gestores, familiares e usuários desta área, circulam inúmeras concepções ideológicas, diversas linhas de posicionamento político-social e uma variedade de formas de atuação/intervenção profissional; tudo isso dentro de um cenário cultural multifacetado e idiossincrático que corresponde ao contexto brasileiro.

Esta miscelânea de conceitos, ideologias, posições políticas, posicionamentos sociais, formas de intervenção e práticas profissionais podem promover tanto a produção de subjetividade, o acolhimento à diversidade e a potencialização da criatividade – enriquecendo a Clínica da Atenção Psicossocial em Saúde Mental, como também pode acarretar inúmeras dificuldades no cotidiano dos serviços de saúde – implicando muitas vezes na dificuldade de garantir a integralidade e a equidade nas ações desenvolvidas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); se não forem devidamente pensados, discutidos e compartilhados no âmbito individual, institucional e coletivo.

Descrevo isto porque vivenciei várias situações nas quais pessoas em sofrimento mental necessitando de cuidados foram em busca de assistência e não foram acolhidas em um determinado serviço da RAPS - CAPS, mas foram atendidas em outro CAPS. Acredito que isto ocorra devido à carência de conhecimentos, a pouca experiência técnico-assistencial e a concepções diferenciadas e até equivocadas sobre os princípios da Reforma Psiquiátrica e as diretrizes da Política de Saúde Mental do Brasil por parte de alguns profissionais de saúde da área.

É essencial acrescentar que muitos profissionais de saúde com os quais trabalhei, não optaram inicialmente por laborar na Saúde Mental, tendo fortuitamente “caído” nesta seara. Além disto, a maioria, como eu, não recebeu inicialmente qualquer treinamento, capacitação ou qualquer outro tipo de oportunidade de desenvolvimento profissional para atuar nesta área.

Advirto que tal situação poderia não ser um entrave se constantemente fosse oportunizado aos trabalhadores atividades de educação na saúde, com a finalidade de ampliar o conhecimento destes e trabalhar conceitos e noções fundamentais sobre a atenção psicossocial em saúde mental preconizada nos dias de hoje.

Existem ainda os casos de profissionais que laboram há muito tempo na área, mas que não tiveram a possibilidade de participar de atualizações, cursos, especializações, residências, enfim, algum tipo de proposta de educação na saúde e acabam por reproduzir as mesmas práticas desenvolvidas nos antigos manicômios tão combatidas na atualidade.

Aqui não pretendo me ater à quantidade de propostas de educação na saúde ofertadas ou não na área da saúde mental, pois meu olhar se inclina muito mais para a reflexão sobre a qualidade e o formato dos processos educativos desenvolvidos na área. Nesta perspectiva, penso que precisamos de formação e desenvolvimento profissional que desafie os trabalhadores a assumir o protagonismo nos serviços de saúde, realizando ações que de fato promovam transformações nos cenários do SUS e produzam saúde de forma ampliada.

Neste momento, pondero o formato das oportunidades de formação e desenvolvimento proporcionado aos trabalhadores da Saúde Mental e do SUS como um todo no Pará. De acordo com Castro; Silva (2012) existe certa resistência na SESPÁ em pensar a educação dos profissionais de saúde fora do modelo hegemônico-tradicional.

Neste sentido, considero que o modelo disponibilizado não se harmoniza com as atuais necessidades de educação dos profissionais de saúde que laboram na área da saúde mental, uma vez que se almeja fortalecer a Reforma Psiquiátrica no Pará / Brasil. Digo isto, porque percebo na minha vivência que tal modelo, na maioria das vezes, não contribui para a mudança das práticas de trabalho, para transformação dos serviços de saúde e para a produção de cuidados em saúde de forma mais ampla.

Ressalto ainda que não estou minimizando a importância de cursos, treinamentos e atualizações na área da saúde mental, pois reconheço a relevância da transmissão do conhecimento técnico-científico e legítimo sua contribuição na qualificação das ações de saúde nos serviços de atenção psicossocial.

Contudo pondero aqui, que a Clínica da Atenção Psicossocial em Saúde Mental no Brasil prima por mudanças e transformações nas bases estruturais da atenção ofertada e nesta perspectiva precisa de propostas de educação profissional na saúde que privilegiem o encontro de coletivos de saúde, com o objetivo problematizar o processo de trabalho, visando rever o cotidiano e promover as mudanças necessárias para construir atenção psicossocial em saúde mental de forma integrada e ampliada.

Assim, diante das minhas inquietações, as quais procurei descrever acima partindo da minha experiência e vivência profissional, afirmo meu desejo de conhecer mais e compreender melhor esta realidade. Desta forma, sinto-me instigada a pesquisar: **Como se dá**

o processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva de sua qualificação?

1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Este projeto de pesquisa nasce da minha identificação pessoal com a área da saúde mental e é fomentado pelo meu interesse em ampliar o conhecimento e a compreensão sobre esta realidade, desta forma penso que poderei contribuir para o fortalecimento e a consolidação da Clínica da Atenção Psicossocial em Saúde Mental ofertada no Pará.

Ao longo destes anos desenvolvendo atividades na área, ressalto que a atenção psicossocial em saúde mental no Pará já obteve inúmeras conquistas, mas ainda temos muito que avançar.

Dentre as conquistas, menciono a ampliação da Rede de Serviços de Atenção Psicossocial em Saúde Mental no Estado, que segundo a Coordenação Estadual de Saúde Mental (2012) é composta por: 60 CAPS, sendo trinta e três CAPS I, dezesseis CAPS II, um CAPS III, três CAPS i, seis CAPS ad e um CAPS ad III (tem 5 CAPS no Estado do Pará que estão em processo de habilitação e 6 no processo de implantação no território que ao serem habilitados o Estado contará com 71 CAPS); um Hospital de Referência Psiquiátrica – Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna – com 60 leitos (30 leitos de emergência psiquiátrica, 30 leitos de internação breve e os atendimentos ambulatoriais); uma Unidade Estadual de Referência Psicossocial (URPS) – que possui 23 leitos; uma Residência Terapêutica, Programas de Saúde Mental inseridos nas Unidades Básicas de Saúde municipais e 25 Leitos cadastrados em 13 Hospitais Gerais nos municípios do Pará.

Contudo, observo que muito temos que progredir no que diz respeito à qualidade dos cuidados ofertados nesta rede. Menciono isto sem melindres, pois estou falando de uma clínica relativamente nova, que é a clínica conceitualmente pensada e proposta pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Neste sentido, menciono que a Política Nacional de Saúde Mental baseada na lei 10.216 de 06 de abril de 2001 - dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas acometidas por sofrimento mental, redirecionando o modelo de atenção à saúde mental no Brasil. Tal lei institui a Reforma Psiquiátrica Brasileira, regulamentando ações, determinando responsabilidades e propondo novas formas de atenção e cuidados em saúde mental. Desta forma, cria espaço para a construção de outro olhar para o sofrimento mental, incitando transformações sociais, políticas, ideológicas e culturais.

Segundo Amarante (2008), a reforma psiquiátrica possui muitas dimensões, que envolve aspectos teóricos, conceituais, técnicos, assistenciais e de contracultura. Assim, não se trata apenas de substituir os hospitais psiquiátricos, mas principalmente de construir outro lugar social para o sofrimento humano e seus desdobramentos que, produzidos na vida em sociedade, devem ser assistidos e cuidados na comunidade, pois “o corpo doente é parte do corpo social e é parte viva da comunidade” (ROTELLI, 2008, p.49).

Esta forma de cuidar encontra guarida nos princípios da clínica ampliada, na qual o sujeito é visto como um todo (com seu potencial - saúde e sua vulnerabilidade - adoecimento) que busca harmonizar o enfrentamento da doença juntamente com a produção de vida (BRASIL, 2009). Aqui, oportuniza-se a participação ativa da pessoa na experiência do cuidado, estimulando seu protagonismo e favorecendo sua autonomia.

Contudo, para “construir um novo saber é necessário trabalhar para revirar estes conceitos” (ROTELLI, 2008, p. 39). Portanto, para impulsionar a Clínica da Atenção Psicossocial em Saúde Mental, alicerçada na reforma psiquiátrica, que traz novos conceitos, formas de atuar e lidar com o sofrimento mental – é fundamental refletir, debater e desenvolver ações voltadas para a produção de novas experiências de atenção à saúde mental.

Assim, diante da necessidade de implementar esta Clínica no Brasil, torna-se urgente promover mudanças na atenção psicossocial em saúde mental que sejam capazes de sustentar este novo paradigma de atuação e intervenção.

É nesta perspectiva que apresento a proposta de pensar e discutir, em conjunto com a equipe multiprofissional de saúde, o processo de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial Renascer à luz da pesquisa-ação, visando à consolidação da Clínica da Atenção Psicossocial em Saúde Mental no Pará, de acordo com a PNSM.

1.4 OBJETO DE ESTUDO

O processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Renascer.

1.5 QUESTÃO NORTEADORA

a) Até que ponto o processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Renascer está qualificado para atender o usuário?

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 Objetivo Geral

Estudar o processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Renascer à luz da pesquisa-ação.

1.6.2 Objetivos Específicos

- a) Problematizar o processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Renascer;
- b) Identificar estratégias para o desenvolvimento das ações necessárias à superação dos problemas identificados;
- c) Realizar as ações propostas em conformidade com as estratégias estabelecidas;
- d) Conhecer e socializar a percepção do grupo sobre as possíveis contribuições das ações realizadas.

1.7 CONTRIBUIÇÕES

Esta pesquisa poderá contribuir para a atenção psicossocial em saúde mental à medida que propõe pensar e discutir o processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Renascer. Neste sentido, irá possibilitar aos profissionais de saúde deste serviço refletir sobre o seu cotidiano de trabalho, discutindo e promovendo as mudanças necessárias para a melhoria das práticas de trabalho e para a organização do serviço, oportunizando a construção do conhecimento coletivo e o aprendizado vivencial.

Além disto, também poderá beneficiar o Ensino, posto que a proposta inclui os preceptores, estagiários e residentes em trânsito no CAPS, os quais terão a oportunidade de conhecer, refletir e debater juntamente com a equipe do CAPS sobre o processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Renascer e sua ressonância sobre a atenção psicossocial ofertada neste serviço de Saúde Mental.

Os resultados serão divulgados para a comunidade, o que poderá contribuir para ampliar o conhecimento técnico-científico e apoiar a construção e o desenvolvimento de outras iniciativas deste porte na área da saúde mental.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde resulta de uma luta social encabeçada pelo movimento da Reforma Sanitária nos anos 70, que pretendia derrubar a ditadura militar, conquistar a democracia e buscar melhorias para a saúde da população tão negligenciada nesta época.

No ano de 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que apresenta como objetivo construir subsídios para reformulação do Sistema Nacional de Saúde, gerando elementos que possibilitassem a discussão sobre o conceito de saúde na constituição. Aqui, o propósito é ampliar este conceito, o qual passa a ser defendido como consequência das condições de vida do ser humano, que necessita de moradia, alimentação, trabalho e educação para obter uma vida digna, com seus direitos de cidadão preservados (RASSY, 2010).

Assim, a Constituição de 1988 institui o SUS e através do artigo 196 que estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, o qual deve ser assegurado por meio de políticas sociais e econômicas que busquem reduzir doenças e outros agravos (POLIGNANO, [2008]).

A Constituição define ainda que, as ações e serviços do SUS devem ser parte de uma rede integrada e hierarquizada, que respeite as diretrizes de Descentralização, Atendimento integral e Participação da comunidade, sendo financiada com os recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e outras fontes.

Assim, passa a ser regulamentado por meio das Leis nº 8.080/ 90 e nº 8.142/90 com o firme propósito de garantir o fim da desigualdade na atenção à saúde dos cidadãos brasileiros, assegurando a universalidade, integralidade e equidade no atendimento.

A Lei 8.080 afirma a saúde como um direito essencial do ser humano, cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu exercício, assim dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, regulando a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no território nacional (BRASIL, 1990).

Já a Lei 8.142 delibera sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, dispondo sobre as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990).

2.2 A PERSPECTIVA HISTÓRICA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

No final da década de 70, surge no Brasil o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que tece críticas ao modelo psiquiátrico vigente no país, reivindicando transformações e propondo a reforma na assistência psiquiátrica ofertada em território nacional (AMARANTE, 1996).

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileiro ocorre concomitante ao processo da Reforma Sanitária, contudo possui características bem peculiares e conectado com o cenário internacional, assume uma postura de luta que denuncia o caráter violento incluso na assistência asilar, que centrada no hospital psiquiátrico encarcera os pacientes, destituindo-os de seus direitos e de sua liberdade (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p.6).

Neste contexto, a proposta é desinstitucionalizar o ‘paciente psiquiátrico’. No entanto, é relevante observar que o conceito de desinstitucionalização incorpora diferentes significados ao longo do processo da reforma psiquiátrica no Brasil e é na experiência italiana que encontra força inspiradora para se estruturar e se desenvolver. Neste sentido, o conceito de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica incorpora a busca por transformações técnicas, administrativas, políticas, sociais e culturais.

Na década de 80, em 1987 ocorre em Bauru-SP o II Congresso Nacional do MTSM, que tem como lema “Por uma sociedade sem manicômios” e no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Nesta época, é inaugurado em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil e também é realizada uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico, conhecido pela violência e mortes de pacientes. Este último fato teve ressonância nacional e deu visibilidade ao CAPS, representando concretamente a possibilidade da estruturação de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado introduz no Congresso Nacional o Projeto de Lei que pretende regulamentar os direitos das pessoas com sofrimento mental e acabar gradativamente com os manicômios no país.

Na década de 90, por meio da Declaração de Caracas e II Conferência Nacional de Saúde Mental, o Brasil se compromete e finalmente começa a elaborar normas federais para o estabelecimento de serviços de atenção diária; contudo não há uma norma específica para financiamento destes serviços e também não há regimento que sistematize a redução dos leitos em hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005). Em 2001, após 12 anos tramitando no Congresso Nacional, a Lei 10 216 proposta por Paulo Delgado é finalmente aprovada.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL

2.3.1 Lei 10.216 / 2001

A Política Nacional de Saúde Mental do Brasil se apoia na Lei 10. 216 de 04 de junho de 2001, que regulamenta e protege os direitos das pessoas acometidas por sofrimento mental, redirecionando as ações e os serviços de saúde voltados para a atenção à saúde mental no país.

Neste sentido, suas diretrizes recomendam como modelo de atenção à saúde mental a construção de uma rede de serviços de saúde mental inseridos na comunidade, que garantam cuidados humanizados, visando à autonomia, o resgate da cidadania e a inserção social.

Este modelo é formado por uma rede de serviços, dispositivos, programas e ações de saúde, que pretendem substituir os antigos hospitais psiquiátricos e sua lógica de exclusão e alienação social. Esta rede é composta por: Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e Cultura, Leitos de Atenção Integral e o Programa de Volta para Casa (MS, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013) aproximadamente 2,3% do orçamento anual do SUS é investido na área da saúde mental, com o intuito de reverter o modelo hospitalar e ampliar a rede de serviços na comunidade, dando prioridade a questões relacionadas ao álcool e outras drogas, considerados hoje um problema de saúde pública no Brasil.

Além disto, a PNSM tem como meta: diminuir gradativamente os leitos em hospitais psiquiátricos; ampliar a rede de serviços de saúde mental na comunidade; incorporar programas e ações de saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral para os usuários de álcool e outras drogas, sustentar um programa permanente de formação de recursos humanos para operar a reforma psiquiátrica, assegurar acompanhamento de qualidade ao louco infrator e manter um Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (MS, 2013).

O Brasil ainda tem muitos desafios para enfrentar, dentre eles está: consolidar políticas de saúde para pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e com baixa cobertura assistencial; garantir uma ampla rede de serviços de saúde mental inseridos na comunidade; executar políticas concretas para pessoas em crise social e aumentar os recursos financeiros do SUS empregados na Saúde Mental (MS, 2013).

2.3.2 Portaria nº 3.088/ GM/ MS 2011

Em 23 de dezembro de 2011, o MS homologa no SUS a Rede de Atenção Psicossocial destinada a pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Construída com o intuito de articular e ampliar os pontos de atenção para esta demanda, a RAPS, apresenta como principais objetivos: a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral; a promoção do acesso das pessoas com sofrimento mental e com necessidades ocasionadas pelo uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e a garantia de articulação/integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território (BRASIL, 2011).

Esta portaria tem como diretrizes: o respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia e liberdade; o acesso a serviços de qualidade, que primem pelo cuidado integral, através da assistência multiprofissional, com perspectiva interdisciplinar; a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; o desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social, visando à autonomia e a cidadania; a promoção da equidade; o combate a estigmas e a preconceitos; a diversificação das estratégias de cuidado; o desenvolvimento de ações de Redução de Danos; a priorização pelos serviços de base territorial e comunitária, com a participação e controle social dos usuários e de seus familiares; a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com ações intersetoriais que busquem a integralidade do cuidado; a promoção de estratégias de educação permanente e o desenvolvimento do cuidado a partir da construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011).

A RAPS é composta por: serviços na Atenção Básica (Unidade Básica de Saúde, Equipes de Atenção Básica para populações específicas – Equipe de Consultório na Rua e Equipe de apoio a Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência); Serviços de Atenção Psicossocial Especializada (CAPS); Serviços de Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e Unidades Básicas de Saúde); Serviços de Atenção Residencial de

Caráter Transitório (Unidade de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial), Serviços de Atenção Hospitalar (Enfermaria especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas), Estratégias de desinstitucionalização (Residências terapêuticas) e Reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

A cada ano que passa o Ministério da Saúde prossegue na expansão da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil. Atualmente está rede possui: 1742 CAPS (822 CAPS I, 431 CAPS II, 63 CAPS III, 149 CAPS i, 242 CAPS ad e 5 CAPS ad III), 625 Serviços Residenciais Terapêuticos, 3 961 pessoas são assistidas pelo Programa de Volta Pra Casa, 92 Consultórios de Rua e 640 iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho de pessoas em sofrimento mental (BRASIL, 2012).

2.3.3 Portaria nº 336/GM/2002

Em 19 de fevereiro de 2002, o MS aprova a portaria 336 que estabelece as diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, os quais passam a ser categorizados por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional, obtendo as denominações: CAPS I—para os serviços de atenção psicossocial para atendimento de pessoas com sofrimento mental em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II—para os serviços de atenção psicossocial para atendimento de pessoas com sofrimento mental em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III—para os serviços de atenção psicossocial para atendimento de pessoas com sofrimento mental em municípios com população com mais de 200.000 habitantes; CAPS i—para os serviços de atenção psicossocial que prestam atendimento à crianças e adolescentes com sofrimento mental, referência para municípios com cerca de 200.000 habitantes e CAPS ad – para os serviços de atenção psicossocial que prestam atendimento à pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002).

Esta portaria define critérios de acordo com a modalidade do serviço, normatizando aspectos referentes à estrutura física, ao quantitativo e a formação dos recursos humanos, ao tipo de atendimento em saúde ofertado e as atividades terapêuticas a serem desenvolvidas nestes espaços. Além disto, estabelece que estes serviços devem estar capacitados para realizar primordialmente atendimento a pessoas com sofrimento mental severo e persistente, dentro da sua área territorial, em regime de acompanhamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo (BRASIL, 2002).

2.4 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Considerado como a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica, o CAPS é um dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial, sendo referência no cuidado de pessoas com sofrimento mental. Assim, tem como objetivo realizar o acompanhamento desta demanda, visando à reinserção social pelo acesso ao trabalho, ao lazer, a cidadania, primando pelo fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Esta perspectiva aponta para o caminhar rumo a desconstrução da Clínica Manicomial - hospitalocêntrica, estigmatizante e excludente e no sentido da construção da Clínica da Reforma Psiquiátrica – que prima pelo cuidado humanizado, em liberdade, com autonomia e inclusão social. Desta forma, essa ‘nova clínica’ se constitui na afirmação da necessidade de se produzir outro lugar social para a pessoa acometida pelo sofrimento mental, que seja um lugar de possibilidades e liberdade, pois como diz Rotelli (2008, p.41) “a liberdade é terapêutica”.

Assim sendo, defende que o cuidado em saúde mental deve ser desenvolvido preferencialmente em equipe multiprofissional, com perspectiva interdisciplinar, com o intuito de garantir o olhar ampliado e integrado para as necessidades de saúde do sujeito. Deste modo, prevê que o mesmo seja realizado a partir do Projeto Terapêutico Singular elaborado pela equipe de saúde, com o envolvimento do usuário e da sua família (BRASIL, 2011), visando oportunizar a participação efetiva do sujeito e de sua família na experiência do cuidado, favorecendo sua autonomia e incentivando seu protagonismo e sob esta ótica encontra na clínica ampliada subsídios fortalecer sua prática.

2.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A designação Educação Permanente em Saúde, segundo Ceccim (2004, p. 161), compreende:

A definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

Nesta perspectiva, a EPS congrega trabalho, saúde e educação, com o propósito de criar espaços comuns de discussão e reflexão sobre o dia a dia do trabalho, oportunizando a análise do significado das condutas desenvolvidas no ambiente real das instituições de saúde.

Deste modo, prima pela formação e pelo desenvolvimento dos profissionais da saúde, alicerçado na interrogação e no questionamento de sua atuação profissional, ancorando reflexão crítica a aprendizado, buscando amadurecimento profissional, crescimento coletivo, mudança institucional e transformação social.

Assim, enquanto recurso de ensino-aprendizagem aplicado na área da saúde, a EPS, conforme Ceccim; Ferla (2009) busca no ensino problematizador e na aprendizagem-significativa os subsídios necessários para sua sustentação.

O ensino problematizador é aquele que, por meio da problematização da realidade, procura estimular os sujeitos a refletir e a buscar respostas para apoiá-los no enfrentamento das situações vivenciadas no cotidiano; com o intuito de resolvê-las ou transformá-las. Neste sentido, este propõe a horizontalidade de saberes e fazeres, privilegiando o encontro dos coletivos e a transformação da realidade, Freire (1987, p.39) diz que “a educação problematizadora, coloca, desde logo, a exigência da superação da contradição educador-educandos” e acrescenta que esta “afirma a dialogicidade e se faz dialógica”.

A aprendizagem-significativa por sua vez, concebe o processo de ensino-aprendizagem através da valorização do conteúdo acumulado pelo sujeito ao longo do seu processo de vida (pessoal, profissional, familiar, social); considerando sua habilidade para refletir, discutir e ampliar seus conhecimentos, com a finalidade de resolver problemas e conflitos do cotidiano. Rogers (1991, p. 258), sobre a aprendizagem- significativa declara que:

É uma aprendizagem que provoca uma modificação, quer seja no comportamento do indivíduo, na orientação da ação futura que escolhe ou nas suas atitudes e na sua personalidade. É uma aprendizagem penetrante, que não se limita a um aumento de conhecimentos, mas que penetra profundamente em todas as parcelas de sua existência.

A EPS realiza o encontro entre o mundo da formação e do trabalho, no qual o aprender e o ensinar são vivenciados no dia a dia das instituições e no trabalho. Assim a atualização técnica e o conhecimento científico é um dos pontos relevantes na mudança das práticas, mas não o foco principal; pois a formação e o desenvolvimento profissional incorporam características de produção de subjetividade, de aptidões técnicas, valores éticos e conhecimento do SUS (BRASIL, 2004).

Deste modo, a EPS por meio de sua metodologia promete vincular na prática o ensino, ao trabalho e a cidadania; revigorando a conexão da educação com o trabalho em saúde tão negligenciada ao longo do tempo. Neste sentido, convoca a todos para refletir criticamente

sobre a ética na educação e formação profissional e a responsabilidade de educar e formar, com o propósito de construir e edificar, sem negligenciar o compromisso social.

Ceccim (2010, p.71) diz “a formação tem um lugar de grande relevância na produção de um *corpus* de pensamento, de um *habitus* profissional ou de um *animus* ao trabalho”; logo é fundamental para o crescimento e a transformação de pessoas, coletivos e instituições de saúde.

Amarante (2010) pondera a relevância de estimular na formação profissional a capacidade de hesitar e interrogar a si mesmo, saindo do lugar de ‘dono da verdade’. Desta forma, confirma sustenta a concepção de que a necessidade de formação nunca termina e que é também no cotidiano do trabalho que muitos trabalhadores de saúde aprendem a cuidar de forma humanizada e produtiva.

Neste contexto, a EPS funciona como um disparador, Ceccim, (2010) - que através da problematização e da interrogação constante das práticas de saúde produzidas e realizadas - promove redes de conversação e aproxima coletivos de pessoas que nem sempre atuam no mesmo espaço de trabalho, mas que desenvolvem práticas complementares e que conjuntamente constroem o SUS que temos hoje.

Cabe reafirmar o cenário do SUS como lugar de educação profissional, local de legítimo de aprendizado, lugar de vivenciar experiências profissionais transformadoras e de construir conhecimento, baseado em práticas de cuidados desenvolvidos de forma integrada e coletiva.

Ceccim (2010, p.78) legitima a construção da autogestão nos locais de trabalho e afirma “o reconhecimento de que os lugares de trabalho são lugares em autogestão para que nós nos coloquemos na condição de atores ou de protagonistas do trabalho que fazemos”. Aqui, vale apropriar-se dos serviços de saúde, com o propósito de construir estratégias, de inventar possibilidades, de articular coletivos, de transformar realidades e de produzir saúde.

Para a EPS é fundamental garantir a possibilidade de modificação da realidade das ações e dos serviços de saúde; sempre articulando a formação de perfis profissionais e instituições de saúde com instrumentos que promovam a auto-análise e a autogestão - oportunizando a transformação institucional – através do rompimento com o que está instituído, colocando em jogo a possibilidade de experimentar e de construir, partindo do contexto que está sendo vivenciado (CECCIM, 2004).

Aqui, a proposta é pensar, debater, problematizar e analisar articuladamente a formação, a atenção, a gestão e a participação social. Nesta perspectiva, a EPS “é um processo político-pedagógico” Ceccim; Ferla, (2009) que reúne gestores, trabalhadores e usuários do

SUS; com o propósito de transformar de forma inventiva o cotidiano do trabalho em saúde, construindo concretamente ações e serviços integrados, capazes de produzir cuidado em saúde.

2.6 POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

2.6.1 Origem e Objetivos

De acordo com Ceccim (2005), a origem da Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) como política pública, ocorreu no ano de 2003 quando o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) - do Ministério da Saúde - apresentou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; conseguindo sua aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e a sua legitimação na 12ª Conferência Nacional de Saúde.

A PNEPS representa uma estratégia do SUS para formar e desenvolver os trabalhadores da área da saúde. Por isto, tem como objetivo construir ações que possibilitem a transformação dos processos de formação, das práticas pedagógicas, das ações de saúde e da organização dos serviços de saúde do país. Assim, através da articulação entre: o sistema de saúde, a gestão, as instituições formadoras e a participação social, procura detectar problemas e produzir soluções para o contexto brasileiro (MS, 2013).

Além disto, a PNEPS reconhece e valida o SUS como lugar de educação profissional e estabelece a formação de póloslocorregionais de EPS, que devem atuar de forma cooperativa, elaborando e desenvolvendo ações de forma integrada e coletiva para o ensino, a gestão, a assistência e o controle social (CECCIM; FERLA, 2009).

Aqui, a finalidade é despertar no cenário do sistema de saúde brasileiro atores sociais compromissados, aptos para protagonizar ações de saúde inovadoras, que inspiradas num conceito ampliado de saúde, tragam em seu bojo o potencial para realizar as mudanças necessárias para o fortalecimento e a consolidação do SUS.

2.6.2 Leis Regulamentadoras

2.6.2.1 Portaria nº 198/ GM/ MS/ 2004

Em 13 de fevereiro de 2004, o MS institui a PNEPS e a define como uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor.

Nesta perspectiva, propõe a constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde, formados por: gestores (estaduais e municipais, da educação e da saúde); instituições de ensino da área da saúde; escolas técnicas, de saúde pública e centros formadores das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; núcleos de saúde coletiva; hospitais de ensino e serviços de saúde; estudantes e trabalhadores da saúde; conselhos municipais e estaduais de saúde e instâncias de movimentos sociais (BRASIL, 2004).

A criação destes pólos prima pela aproximação e colaboração entre as instituições acima mencionadas, com vista à construção articulada de processos formativos e educativos na área da saúde; a proposição de políticas e negociações entre instituições de diversos setores - baseadas nos princípios e nas diretrizes do SUS; a promover a formação de gestores para compor rede de atenção à saúde; a estimular mudanças das práticas de educação e de saúde no SUS e nas instituições de ensino; a elaborar políticas de formação e desenvolvimento de formuladores de políticas e a instaurar a pactuação permanente entre os atores da saúde e da educação (BRASIL 2004).

2.6.2.2 Portaria nº 1.996/ Gm/ MS/ 2007

Em 20 de agosto de 2007, o MS aprova a portaria 1.996, que determina novas diretrizes e estratégias para a efetivação da PNEPS no Brasil, procurando adequá-la ao Pacto pela Saúde.

Aqui, são as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) junto com o Colegiado de Gestão Regional que vão direcionar a PNEPS no nível regional, propondo transformações e promovendo a atuação articulada entre gestão e instituições formadoras, superando a lógica das atualizações e capacitações pontuais (BRASIL, 2007).

Nesta portaria, o financiamento federal para PNEPS passa a ocorrer através do Bloco de Gestão do SUS, definido pelo Pacto pela Saúde, com repasse Fundo a Fundo (BRASIL, 2007).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TEORIA DE PAULO FREIRE

Paulo Freire, filósofo e educador brasileiro, considerado um dos maiores pensadores da educação e da pedagogia mundial, foi o idealizador do método de alfabetização de adultos que carrega seu nome.

O Método Paulo Freire afirma que educar é mais que transmitir conteúdos prontos e defende a ideia de que o educando não é um mero receptor no qual o educador vai depositar conteúdos, ‘salvando-os’ da ignorância.

Freire (2011) diz que ensinar não é transferir conhecimentos, mas sim criar espaço para que este seja produzido e acrescenta que não pode reduzir sua prática docente ao ensino de conteúdos, pois acredita que este é apenas um momento da atividade pedagógica e acrescenta que tão importante quanto este momento é o seu testemunho ético ao transmiti-los.

Assim, propõe a necessidade de atrelar o processo educativo à realidade vivenciada pelo educando, de modo a suscitar nele a capacidade de interrogar a realidade, problematizando-a e desenvolvendo o pensar crítico, motivado pela necessidade de transformar a realidade social, política e cultural.

Nesta perspectiva Freire (1967) menciona que a educação deve favorecer ao educando a experiência do debate e da análise dos problemas, lhe propiciando condições de participação e acrescenta que não há nada que mais contradiga e comprometa a emersão popular do que negar estas possibilidades ao educando.

Freire (1967, p.108) diz:

A distinção entre os dois mundos: o da natureza e o da cultura. O papel ativo do homem *em* sua e *com* sua realidade. O sentido de mediação que tem a natureza para as relações e comunicação dos homens. A cultura como o acrescentamento que o homem faz ao mundo que não fez. A cultura como o resultado de seu trabalho. Do seu esforço criador e recriador.

Desta forma, educar é considerado um ato político à medida que possibilita ao homem atuar sobre o mundo produzindo mudanças no cenário social, político e cultural, assim a educação problematizadora se faz num esforço permanente por meio do qual os sujeitos percebem como estão agindo no mundo, com que e em que se acham (FREIRE, 1987).

De acordo com Freire (2011), uma das tarefas mais importantes da prática educativo-crítica é oferecer as condições para que os educandos ensaiem a experiência profunda de

assumir-se como ser social e histórico, que pensa e comunica, capaz de transformar, criar e realizar sonhos.

Freire (2011) afirma que ensinar é uma atitude exigente, difícil e muitas vezes penosa, mas que o educador deve assumir diante dos outros, do mundo e principalmente frente a si mesmo e acrescenta que não existe ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. Estes fazeres estão imbricados um no outro, de modo que ensinar impulsiona a busca e a indagação, pesquisar promove a constatação, possibilitando a intervenção e também a educação. Desta forma, ao pesquisar tenho a oportunidade de conhecer e o que ainda não conheço e também de comunicar o conhecimento adquirido.

Freire (2011) defende a politicidade da educação, a sua não neutralidade e pontua que sua raiz mais profunda se encontra na própria forma de educar o ser humano, o qual é visto como um ser inacabado, histórico e principalmente um ser de opção, de decisão. Além disto, diz que é por meio da sua permanente ação transformadora sobre a realidade concreta que o homem produz história e se cria como um sujeito histórico e social (FREIRE, 1987).

3.1.1 Círculos de Cultura

Os Círculos de Cultura surgiram na década de 60, nos Movimentos de Cultura do Recife, através do Projeto de Educação de Adultos que Paulo Freire coordenava. Consistia na organização de debates em grupos, estruturados por meio de entrevistas na comunidade, que investigavam os temas que as pessoas tinham interesse em debater.

Nestes grupos, a proposta era desenvolvida através do diálogo e da apresentação de imagens, sempre relacionadas à realidade concreta vivenciada pelos adultos em processo de alfabetização.

Freire (1967) pensava a alfabetização a partir da tomada de consciência, na qual o alfabetizando passaria da ingenuidade para a criticidade. Neste sentido, o homem é tido como sujeito ativo no processo de alfabetização, o qual é compreendido como “um ato de criação, capaz de desencadear outros atos criadores” (FREIRE, 1967, p.104).

Os Círculos de Cultura estimulavam a criticidade, por meio do diálogo e do debate, sendo considerado um método ativo, que busca a inscrição do homem no cenário social, político e cultural; primando pela democratização e libertação do conhecimento.

O método é composto por cinco fases: 1ª fase - ‘levantamento do universo vocabular’ no qual se busca aproximação e o conhecimento da realidade vivenciada pelo sujeito (daqui serão extraídos os temas, denominados por Freire Temas Geradores); 2ª fase - ‘escolha das

palavras' selecionadas a partir da sua capacidade semântica e do seu potencial de compromisso com o contexto social, cultural e político dos sujeitos; 3ª fase – 'criação de situações existenciais' – conhecidas como situações-problemas que vão estimular o debate e a análise crítica dos sujeitos, provocando a ampliação do seu olhar; 4ª fase – 'elaboração de fichas roteiro' que deverão amparar o coordenador de debates durante o processo e a 5ª fase – 'construção de fichas' – composta pelas famílias fonêmicas associadas aos vocábulos geradores (FREIRE, 1967).

Os Círculos de Cultura freireanos, idealizados para a educação de adultos analfabetos podem e devem ser utilizados em outros contextos, principalmente quando a finalidade é vivenciar propostas educativas de cunho problematizador e que provoquem a reflexão crítica dentro de coletivos, baseados em trocas efetivas e afetivas reais, que estimulem a inscrição dos sujeitos no cenário social, político e cultural com o intuito de transformar o mundo.

3.2 O PROCESSO DE TRABALHO À LUZ DE EMERSON ELIAS MERHY

O debate acerca do processo de trabalho é de extrema relevância para a compreensão da organização da atenção à saúde e essencialmente de sua capacidade transformadora principalmente se nos inclinarmos sobre a micropolítica da organização do trabalho (MERHY, 2005).

O propósito do trabalho em saúde - em qualquer tipo de serviço - é a responsabilidade em operar com saberes tecnológicos de expressão material e não material na produção do cuidado individual e/ou coletivo, visando a cura e a saúde. Desta forma, as tecnologias de saúde que produzem o cuidado são estruturadas partindo do arranjo entre dimensões materiais e não materiais do fazer em saúde (MERHY, 2006).

Estas dimensões se afirmam em terrenos tecnológicos: a) Leve que são relações entre os sujeitos; b) Leve- duro que é o saber técnico estruturado, e c) Duro que são instrumentos de trabalho (MERHY, 2005). Assim, considerando que todos trabalhadores de saúde fazem clínica cuidadora e operam práticas de saúde independente da sua formação profissional, Merhy (2006) afirma que quem conseguir trabalhar este núcleo com o seu saber profissional específico poderá criar situações que possibilitem o encontro do mundo das necessidades, produzindo encontros entre as lógicas do agir tecnológico e as lógicas dos usuários, individuais e coletivos.

A produção na saúde se realiza, sobretudo, por meio do “trabalho vivo em ato”, que é o trabalho humano no exato momento em que é realizado, determinando a produção do cuidado Merhy, (2005) acrescenta ainda que:

O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e abrir-se para os ruídos/analísadores presentes no seu cotidiano. Com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação, pode se reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente (MERHY, 1997, p.2).

Nesta perspectiva, colocam-se em pauta os processos de trabalho em saúde, no intuito de refletir e analisar criticamente os aspectos que influenciam as práticas de saúde desenvolvidas no interior destes serviços de saúde, visando o cuidado em saúde de forma articulada e ampliada, que mais do que a cura de doenças represente de fato a produção de vida.

Merhy (2005) refere à necessidade de olharmos para a relação entre educação em saúde e trabalho em saúde, na qual um produz o outro, gerando efeitos tanto para a construção da competência do trabalhador, quanto para a expressão de seu lugar enquanto sujeito ético-político que produz cuidado, impactando no modo de viver do usuário, individual e/ou coletivo. Neste sentido, é um desafio pensar em uma nova pedagogia que esteja atrelada a intervenção que põe no centro do processo pedagógico a implicação ético-político do trabalhador no seu agir em ato, através da produção do cuidado em saúde.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido na abordagem qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, baseado no método da pesquisa-ação.

De acordo com Turato (2005), a abordagem qualitativa procura conhecer e compreender o significado individual ou coletivo de um determinado fenômeno para a vida das pessoas. Deste modo, o significado é considerado essencial para a forma como as pessoas organizam e estruturam sua vida, sendo inclusive compartilhado culturalmente em seu grupo social.

Os pesquisadores qualitativos vão coletar os dados em seu ambiente natural, sempre buscando compreender o contexto da situação. Aqui, prioriza-se o processo mais que o resultado da pesquisa, sendo relevante a sequência dos acontecimentos ao longo do tempo (TEIXEIRA, 2012).

Desta forma, na posição de pesquisadora lancei-me ao campo, em busca de trocas significativas com os sujeitos participantes da pesquisa. Nesta empreitada muitas foram as possibilidades de interação, que se estenderam em todos os passos do caminho metodológico, sempre num ambiente receptivo, de acolhimento e disponibilidade, desde a apresentação do projeto de pesquisa até a finalização da coleta de dados.

Nesta perspectiva, o pesquisador é o principal instrumento por meio do qual os dados serão coletados, assim ele utiliza seus próprios órgãos do sentido para captar e perceber o seu objeto de estudo, representando-o em sua consciência e interpretando-o posteriormente (TURATO, 2005).

A pesquisa-ação foi escolhida, devido ser um método da pesquisa social, de embasamento empírico, que articula objetivos de ação e de pesquisa, isto é: um objetivo prático - desenvolver uma ação ou equacionar um problema e um objetivo de conhecimento - ampliar o conhecimento dos pesquisadores e a consciência dos participantes da pesquisa sobre a situação-problema investigada (THIOLLENT, 2011).

Thiollent (2011) afirma que a pesquisa-ação promove a ampla interação entre os pesquisadores e os participantes da pesquisa, implicados de forma cooperativa e participativa na situação pesquisada. Desta interação decorre a seleção das prioridades, isto é, dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas no desenvolvimento da ação.

Assim, a pesquisa-ação tem o intuito de instrumentalizar os pesquisadores e os participantes a atuar de forma resolutiva; possibilitando a identificação das dificuldades, o enfrentamento dos problemas e a transformação da situação em que vivem.

Ressalto aqui, que foi de fundamental importância a interação dos participantes com a pesquisadora, pois proporcionou a permuta de conhecimentos, impressões, opiniões e valores, favorecendo a construção e o desenvolvimento da pesquisa de modo crítico, colaborativo e produtivo.

Além disto, observo que esta aproximação e interação entre pesquisadora e participantes resultaram em maior interesse e envolvimento no decorrer da pesquisa, gerando compromisso em torno dos objetivos buscados, isto é, a realização da ação pretendida, com vistas a real transformação da situação.

Para Franco (2005), no Brasil há três conceituações diferentes, de pesquisa-ação, são elas: colaborativa, crítica e estratégica. A Colaborativa é aquela na qual o grupo pede ao pesquisador que faça parte do desenvolvimento de uma mudança já iniciada pelo grupo, aqui o papel do pesquisador é dar um caráter de cientificidade ao processo do grupo; a Crítica é aquela na qual durante a interação entre o grupo e o pesquisador percebe-se a necessidade de transformação de uma dada situação, sendo valorizada a construção cognitiva da experiência, sempre baseada na reflexão coletiva com vistas à autonomia dos sujeitos e a Estratégica que é aquela na qual a mudança é planejada antecipadamente e a função do pesquisador é somente acompanhar e avaliar os resultados desta transformação.

Neste estudo foi utilizada a pesquisa-ação de forma crítica, posto que se procurou construir e desenvolver a pesquisa de forma dialogada e coletiva, onde a pesquisadora e os participantes foram ativos durante todo o processo, atuando de forma integrada e colaborativa, implicados no intuito de conhecer, compreender, desenvolver a ação e transformar a realidade atual.

4.2 CENÁRIO

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial Renascer, situado na Trav. Mauriti nº 2179, dentro da área metropolitana do município de Belém, no estado do Pará. Conhecida como “A Cidade das Mangueiras”, constitui o maior município da Região Norte, possuindo uma população de 1.393.399 habitantes (IBGE, 2010).

O CAPS Renascer era um CAPS I, que apesar de ter sido inaugurado como CAPS III no ano de 2010, vinha vivenciando gradativamente este processo de transformação, de modo

que só começou a funcionar efetivamente como CAPS III no dia 12 de maio de 2014, durante o período de coleta de dados da pesquisa. Este serviço faz parte da Rede de Saúde Mental do Pará e está sob a coordenação da Secretaria de Saúde do Estado do Pará.

Foi criado em abril de 1996, sob as diretrizes da atual Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, que propõe como modelo de atenção a construção de uma rede de serviços de saúde mental inseridos na comunidade com o objetivo de substituir as antigas instituições asilares, com sua lógica de exclusão e alienação social. Assim, funciona como um dispositivo da rede e prima por oferecer outra forma de atenção aos portadores de sofrimento mental, garantindo cuidados humanizados, visando à autonomia, o resgate da cidadania e a inserção social.

Desde sua implantação, o CAPS Renascer, vem prestando atendimento as pessoas portadoras de sofrimento mental grave e/ou persistente, que residem dentro de sua área de abrangência. Ressalto que este serviço assiste a uma área de abrangência de grandes dimensões, localizada nos distritos do Distrito Administrativo da Sacramento (DASAC), Distrito Administrativo Belém (DABEL), Distrito Administrativo Entroncamento (DAENT), compostos pelos seguintes bairros: Pedreira, Umarizal, Marco, Curió-utinga, Providência, Fátima, Sacramento, Canal do Galo, Telegráfo, Vila da Barca e Canal da Pirajá.

Como CAPS III, o CAPS Renascer funciona atualmente nos três turnos, que são: matutino, vespertino e noturno. Neste sentido, corresponde a vinte e quatro horas ininterruptas de trabalho, onde atuam três equipes multiprofissionais com perspectiva interdisciplinar, formada por profissionais de nível fundamental, médio e superior, contabilizando um total de 79 profissionais.

4.3 ATORES SOCIAIS

Participaram da pesquisa, a equipe multiprofissional de saúde do turno matutino do Centro de Atenção Psicossocial Renascer, uma professora e duas estagiárias de enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), cinco residentes da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, um usuário e um familiar integrantes do Conselho Gestor do CAPS Renascer.

A equipe multiprofissional de saúde deste turno é formada por: uma psiquiatra, uma médica- clínica geral, quatro psicólogos, três assistentes sociais, dois terapeutas ocupacionais, três enfermeiras, um educador físico, uma farmacêutica, uma nutricionista, a diretora, o assistente de direção e quatro técnicos de enfermagem.

Ressalto que ao longo do processo de coleta de dados outros sujeitos tiveram a oportunidade de participar da pesquisa, posto que, no decurso das ações foi observada a necessidade de convidar outros profissionais de saúde para integrar como parceiros pontuais as ações de Educação Permanente realizadas no Centro de Atenção Psicossocial Renascer.

Assim, na Primeira Ação - Roda de Conversa, que ocorreu internamente no CAPS Renascer, convidamos uma enfermeira e uma psicóloga, ambas com conhecimento teórico e experiência prática em CAPS III para compor conosco o debate, enriquecendo a discussão.

Na Segunda Ação, denominada de Roda de Conversa entre CAPS III, que aconteceu na Universidade do Estado do Pará (UEPA), foram convidados os profissionais de saúde e os gestores que atuam nos quatro CAPS III do Estado do Pará.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.4.1 Inclusão

Os critérios de inclusão para os profissionais foram: compor a equipe multiprofissional de saúde do CAPS Renascer, atuar diretamente na atenção à saúde mental, realizar suas atividades no turno da manhã e ter interesse em participar da pesquisa. Já para os professores, estagiários e residentes os critérios adotados foram: desenvolver suas atividades no turno da manhã, estar no CAPS no período de realização da pesquisa e ter desejo de participar da pesquisa. E finalmente para o usuário e familiar o critério foi fazer parte do Conselho Gestor do CAPS Renascer.

Ressalto que foi necessário determinar um turno para desenvolver a pesquisa, já que o CAPS funciona com três equipes multiprofissionais de saúde em três turnos diferentes (manhã, tarde e noite). Assim, o turno da manhã foi escolhido devido à pesquisadora laborar neste turno e o mestrado profissional requerer um retorno através de um produto de pesquisa que beneficie o serviço de saúde no qual a pesquisadora atua.

4.4.2 Exclusão

Profissionais do CAPS Renascer que não atuam diretamente na atenção à saúde mental (agentes de portaria, serviços gerais, vigilantes e agentes administrativos) e os profissionais do turno vespertino e noturno.

4.5 CAPTAÇÃO DA INFORMAÇÃO

Segundo Thiollent (2011), a pesquisa-ação não é uma metodologia, mas sim um método ou uma estratégia de pesquisa que congrega várias técnicas ou métodos da pesquisa social, com os quais se articula uma estrutura coletiva e participativa ao nível de captação da informação. Assim sendo, neste estudo as informações foram coletadas por meio dos métodos dos Círculos de Cultura de Freire e das Rodas de Conversa.

Aqui, as Rodas de Conversa se apoiam no método Paidéia proposto por Campos (2006), o qual tem como objetivo ampliar a capacidade de compreensão e de intervenção das pessoas sobre o mundo e sobre si mesmas, colaborando para instituir processos de construção da sociedade baseados na democracia e no bem-estar social. Desta forma, apresenta-se como um método para a educação de pessoas, o qual procura oferecer condições favoráveis para a reflexão sobre a atuação dos sujeitos no mundo, propondo a construção de espaços de compartilhamento de poder (cogestão), podendo ser utilizado no trabalho, na gestão de organizações, projetos ou movimentos sociais.

Quanto aos Círculos de Cultura, quando aqui mencioná-los o farei na perspectiva ‘freireana’, isto é: pensados numa lógica de respeito ao saber do outro, fundamentado na problematização da realidade concreta, com o propósito de promover interação e trocas autênticas, capazes de inspirar ações criativas e transformadoras.

A pesquisa-ação não determina uma sequência de fases ordenadas de forma rígida a serem seguidas, visto que, no decorrer da pesquisa são as circunstâncias e o próprio funcionamento do grupo, formado pelo pesquisador e pelos sujeitos participantes da pesquisa que irão que direcionar este processo (THIOLLENT, 2011).

Desta forma, o presente estudo considerou o desenvolvimento de passos a serem percorridos ao longo do caminho metodológico, com o intuito de delinear melhor o estudo, ciente, no entanto de que muitos destes passos não são delimitados de forma rígida, mas ao contrário caminham juntos em muitos momentos da pesquisa.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente o projeto de pesquisa foi incluído na Plataforma Brasil para avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), conforme a resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (2012), que define os critérios para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Após aprovação neste CEP, foi realizada a exposição do projeto para os participantes, mencionando os objetivos, os procedimentos, os benefícios e os possíveis riscos da pesquisa. Além disto, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que os participantes tirassem suas dúvidas e assinassem, autorizando a utilização dos dados que foram coletados na pesquisa.

4.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

Segundo a Resolução de nº466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (2012), toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. Entretanto, foram tomadas as providências necessárias para minimizar os possíveis riscos, assegurando aos participantes da pesquisa o direito a autonomia, justiça e ética.

Os riscos desta pesquisa estavam relacionados à possível divulgação de dados pessoais e profissionais dos participantes podendo gerar constrangimento e dano à integridade social, moral ou profissional dessas pessoas.

Posto isto, assegurou-se que não haveria a citação de informações que identifiquem os participantes da pesquisa. Desta forma, assumiu-se o compromisso ético com o sigilo das informações, identificando os participantes por meio da codificação com o nome de pássaros e divulgando apenas os dados relevantes à pesquisa, de modo que fosse preservada a identidade e privacidade dos participantes.

A participação não foi obrigatória e, a qualquer momento, o participante poderia desistir de participar e retirar seu consentimento. Afirmando-se que a sua recusa não traria nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os participantes foram esclarecidos quanto ao propósito das informações obtidas pelo pesquisador, as quais foram utilizadas exclusivamente para fins científicos. Desta forma, o estudo só foi iniciado após a aprovação no CEP da FSCMPA e o consentimento dos participantes da pesquisa, que manifestaram seu desejo em participar por meio da assinatura do TCLE.

Esta pesquisa poderá oferecer **benefícios** à atenção psicossocial em saúde mental à medida que propõe pensar e discutir o processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Renascer. Acredito que, irá possibilitar aos profissionais de saúde deste serviço refletir sobre o seu cotidiano de trabalho, discutindo e promovendo as mudanças necessárias para a melhoria das práticas de trabalho e para a organização do serviço, oportunizando a construção do conhecimento coletivo e o aprendizado vivencial.

Além disto, também poderá beneficiar o Ensino, posto que a proposta inclui os preceptores, estagiários e residentes em trânsito no CAPS, os quais terão a oportunidade de conhecer, refletir e debater juntamente com a equipe do CAPS sobre o processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Renascer e sua ressonância sobre a atenção psicossocial ofertada neste serviço de Saúde Mental.

Os resultados serão divulgados para a comunidade, o que poderá contribuir para ampliar o conhecimento técnico-científico e apoiar a construção e o desenvolvimento de outras iniciativas deste porte na área da saúde mental.

4.8 ANÁLISE DE DADOS

O processo de coleta de dados ocorreu ao longo da pesquisa realizada no CAPS Renascer. Deste modo, os passos da pesquisa foram gravados em áudio, posteriormente transcritos e tratados a partir da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009), no formato temático-categorial, aplicada no campo da Pesquisa-Ação.

De acordo com Bardin (2009), a análise do conteúdo consiste num conjunto de técnicas usadas para analisar as comunicações. Neste sentido, utiliza-se procedimentos sistemáticos e objetivos para descrever o conteúdo de mensagens os quais vão possibilitar inferir conhecimentos referentes às condições de produção e recepção das mensagens.

A análise de conteúdo possui três pólos cronológicos que são: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação (BARDIN, 2009). Assim, para a realização do corpo de análise lancei mão destes três pólos cronológicos.

O primeiro momento foi o da pré-análise, momento de organização dos dados, o qual se caracteriza por ser um período de intuições, que tem o propósito de operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, de modo a encaminhar um esquema preciso do desenvolvimento de operações sucessivas, num plano de análise. Desta forma, inicialmente fiz a leitura “flutuante”, na qual estabeleci contato com os documentos a serem analisados, aproximando-me do texto e deixando que impressões fossem direcionando o processo. Posteriormente, demarquei o universo dos documentos a serem analisados, através da constituição de um *corpus*, que segundo Bardin (2009) consiste num conjunto de documentos submetidos a procedimentos analíticos, nesta pesquisa constituída por: informações captadas através das Rodas de Conversa e dos Círculos de Cultura, nas reuniões e nas visitas institucionais, os quais foram gravados em áudio, posteriormente ouvidos e transcritos.

No segundo momento realizei a exploração do material, o qual optei por explorar separadamente, isto é: por etapa da pesquisa. Daí emergiram conjuntos diferenciados de informações e significações – as Unidades de Registro - que nesta pesquisa foram construídas partindo do nível semântico. Assim, através dos recortes das falas dos participantes surgiram as categorias temáticas, que possibilitaram a elaboração e a construção da categorização mediante a orientação de Bardin (2009).

O terceiro momento consistiu no tratamento dos resultados obtidos e na interpretação, que se caracterizou pela fase da reflexão e da intuição, com embasamento no material empírico. Assim, procedi a leitura e releitura de cada passo, classificando por temas e construindo as categorias temáticas juntando unidades de registro originadas das diversas etapas da pesquisa. Por último, lancei mão das categorias que foram discutidas à luz do referencial teórico de Paulo Freire e Emerson Elias Merhy e dos conceitos desenvolvidos por Ricardo Burg Ceccim. Considerando também a orientação das Políticas Públicas de Saúde Mental e Educação Permanente em Saúde.

Desta forma, apresento as categorias temáticas que emergiram e suas respectivas subcategorias:

CATEGORIA TEMÁTICA I – O PROCESSO DE TRABALHO NO CAPS RENASCER

Subcategoria 1- O processo de trabalho e a Gestão

Subcategoria 2- O processo de trabalho e a Equipe Multiprofissional de Saúde

Subcategoria 3 - O processo de trabalho e o Usuário

CATEGORIA TEMÁTICA II – A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE MELHORIA DO PROCESSO TRABALHO NO CAPS RENASCER

Subcategoria 1- A criação de um Grupo de Educação Permanente em Saúde

Subcategoria 2- A elaboração do Plano de EPS para o CAPS Renascer

Subcategoria 3 - A interlocução do CAPS Renascer com os outros CAPS III

5 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

5.1 INSTITUCIONALIZANDO A PESQUISA

Após a aprovação no CEP da FSCMPA, foi agendado encontro entre a pesquisadora, a equipe de saúde, a gestora, o usuário e o familiar (integrantes do Conselho Gestor do CAPS Renascer), as duas estagiárias de enfermagem da UFPA, a professora destas e as cinco residentes da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da FHCGV.

Este encontro aconteceu no auditório do CAPS Renascer, num único momento e teve duas horas de duração. Neste, foi realizada a apresentação do projeto de pesquisa, sendo expostos os objetivos, esclarecidos os procedimentos referentes à coleta de dados e mencionada à possibilidade de serem desenvolvidas Ações ao longo da pesquisa. Além disto, foi apresentado também o TCLE, sendo elucidadas suas particularidades e a finalidade do mesmo.

Este passo teve como propósito Institucionalizar a Pesquisa, através da sensibilização da equipe de saúde, da gestora, do usuário, do familiar, da professora, das estagiárias e das residentes quanto à necessidade de colaborarem com a pesquisa, ressaltando a relevância da mesma para a equipe e o serviço de saúde mental. De acordo com Thiollent (2011), é fundamental identificar o apoio e as resistências, as concordâncias e as discordâncias, as posições otimistas e pessimistas.

Observo que a aceitação do projeto foi veementemente declarada pelos participantes, que expressaram um misto de surpresa e de entusiasmo frente à proposta; inclusive alguns deles mencionaram que era o momento propício para este tipo de pesquisa, visto que estavam em franco processo de transição de CAPS I para CAPS III e reconheciam a necessidade de momentos de debate e troca entre a equipe de saúde.

Assim, foi exposto um cronograma para apreciação que apontava o início da coleta de dados, informando sobre os passos da pesquisa, especificando os objetivos, os dias e a hora de cada momento. Aqui, os participantes puderam perguntar, opinar e acrescentar ideias, sendo adequado o cronograma de acordo com a disponibilidade dos participantes e a viabilidade do CAPS Renascer.

5.2 RECONHECIMENTO DO CONTEXTO

Este passo consistiu na entrada e permanência da pesquisadora no CAPS Renascer, no período de uma semana, durante quatro horas por dia, convivendo e interagindo com equipe de saúde, usuários, gestores, estagiárias e residentes; aqui foi utilizado um diário de campo, no qual a pesquisadora anotou as situações observadas.

Para Thiollent (2011), a fase exploratória constitui-se em desvendar o campo de pesquisa, os potenciais parceiros, suas expectativas e construir um primeiro olhar sobre as principais dificuldades e as possíveis ações. Desta forma, este passo teve como objetivo aproximar gradativamente a pesquisadora ao campo, oportunizando encontros e trocas espontâneas, favorecendo a percepção do cotidiano vivenciado no serviço.

Para este fim, foram concretizados diálogos informais, que incluíram desde a gestora do CAPS, profissionais de saúde (de nível fundamental, médio e superior), usuários, familiares, residentes, estagiárias até as pessoas em trânsito no CAPS. Ressalto que esta forma de inserção criou um ambiente amistoso, propício à pesquisa, que permitiu aos participantes exporem seu ponto de vista pessoal sobre o processo de trabalho no CAPS, incluindo seus anseios e insatisfações e, também as suas expectativas frente à pesquisa que seria desenvolvida no CAPS Renascer.

Destaco as diferentes formas de pensar, ver e sentir o processo de trabalho no CAPS, assim como as diversas maneiras de cada pessoa reagir diante deste cenário, que envolve posições que vão desde a dedicação, o entusiasmo, o profissionalismo até a desmotivação, a angústia e o descaso. Aqui, foram mencionadas questões referentes à: Humanização X Preconceito; Desejo de mudanças; Ética na equipe de saúde; Falta de disponibilidade de alguns profissionais para reunir e debater; Estrutura física inadequada para funcionamento como CAPS III; A necessidade de iniciativas de capacitação/treinamento/formação para a equipe de saúde; Pensamentos e Condutas manicomial; Pouco diálogo e interação com a Coordenação Estadual de Saúde Mental; A grande quantidade de demandas para serem viabilizadas no CAPS; Necessidade de aumentar o quadro de recursos humanos para complementar a equipe de saúde do CAPS III; Diferença de condutas no CAPS e no hospital psiquiátrico; Contenção medicamentosa e contenção mecânica; A importância de construir protocolos de normas e rotinas para o serviço; Escala de plantões – Dinheiro X Saúde; Preceptoria e Residência; Novas estratégias de funcionamento no CAPS; Servidores sub aproveitados, sendo realocados na sua função original e a Necessidade de modificar a cultura institucional.

Além disto, foi possível, mediante autorização dos usuários e do técnico responsável pelo grupo, participar de algumas atividades desenvolvidas com os usuários no CAPS. Aqui, o propósito era a aproximação e a interação com os usuários, com o intuito de captar como estavam vivenciando este momento de transição de CAPS I para CAPS III.

Nesta perspectiva, observo que a minha inserção nos grupos se deu de forma tranquila, nos quais na maior parte do tempo assumi a postura de ouvinte, falando sempre que solicitada pelos participantes. Esta postura favoreceu tanto a condução da atividade pelo técnico responsável, quanto possibilitou a percepção dos sentimentos, pensamentos e atitudes dos usuários nos grupos.

As atividades são direcionadas de acordo com a formação e o referencial de cada profissional, o que as enriquece, tornando-as diferenciadas e produtivas. De modo geral os usuários se mostram participativos e interessados, todavia alguns se apresentam um pouco sonolentos devido à medicação.

Foi também permitido que participasse de uma visita agendada a outro CAPS que já estava efetivamente funcionando como CAPS III. Nesta, fomos acompanhados por profissionais da equipe designados pela direção para conduzir a visita (uma enfermeira, a administradora e uma técnica de enfermagem) - os quais mostraram o espaço físico da instituição, esclarecendo a função de cada ambiente; as atividades desenvolvidas no momento, as normas e rotinas do serviço, alguns protocolos criados pela equipe e o quantitativo de recursos humanos.

Esta visita foi extremamente satisfatória e cumpriu o propósito de proporcionar uma visão da realidade vivenciada pelo CAPS III na atualidade, sendo possível observar os maiores obstáculos, as principais necessidades e reais possibilidades destes.

Ressalto que este passo foi fundamental, pois propiciou a interação com os participantes da pesquisa, assim como favoreceu a elaboração de uma impressão inicial a respeito das atuais demandas e necessidades vivenciadas no cotidiano no CAPS Renascer.

Assim, diante do exposto apresento a seguinte hipótese de pesquisa: **A equipe do Centro de Atenção Psicossocial Renascer precisa de Educação Permanente no processo de trabalho.**

5.3 PROBLEMATIZANDO O PROCESSO DE TRABALHO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RENASCER

Este passo começou com a apresentação do Tema da Pesquisa, incluindo a exposição dos objetivos, a elucidação do procedimento de coleta de dados, sendo cogitada a possibilidade de serem desenvolvidas ações ao longo da pesquisa.

Posteriormente, os participantes foram convidados a se dirigir para a área externa do CAPS, onde participaram de um breve alongamento, seguido da Dança Circular que Kós, que tem por objetivo trabalhar o reconhecimento e a valorização do Outro, de mim mesmo e do encontro na vida. Desta forma, esta atividade teve o propósito de desenvolver um clima de aproximação, harmonia e descontração no grupo, preparando o ambiente para a tarefa seguinte.

Assim, foi entregue aos participantes da pesquisa o TCLE e após o esclarecimento das dúvidas, foi solicitado que o mesmo fosse assinado e devolvido.

Em seguida, foram lançadas ao grupo de participantes as seguintes ‘Questões Provocadoras’: Quais as maiores dificuldades encontradas no processo de trabalho do CAPS Renascer na perspectiva da sua qualificação? Quais as maiores necessidades do processo de trabalho do CAPS Renascer na perspectiva da sua qualificação? Quais as possibilidades de melhorias para o processo de trabalho do CAPS Renascer na perspectiva da sua qualificação?

Esta atitude teve o intuito de estimular os participantes a expressarem livremente suas opiniões relacionadas ao processo de trabalho do CAPS Renascer na perspectiva de sua qualificação, de modo que fosse possível detectar junto com os participantes as maiores dificuldades, necessidades e possibilidades referentes ao processo de trabalho desenvolvido no CAPS Renascer.

Neste contexto surgiram temas como: 1) A ausência e a necessidade de um grupo que organizasse atividades de Educação Permanente em Saúde no CAPS Renascer; 2) A necessidade de articulação e a desestrutura da Rede de Atenção Psicossocial; 3) A importância do planejamento das atividades do CAPS Renascer; 4) A necessidade de sistematizar as atividades terapêuticas realizadas no CAPS Renascer visando à publicação do conhecimento construído a partir destas; 5) A ausência de um Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração no Estado do Pará considerada um fator de desmotivação e desvalorização do trabalhador; 6) A necessidade de informação e formação voltada para os trabalhadores; 7) A importância de definir o perfil do usuário que deve ser atendido no CAPS III; 8) A

necessidade de discutir sobre os conceitos, teorias e práticas relacionadas ao CAPS III e 9) A necessidade de interação entre os CAPS III do Estado do Pará.

Thiollent (2011) fala que é após o levantamento dos primeiros dados que o pesquisador juntamente com os participantes da pesquisa concebem os objetivos prioritários desta.

Neste sentido, destaco que estes temas levantados foram problematizados e longamente debatidos pelo grupo, que contou com a minha facilitação atenta e participativa durante todo o processo, de modo que foram eleitas como principais temáticas à serem trabalhadas: a Política Nacional de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica Brasileira; conceitos, teorias e práticas relacionadas ao CAPS III, sistematização das atividades terapêuticas realizadas no CAPS Renascer visando à publicação do conhecimento construído a partir destas; a discussão e apropriação de informações relacionadas às possibilidades de implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração no Estado e a articulação de parcerias para o CAPS Renascer.

Foram sugeridas também as seguintes propostas: 1) Criar um Grupo de Educação Permanente em Saúde no CAPS Renascer, 2) Elaborar um Plano de Educação Permanente em Saúde para o CAPS Renascer (que aborde as temáticas mencionadas acima) e 3) Realizar Rodas de Conversa no CAPS Renascer e entre os CAPS III do Estado do Pará.

Este passo contou com doze participantes, aconteceu no auditório do CAPS Renascer, em um encontro com duas horas e trinta e quatro minutos de duração e foi gravado em áudio. Aqui, a finalidade foi conhecer as principais dificuldades, necessidades e possibilidades do processo de trabalho desenvolvido no CAPS Renascer a partir do olhar dos participantes da pesquisa e, assim, construir coletivamente o problema prático que pudesse representar, da melhor forma possível, o conjunto de problemas/temas identificados.

5.4 O PROBLEMA PRÁTICO

A equipe do Centro de Atenção Psicossocial Renascer, não tendo Educação Permanente em Saúde, se sente fragilizada no desenvolvimento do seu processo de trabalho.

5.5 DEFININDO A AÇÃO

Este passo consistiu em lançar mão dos temas eleitos e das propostas sugeridas pelo grupo, definir a Ação e identificar estratégias para desenvolvê-la. Desta forma, aconteceu em

um encontro, com uma hora e dezenove minutos de duração, no auditório do CAPS Renascer e foi gravado em áudio. Esta etapa contou com dez participantes.

A atividade iniciou com o acolhimento do grupo, inspirado em uma breve reflexão em cima da frase de Paulo Freire que diz: “Não há saber mais ou saber menos. Há saberes diferentes”; esta atitude teve a intenção de reforçar a condição de paridade que os participantes ocupavam no grupo, buscando estimular a participação destes.

Posteriormente, estruturou-se a construção de um Círculo de Cultura como técnica para captar as informações, no qual se utilizou as próprias falas dos participantes ditas no passo anterior com o intuito de recapitular os temas elencados e as propostas eleitas.

Deste modo, foram ratificadas as seguintes propostas de ações de Educação Permanente em Saúde: 1) Criar Grupo de Educação Permanente em Saúde no CAPS Renascer, 2) Elaborar um Plano de Educação Permanente em Saúde para o CAPS Renascer, que aborde como temas: a Política Nacional de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica Brasileira; conceitos, teorias e práticas relacionadas ao CAPS III, sistematização das atividades terapêuticas realizadas no CAPS Renascer visando à publicação do conhecimento construído a partir destas; a discussão e apropriação de informações relacionadas às possibilidades de implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração no Estado e a articulação de parcerias para o CAPS Renascer e 3) Realizar Rodas de Conversa no CAPS Renascer e entre os CAPS III do Estado do Pará.

Além disto, foram sugeridos e votados nomes de trabalhadores para compor o Grupo de Educação Permanente em Saúde do CAPS Renascer e também foi elaborado o Plano de Educação Permanente em Saúde, com os temas organizados por ordem de prioridades para serem trabalhados nas ações de Educação Permanente em Saúde do CAPS Renascer.

5.6 AÇÃO

“Realização de ações de Educação Permanente em Saúde na perspectiva de fortalecimento da equipe de saúde e de melhoria do processo de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial Renascer”.

5.6.1 Planejamento para o desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde

Ressalto que esta pesquisa contemplou a realização de duas ações, que foram definidas a partir dos temas previamente debatidos, escolhidos e ordenados de acordo com as necessidades vivenciadas pelo grupo naquele momento.

Segundo Thiollent (2011), na pesquisa-ação o planejamento é bastante flexível, de modo que é possível adequá-lo às condições da situação investigada. Aqui, os participantes tiveram a oportunidade de pensar e debater as estratégias mais adequadas e a metodologia que seria utilizada para implementar as ações escolhidas, de maneira que atendesse aos seus próprios anseios.

Desta forma, o planejamento das ações aconteceu em uma reunião com as pessoas eleitas para compor o Grupo de Educação Permanente em Saúde do CAPS e teve o intuito de discutir possíveis parceiros para apoiar a realização das ações.

Este momento, teve a duração de uma hora, foi gravado em áudio e aconteceu na sala de reuniões do CAPS Renascer.

5.6.2 Justificativa

A equipe de saúde do Centro de Atenção Psicossocial Renascer a partir da problematização do seu processo de trabalho, observou a necessidade de produzir melhorias neste. Com este propósito, criou um grupo de Educação Permanente em Saúde, elaborou um Plano de EPS e pretende realizar ações de Educação Permanente em Saúde no CAPS Renascer.

5.6.3 Objetivos

- Debater a Política Nacional de Saúde Mental
- Discutir conceitos, teorias e práticas referentes ao CAPS III
- Possibilitar a integração entre os CAPS III do Estado do Pará

5.6.4 Estratégias

- Rodas de Conversa;

- Visitas aos CAPS;
- Reuniões do grupo.

5.6.5 Local

- 1ª Roda de Conversa parte 1 e parte 2: no CAPS Renascer
- 2ª Roda de Conversa entre CAPS III: na Universidade do Estado do Pará (UEPA)

5.6.6 Participantes

- 1ª Roda de Conversa parte 1 – equipe multiprofissional de saúde do CAPS Renascer do turno da manhã, usuário e familiar (integrantes do Conselho Gestor do CAPS Renascer), professora e estagiárias de enfermagem da UFPA e as residentes de Saúde Mental da FHCGV. Além destes, uma enfermeira e uma psicóloga de outro CAPS III do Estado. Deste momento participaram doze pessoas.
- 1ª Roda de Conversa parte 2: equipe multiprofissional de saúde do turno da manhã, o usuário e o familiar (integrantes do Conselho Gestor do CAPS Renascer) e as residentes de Saúde Mental da FHCGV. Deste momento participaram catorze pessoas.
- 2ª Roda de Conversa: profissionais de saúde e gestores dos CAPS III do Estado do Pará e as residentes de Saúde Mental da FHCGV. Deste momento participaram vinte e sete pessoas.

5.6.7 Temas

- Política Nacional de Saúde Mental
- Reforma Psiquiátrica Brasileira
- Normas e rotinas referentes ao CAPS III
- Quantitativo e formação dos recursos humanos do CAPS III
- Conceitos e práticas referentes ao CAPS III

5.6.8 Cronograma

- 1ª Roda de Conversa parte 1- 16 de maio de 2014

- 1ª Roda de Conversa parte 2 - 23 de maio de 2014
- 2ª Roda de Conversa entre CAPS III - 06 de junho de 2014

5.7 DESCRREVENDO AS AÇÕES

Nesta pesquisa cumpriu-se a realização de duas Ações que ocorreram em duas etapas distintas.

5.7.1 Primeira Ação

Esta Ação consistiu na realização de uma Roda de Conversa, que se dividiu em dois momentos, ambos no auditório do CAPS Renascer.

O primeiro momento teve a duração de duas horas e vinte e oito minutos, foi gravado em áudio e contou com a participação da equipe multiprofissional de saúde do turno da manhã, do usuário e do familiar (integrantes do Conselho Gestor do CAPS Renascer), da professora e das estagiárias de enfermagem da UFPA e das residentes de Saúde Mental da FHCGV. Além destes, também foram convidadas a participar uma enfermeira e uma psicóloga, com conhecimento teórico e experiência prática em CAPS III para compor o debate.

A Roda de Conversa começou com a apresentação dos participantes, que divididos em dupla, tinham a tarefa de apresentar um ao outro e esclarecer três questões: o nome do colega, o que esperava receber da Roda de Conversa e o que trouxe para compartilhar na Roda de Conversa.

Destaco que esta atividade tinha a finalidade apresentar as pessoas do grupo, promover a aproximação destes e criar um ambiente acolhedor que favorecesse o diálogo. Além disto, pretendia também coletar impressões sobre os motivos que impulsionaram as pessoas a participar deste momento.

Em seguida deu-se continuidade a Roda de Conversa, atendendo ao objetivo definido, que foi discutir sobre a Política Nacional de Saúde Mental, incluindo as lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as Portarias da Saúde Mental.

Ressalto que este momento foi extremamente produtivo, a participação das profissionais de saúde convidadas enriqueceu o debate, pois estas puderam contribuir com sua experiência cotidiana vivenciada nos CAPS III onde atuam.

O segundo momento teve a duração de duas horas e treze minutos, foi gravado em áudio e contou com a participação: da equipe multiprofissional de saúde do turno da manhã, do usuário e do familiar (integrantes do Conselho Gestor do CAPS Renascer) e das residentes de Saúde Mental da FHCGV.

Esta Roda de Conversa começou com o acolhimento do grupo, realizado a partir da poesia “Passagem das Horas” de Ricardo Reis (heterônimo de Fernando Pessoa), que foi musicada e é interpretada por Maria Betânia. Esta poesia fala de dor e de momentos difíceis da vida que remetem ao sofrimento e as crises existenciais. Aqui, buscou-se estimular os sujeitos a refletir sobre a situação das pessoas em sofrimento mental, demanda atendida no CAPS. Isto com a intenção de despertar a sensibilidade, preparando o olhar e afinando a escuta destes para pensar e discutir os conceitos relacionados a esta demanda.

Em seguida, deu-se início ao debate sobre as questões referentes a Reforma Psiquiátrica Brasileira e seus desdobramentos sobre os cuidados em Saúde Mental, incluindo os novos paradigmas de atuação/intervenção e conceitos como: a Desinstitucionalização, o Território, a Clínica Ampliada, o Projeto terapêutico singular, sempre fazendo relação com o CAPS III.

Este momento foi um tanto conturbado, pois coincidiu com o início do funcionamento do CAPS como CAPS III, o qual começou com três usuários encaminhados do Hospital de Clínicas para os leitos de observação e repouso. Neste sentido, menciono que várias vezes os profissionais precisaram se ausentar da atividade para atender as demandas referentes à atenção destes usuários.

5.7.2 Segunda Ação

Esta Ação definida como Primeira Roda de Conversa entre CAPS III, aconteceu na UEPA, em um único momento, com duração de três horas e quatro minutos e foi gravada em áudio.

Ressalto que foram realizadas visitas aos três CAPS III do Estado, com o intento de convidar os profissionais de saúde e gestores destes serviços para participarem da Primeira Roda de Conversa entre CAPS III.

Nestas visitas ocorreram reuniões de cunho informal, nas quais foi feito o convite, sendo esclarecida a origem da proposta e os seus objetivos. Considero que fomos muito bem recebidos, inclusive foi comentado nos CAPS que esta ideia vem ao encontro dos anseios dos

profissionais, posto que estes sentem grande necessidade de diálogo e troca com os outros CAPS III.

Foi realizada também uma reunião no CAPS Renascer com a equipe do turno vespertino, visando mobilizá-los para participar da Roda de Conversa entre CAPS III. Tal iniciativa obteve o apoio da equipe, que demonstrou interesse em debater questões relacionadas ao CAPS III, no entanto referiram dificuldades para serem liberados dos outros trabalhos, assim propuseram que as Rodas de Conversa entre CAPS III pudessem acontecer em períodos alternados, isto é, ora no turno da manhã, ora no turno da tarde, para que os profissionais de todos os CAPS tivessem a oportunidade de participar. Assim, foi pactuado com a equipe que tal solicitação seria levada para a Roda de Conversa entre CAPS III.

A Roda de Conversa entre CAPS III começou com o acolhimento do grupo, seguido da apresentação dos participantes, os quais foram orientados a se apresentarem falando: seu nome, sua formação, seu CAPS de origem e a responder a seguinte pergunta “o que te trouxe aqui?”. Esta atividade teve o intuito de identificar cada profissional, explicitando suas particularidades e suas expectativas quanto a Roda de Conversa.

Posteriormente, foi feito um breve relato sobre a pesquisa “O processo de trabalho no CAPS Renascer: uma proposta de Educação Permanente em Saúde”, no qual se informou a origem da pesquisa, os objetivos, as Ações e o TCLE. Inclusive, o TCLE foi entregue aos participantes, sendo esclarecidas as dúvidas e solicitado que lessem e o devolvessem assinado.

Em seguida, deu-se início a discussão. Nesta, foram abordadas as questões referentes ao cotidiano no CAPS III, como: normas e rotinas, recursos humanos, conceitos e práticas.

Aqui, o propósito foi possibilitar o encontro dos coletivos formados pelos profissionais de saúde que atuam nos CAPS III do Estado, para que estes pudessem interagir, debater e trocar impressões e experiências relacionadas aos conceitos e práticas vivenciados no cotidiano de trabalho dos CAPS III do Pará.

Observo que esta Roda de Conversa contou com a adesão em massa de três dos CAPS III do Estado, sendo uma oportunidade proveitosa, que gerou encaminhamentos para o futuro.

5.8 AVALIAÇÃO DAS AÇÕES

Aqui, buscou-se conhecer a percepção dos participantes sobre as ações de Educação Permanente em Saúde e suas possíveis contribuições para o CAPS Renascer. Com esta finalidade, foram recapituladas todas as etapas do processo, sendo socializadas as

contribuições e reafirmadas as propostas de continuidade para a Educação Permanente em Saúde no CAPS Renascer.

Este passo começou com o acolhimento ao grupo que foi realizado através da exposição em slides de várias fotos tiradas ao longo da pesquisa, apresentada ao som da poesia “Um sonho impossível”, de Fernando pessoa, que foi cantada por Maria Betânia. Esta forma de acolhimento teve a intenção de mostrar todo o caminho trilhado durante as ações, o qual foi retratado por meio da exibição de imagens contendo as diversas expressões dos próprios participantes da pesquisa.

Posteriormente, realizou-se a recapitulação de cada passo percorrido na pesquisa através da apresentação dos tópicos discutidos em cada etapa. Aqui, criou-se espaço para que os participantes fossem lembrando pouco a pouco cada passo, juntamente com seus objetivos, procedimentos e encaminhamentos.

Ao longo do processo foram estimulados a refletir e num determinado momento foram lançadas as palavras “método utilizado, etapas, aprendizado, grupo, prós e contras, sensações e sentimentos despertados, mudanças e sugestões” e foi solicitado ao grupo que expressassem sua percepção relacionada a estas palavras e às ações construídas, desenvolvidas e vivenciadas de forma coletiva no CAPS Renascer.

Neste momento, os participantes trouxeram sua percepção a respeito do que foi vivenciado por eles ao longo do processo. Assim mencionaram vários aspectos como: a riqueza da experiência, da construção e da participação coletiva na EPS; a relevância da EPS para o serviço; a Educação Permanente em Saúde e as possibilidades de mudanças; os sensações e sentimentos despertados no processo; a ousadia, a aplicabilidade e a adaptabilidade do método utilizado; o retorno da pesquisa para o serviço; a necessidade e importância do planejamento participativo e as propostas de continuidade da EPS para o CAPS Renascer.

Alguns destes aspectos merecem destaque, como o método utilizado, sobre o qual referiram que apesar de ser um método ousado, foi muito bem conduzido, de modo que foi possível adaptá-lo as necessidades do grupo, sendo alcançados em cada etapa os objetivos estabelecidos. Além disto, acrescentaram que foi uma oportunidade pioneira, que trouxe a educação permanente como uma ação fundamental e necessária ao serviço, que aponta para relevância da superação dos treinamentos pontuais.

A questão do aprendizado também foi muito abordada, inclusive os participantes mencionaram que foi uma experiência enriquecedora e inovadora, que promoveu o acontecimento de debates, o esclarecimento de dúvidas e a renovação das dúvidas, num

movimento de reciclagem do grupo. Ressaltaram também a importância de construir e desenvolver as ações em grupo, proporcionando a discussão e o planejamento conjunto, favorecendo o crescimento e aprendizado coletivo.

Ainda sobre aprendizado, pontuaram o grupo e a possibilidade de todos os participantes poderem se colocar, atuando ativamente durante o processo de construção, tendo autonomia para opinar e decidir e assim direcionar coletivamente o processo de acordo com as necessidades percebidas pelo grupo. Neste sentido, destacaram que a aproximação com a pesquisadora e sua postura de não se isolar, mas sim interagir e trocar com o grupo, foi um ponto favorável ao desenvolvimento das ações.

Sobre grupo foi reforçado a importância de dar continuidade ao processo de iniciado, a necessidade de fazer germinar a semente da educação permanente plantada no CAPS Renascer.

Outro aspecto bem explorado foram as mudanças, dentre estas os participantes referiram que o diálogo entre CAPS como um grande passo alcançado, visto que todos os CAPS sentem a necessidade de encontro e interação e, observaram que isto se constituía em uma grande dificuldade que foi superada com a realização das ações. Além disto, apontaram a realização das ações e da pesquisa em si como um fator que contribui fortemente para o avanço dos serviços, pois trazem dados, que indicam a necessidade concreta de mudanças.

Sobre sensações e sentimentos despertados observo que os mais diversos foram expressados, dentre os mais falados estão: emoção por ter participado da pesquisa e expectativa com a continuidade das propostas; sensação de que há a necessidade de amadurecimento do grupo e a tranquilidade quanto a forma que o grupo conduziu as ações.

Aqui, também foram reafirmadas as propostas de continuidade das ações de EPS para o CAPS Renascer. Este passo aconteceu no auditório do CAPS Renascer, sendo realizado em um encontro com uma hora e quarenta e nove minutos de duração, que foi gravado em áudio. Deste momento participaram oito pessoas.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo busquei analisar e discutir os principais resultados encontrados na pesquisa sobre o processo de trabalho, construída e desenvolvida coletivamente no Centro de Atenção Psicossocial Renascer em Belém.

Deste modo, levo em consideração a questão norteadora e os objetivos propostos e lanço mão das falas dos participantes da pesquisa para discutir os resultados obtidos na pesquisa à luz do referencial teórico de Paulo Freire e Emerson Elias Merhy e dos conceitos desenvolvidos por Ricardo Burg Ceccim. Considerando também a orientação das Políticas Públicas de Saúde Mental e Educação Permanente em Saúde.

Ressalto que este estudo foi desenvolvido em etapas, as quais contaram com um número variável de participantes. Assim, as categorias temáticas foram construídas com unidades de registro das diversas etapas da pesquisa, o que ocasionou a variação quanto ao número de participantes em cada subcategoria.

Nesta perspectiva, observo que emergiram duas grandes categorias temáticas e seis subcategorias, as quais discuto a seguir.

6.1 CATEGORIA TEMÁTICA I – O PROCESSO DE TRABALHO NO CAPS RENASCER

A forma como o trabalho em saúde se ocupa da vida humana é imprevisível, havendo inúmeras possibilidades de intervenção. Neste cenário, a invenção e a experimentação de práticas são fundamentais, posto que a subjetividade dos sujeitos envolvidos está impressa nos atos executados no cotidiano dos serviços, sendo imprescindível questionar constantemente estas práticas.

Assim, o trabalho em saúde implica na interação entre sujeitos e depende da potencialidade dos encontros realizados nos serviços de saúde, deste modo o trabalho é considerado um local privilegiado que oportuniza a construção de novos saberes e de sujeitos protagonistas (FARIA; ARAÚJO, 2010).

Nesta perspectiva, discutir processo de trabalho em saúde representa a oportunidade de problematizar a realidade em questão, o que pode gerar não só a aprendizagem significativa para os trabalhadores, mas também a modificação das práticas profissionais e a reorganização do trabalho, favorecendo a transformação da atenção psicossocial em saúde ofertada à população.

A partir da problematização do processo de trabalho baseado na realidade vivenciada no CAPS Renascer, muitos temas afloraram e foram debatidos e os participantes pareciam ávidos por se colocarem e exporem verdadeiramente sua opinião, inclusive muitas vezes um sujeito complementou a fala do outro, demonstrando certa coesão entre os pontos de vista. Foi um momento de euforia, desabafo e integração, seguido de um aparente alívio, no qual as dificuldades e as necessidades do processo de trabalho foram visualizadas, de modo que emergiram situações envolvendo o processo de trabalho e a gestão, o processo de trabalho e a equipe e processo de trabalho e o usuário.

A riqueza deste momento proporcionou o surgimento de três subcategorias, as quais me detenho abaixo.

6.1.1 Subcategoria 1- O processo de trabalho e a Gestão

Merhy (2006) afirma que se os gestores formais não conseguirem produzir cumplicidade com usuário e trabalhador, não conseguirão construir políticas de saúde dirigidas para o que lhes dá sentido, que é ser instrumento de qualificação dos modos de se viver e de se gastar a saúde em sociedade.

Vários aspectos relacionados ao processo de trabalho e a gestão foram discutidos nesta subcategoria, dentre estes: a falta de planejamento para as ações do CAPS; as lacunas existentes na formação dos profissionais; a ausência de motivação e incentivo aos trabalhadores e a necessidade de iniciativa e compromisso dos gestores.

Neste momento, observei o surgimento de 12 Unidades de Registros (URs) por 16 participantes. Como pode ser constatado nas quatro falas abaixo:

“A gente discute o CAPS III há tanto tempo, acho há 4 anos, que era pra ser uma coisa bem estruturada se a gente viesse resolvendo algumas coisas que atrapalham a gente hoje, fazendo um planejamento e aí a gente vai abrindo as portas hoje como se a gente nunca tivesse visto isso, vem apenas uma determinação (da gestão), tem que virar e acabou e isso é uma dificuldade muito grande.” (Condor)

“Não é apenas a informação, mas também a formação, quando eu falo de enfermagem eu penso na formação mesmo que ele recebe dentro de uma academia, dos conhecimentos, das informações que ele recebe sobre o que é o serviço e também da formação profissional.” (Calopsita)

“A necessidade de produzir o conhecimento, de estudar, de sentar e de ver e rever, de refletir a questão filosófica.” (Sabiá)

“Propomos um fórum de gestores no território do próprio CAPS, aliciado pelo CAPS, mas era iniciativa de trabalhadores e eu acho que tem que ter uma iniciativa da gestão.” (Pardal)

Condor comenta a ausência de uma organização mais efetiva, que proporcione a resolução das dificuldades cotidianas, favorecendo a realização das ações de forma mais estruturada.

A fala de Calopsita traz a preocupação com a formação profissional adquirida na Universidade, ressaltando o tipo de conhecimento e informação que é ministrado nesta, inclusive no que se refere aos serviços de saúde. Neste sentido, nos convoca a refletir sobre a qualidade da formação profissional ofertada nos dias de hoje.

Sobre este aspecto Ceccim (2010) diz que deve ser o cotidiano concreto, com suas vivências reais que devem propor questões para a Educação. Ratifico sua fala e acrescento que a formação profissional deve acima de tudo oferecer o conhecimento e possibilitar a vivência de experiências alicerçadas na realidade vivenciada nas instituições e nos serviços de saúde do SUS, de modo que possa de fato oferecer os subsídios necessários para que estes novos profissionais atuem de forma resolutiva e eficaz.

Sabiá revela a opinião dos profissionais sobre a necessidade de adquirir mais conhecimento, de refletir e discutir sobre temas relevantes para a atuação em saúde mental.

De acordo com Merhy (2004), quanto maior o conjunto das caixas de ferramentas (aqui vista como uma composição de saberes disponíveis para a ação de produção dos atos de saúde) utilizadas para a conformação do cuidado pelos trabalhadores de saúde, individualmente ou em equipes, maior será a possibilidade de compreender o problema de saúde a ser enfrentado e maior será a capacidade de enfrentá-lo adequadamente, tanto no que se refere ao usuário do serviço quanto no que se refere a composição dos processos de trabalho.

Em sua fala, Pardal exprime insatisfação com a postura dos gestores, os quais ele ressalta a falta de iniciativa no que se refere à proposição de ações que fortaleçam a Saúde Mental no território.

Sobre gestão, Merhy (2006) diz que todos os atores governam e com suas capacidades de governar e disputar seus projetos, transformam o cenário e acrescenta que tanto o usuário, quanto os trabalhadores governam.

Desta forma, nos convida a acreditar no potencial criador e produtivo dos profissionais e dos usuários, que agrupados em coletivos apresentam condições de caminhar em direção a autogestão, com o intuito de construir lugares de trabalho promissores e atenção em saúde de qualidade. Ressalto que não se trata de eximir a responsabilidade dos gestores, mas

principalmente de legitimar a capacidade de produção dos coletivos de saúde articulados e integrados.

6.1.2 Subcategoria 2- O processo de trabalho e a Equipe Multiprofissional de Saúde

Na segunda subcategoria os sujeitos debatem pontos referentes ao processo de trabalho e a equipe multiprofissional de saúde, nesta perspectiva surgem questões como: a cultura e medicalização: a impressão dos profissionais; desinstitucionalização e as amarras nos serviços de saúde mental; o diferencial do trabalho em equipe multiprofissional e a necessidade de cuidado e mudanças do trabalhador.

Aqui, emergiram 13URs/38 participantes, das quais destaco quatro falas para discussão a seguir:

“Eu cheguei aqui e disse “por favor dá logo um remédio pra ele dormir”, entendeu? A minha maior agonia era para ele dormir...” (Bicudo)

“E um dia desses antes de vim pra cá eles estavam lá no quintal e eu fiquei assim até a hora do jantar e eu não sei o que tinham feito com as mesas de lá da Emergência Psiquiátrica que elas não estavam lá e distribuíram o jantar e os pacientes estavam todos sentados no chão... Eu fiquei pensando assim que não muda... E no hospital é mais preocupante!” (Beija-flor)

“A gente já passou por vários momentos nos leitos de observação e repouso [...], a gente já teve a necessidade de avaliar cada um com toda a equipe e já ficou também só pra internar, já foi experimentado de tudo no CAPS. O que eu acho que você tem razão e que funciona é quando a equipe está afinada, é a melhor coisa!” (Canário)

“Acho assim importante ter esse momento de capacitação assim nossa, de conhecimento né, serve até como um cuidado pra gente, eu me sinto assim cuidando, de que maneira a gente quer ta? A gente quer ta reproduzindo esse sistema todo que foi falado e sofrendo? Por que as pessoas sofrem, ninguém gosta de tratar o outro mal é que às vezes as pessoas estão adoecidas que elas nem percebem, então participando é que a gente vai vendo. Repensa e se cuida!” (Sabiá)

Bicudo aponta em sua fala a relevância atribuída culturalmente à medicalização na atualidade, aqui ele menciona uma situação observada por ele na sua própria vivência pessoal e profissional na área da saúde mental. Sobre isto, Lobosques (2010, p.109) diz:

Não me parece que os interesses da categoria médica sejam os únicos, nem mesmo os principais, a apoiar-se nessa medicalização. Parece-me, antes, que o modo de presença do discurso da ciência em nossa cultura representa uma certa forma de poder, que visa ordenar não apenas a experiência da loucura, mas a própria subjetividade, os próprios corpos, a própria vida. Neste sentido, o discurso médico é apenas uma das manifestações desse poder, assim como a Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial são uma das formas possíveis de resistência a ele.

Em sua fala Beija-flor expressa sua insatisfação e decepção com procedimentos ainda existentes nos dias de hoje no hospital psiquiátrico, chegando a se questionar se de fato há uma mudança neste cenário.

Observo que a Reforma Psiquiátrica Brasileira se consolida no cotidiano da RAPS, no entanto convive com inúmeras concepções teóricas, várias posturas técnicas e diversas práticas profissionais, que partilham dos mesmos espaços, mas caminham muitas vezes em rumos opostos. Esta coexistência ora pacífica, ora conflituosa, se apresenta como uma realidade desgastante e por vezes desestimulante para os profissionais.

Para Ceccim (2010), desinstitucionalizar significa derrubar paredes que demarcam por normatividades antecedentes os lugares. E a substitutividade representa criar novos lugares, lugares que substituam práticas existentes. Assim, ele nos convida a refletir sobre os velhos conceitos e práticas profissionais caducas, que muitas vezes mesmo sendo ultrapassadas continuam vigorando e sem nenhuma ponderação, são transpostas para os novos espaços da RAPS.

Canário avalia o diferencial que a atuação em equipe multiprofissional representa para a intervenção em saúde mental e acrescenta a necessidade desta de estar afinada com o intuito de cooperação.

Em relação a este assunto, Merhy (2005) afirma que o trabalho em saúde é sempre desenvolvido coletivamente e acrescenta que não há trabalhador sozinho que dê conta das necessidades de saúde.

De acordo com as diretrizes da PNSM o cuidado em saúde mental deve ser realizado preferencialmente em equipe multiprofissional e sob a ótica interdisciplinar, na intenção de assegurar o olhar ampliado e integrado para o sujeito com sofrimento psíquico. Desta forma, deve ser desenvolvido mediante Projeto Terapêutico Singular, o qual é construído pela equipe de saúde, contando com a participação do usuário e de sua família (BRASIL, 2011).

Sabiá em sua fala problematiza o dia adia do trabalho em saúde mental e reflete sobre o impacto que este muitas vezes causa no trabalhador, além disto, menciona que participar desta ação representou para ele uma forma de cuidado, o qual lhe permitiu repensar e promover mudanças em si mesmo e na sua prática profissional.

Merhy (2004) refletindo sobre o cotidiano de uma equipe de CAPS refere que estes trabalhadores operam em um cotidiano habitado por intensas demandas de cuidado, neste sentido tem se colocado sobre o ombro destes trabalhadores “pesos” consideráveis, que facilmente geram fazeres árduos e que os fazem experimentar sensações tensas e polares, como as de potência e impotência, construindo no coletivo de trabalhadores situações bem

paradoxais, nas quais cobram de si e do conjunto posicionamentos profissionais e estados de ânimos muito difíceis de serem mantidos, durante todo o tempo do trabalho.

Desta forma, poder criar processos no cotidiano que exponham estas questões é possibilitar que o coletivo pense e fale sobre isso e opere sobre a produção destas situações e estados (MERHY, 2004).

Neste sentido, acrescenta-se ainda a necessidade que o trabalhador tem de desabafar e visualizar sob outras perspectivas as emoções que o encontro com um usuário lhe causou, já que a dificuldade de lidar emocionalmente com estes encontros pode proporcionar distanciamento ou resistência ao trabalho com a saúde mental (BRASIL, 2013).

Considerando todos estes aspectos supracitados, fica evidente a relevância do trabalhador se cuidar, isto é, de buscar meios para se nutrir e se desenvolver pessoal e profissionalmente.

6.1.3 Subcategoria 3 - O processo de trabalho e o Usuário

A terceira subcategoria discute o processo de trabalho no CAPS Renascer e sua interlocução com o usuário. Nesta perspectiva, os participantes mencionam diversos aspectos relacionados a este tema, como: a garantia de direito dos usuários; os mitos e preconceitos da saúde mental; a família e a saúde mental e os benefícios do acolhimento integral.

Aqui, surgiram 13 URs /38 participantes. Como pode ser observado nas falas a seguir:

“É interessante! Porque ela é tão óbvia! Pra quê que você precisa ter uma lei pra assegurar direitos humanos e civis? E aí quando a gente fala em respeito à autonomia e garantindo ao direito de ir e vir na comunidade.” (Garça)

“Quando eu cheguei aqui também me falaram isso: olha não te envolve muito, fica atento sempre, não dá as costas nunca.” (Carcará)

“A família e eu sempre tive uma preocupação muito grande, acho que pela formação, de trabalhar a questão da família na saúde mental e a gente percebe assim a importância de tratar vários assuntos, porque fortalece aquela relação do usuário com o cuidado.” (Albatroz)

“Acolhimento um recurso a mais, muito positivo, no sentido de que quando a gente coloca os usuários nossos, que a gente conhece, a gente pode observar ele integralmente e consegue ver um resultado melhor!”. (Canário)

Garça em sua fala reforça o caráter lógico da lei 10.216, questionando a necessidade da regulamentação de uma Lei que respalde pontos tão incontestáveis da existência humana. Ressalto que apesar de parecer redundante assegurar aos usuários de Saúde Mental os direitos

humanos, civis, autonomia e a liberdade para circular na comunidade, isto nem sempre lhes foi garantido. Aliás, ao contrário, durante muitos anos o cuidado para esta demanda estava estreitamente relacionado com a reclusão social, a inexistência de direitos humanos básicos e a ausência de poder de decisão sobre sua própria vida.

Neste sentido, muito já foi construído para a legitimidade do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, principalmente no que se refere: as leis e a normatização, a realocação de recursos financeiros para a estruturação da RAPS, o desenvolvimento do conhecimento interdisciplinar e das práticas multiprofissionais, incluindo o fortalecimento da participação e do controle social (BRASIL, 2010).

Carcará comenta o conceito da periculosidade, deixando subentendido o risco que a pessoa com sofrimento mental oferece no olhar da sociedade e acrescenta a orientação que recebeu ao ingressar em um serviço de saúde.

Saliento que muito já foi conquistado no sentido de mudar conceitos, construir novas formas de acolher e principalmente de lidar com esta demanda, contudo ainda persistem muitos aspectos pejorativos e estigmatizantes ligados a pessoa com sofrimento mental.

Aqui, reflito sobre a relevância de ampliar esta discussão, trazendo-a para além do campo dos profissionais da saúde mental e dos serviços de saúde. De modo que seja possível disseminar e pulverizar outros olhares e práticas defendidas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e que constituem as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil.

Merhy (2004) defende que cada coletivo deve problematizar na sua atuação a implicação com o agir antimanicomial e construindo no tempo real do trabalho no interior da equipe, dirigindo-o propositalmente para fabricar novos sentidos para o viver do louco e da loucura na sociedade, abrindo novas portas em cada lugar onde os CAPS são construídos.

A luta pela Reforma Psiquiátrica implica em suscitar mudanças na cultura da sociedade que preguem a segregação, o estigma e a desvalorização das pessoas com sofrimento mental; além de estimular a produção artística e cultural dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares, com a intenção de valorizar estes autores na comunidade (BRASIL, 2010).

Albatroz reforça a importância da família no cuidado junto à pessoa com sofrimento mental e ressalta a necessidade de trabalhar temas pertinentes ao tratamento com a família, mencionando que esta atitude favorece o usuário no dia a dia do cuidado.

Observo que há o reconhecimento do lugar que hoje a família ocupa dentro deste novo olhar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira propõe e mais do que isso, buscam introduzi-la nos cuidados em Saúde Mental, apoiando-a nas suas dificuldades, oferecendo as informações

necessárias e estimulando sua participação e protagonismo nesta interação com a pessoa com sofrimento mental.

Uma abordagem familiar efetiva deve associar conhecimentos científicos e tecnológicos às habilidades de observação, comunicação, empatia e intervenção, o que ocasiona a necessidade de aperfeiçoamento de competências profissionais (BRASIL, 2013). Desta forma, saliento que é essencial que os profissionais estejam sempre em busca de crescimento, atentos as possibilidades de formação e de desenvolvimento profissional, com o intuito de fortalecer a sua intervenção e contribuir para a qualidade da atenção na Saúde Mental.

Canário expressa sua percepção a respeito dos benefícios gerados para as pessoas com sofrimento mental atendidas nos leitos de repouso e observação dos CAPS III e destaca que o acolhimento integral é um recurso que possibilita aos profissionais acompanhar os usuários do CAPS III permanentemente, gerando melhores resultados.

O cuidado à crise requer uma rede de atenção integral, com disponibilidade de assistência contínua e intensiva, no qual o maior obstáculo é representado pelo acolhimento noturno, no formato de leitos (BRASIL, 2010). Leitos estes que devem estar no território, articulados entre a atenção diária e a atenção básica, sendo que a unidade mais adequada para estes leitos é o CAPS III.

Neste sentido, os leitos de observação e repouso disponíveis nos CAPS III são essenciais para a atenção ofertada no próprio CAPS III, visto que atendem a necessidade do serviço de acompanhar de maneira contínua usuários nos momentos de maior dificuldade emocional, social e/ou familiar e oferecem para a equipe multiprofissional de saúde a possibilidade de intervir de forma mais efetiva junto à pessoa com sofrimento mental.

Merhy (2004) ratifica que as experimentações de construção dos CAPS são muito produtivas e geram processos antimanicomiais, que tem de fato melhorado a vida de milhares de usuários destes serviços e acrescenta que dentre as várias funções que eles comportam, algumas que têm mostrado a superioridade concreta destes equipamentos frente a psiquiatria clássica e que os manicômios construíram nos últimos séculos.

6.2 CATEGORIA TEMÁTICA II – A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE MELHORIA DO PROCESSO TRABALHO NO CAPS RENASCER

Considerando que a EPS busca promover o encontro dos coletivos de saúde, com o objetivo de possibilitar o debate sobre o processo de trabalho no cotidiano, no intuito de

produzir melhorias na atenção à saúde e também na organização dos serviços de saúde, os participantes se propõem a discutirem nesta categoria as estratégias para desenvolver e realizar as ações de EPS no CAPS Renascer.

Ressalto que muitas estratégias foram vislumbradas pelos sujeitos, no entanto apesar de terem sido longamente debatidas, foram ponderadas levando em conta a necessidade e a viabilidade de cada uma delas.

Nesta perspectiva, a segunda categoria aponta a criação de um Grupo de Educação Permanente em Saúde; a elaboração do Plano de EPS para o CAPS Renascer e interlocução do CAPS Renascer com os outros CAPS III como estratégias visando a melhoria do processo de trabalho no CAPS Renascer. Aqui, emergiram de três subcategorias, as quais me detenho a seguir.

6.2.1 Subcategoria 1- A criação de um Grupo de Educação Permanente em Saúde

Na primeira subcategoria os sujeitos apontam como uma estratégia a criação de um Grupo que pudesse pensar e organizar as ações de EPS para serem viabilizadas no CAPS Renascer. Assim, vários aspectos referentes ao Grupo de Educação Permanente em Saúde foram pontuados, dentre estes: a ausência de um grupo de EPS; a necessidade de criar um grupo de EPS; o funcionamento do grupo de EPS e os multiplicadores das ações de EPS.

Neste sentido, surgiram 12 URs/ 16 participantes, das quais discuto quatro a seguir:

“Falta de um grupo que organize a EPS no serviço – Um grupo de trabalho; a otimização do tempo; a organização de tempo de modo que seja possível colocar como uma atividade do CAPS, há tempo para EPS.” (Arara)

“Eu acho que a gente tem que ver como a gente pode estar fazendo a auto- gestão, que sabe nós, um grupo nosso.” (Calopsita)

“Nesse 1º momento são trabalhadores compreendendo os 3 turnos, o grupão maior e a partir daí, dessas idéias e dessas propostas, essas pessoas que estão nos outros grupos, outros turnos... Essas pessoas levaram essas propostas para que possam estar sendo desenvolvidas nos seus respectivos turnos...” (Albatroz)

“Como se eles fossem multiplicadores! Vão participar aqui e vão repassar para sua equipe.” (Beija-flor)

Em sua fala, Arara, demonstra o seu desejo de que tenha um espaço para que a EPS seja efetivada no CAPS Renascer, referindo a necessidade de otimizar o tempo e a relevância de viabilizar isto através de um grupo.

Barth (2012), que diz que um ponto importante para a implementação da EPS nos serviços é a interação entre a equipe e acrescenta ainda que é quando o trabalho de equipe se fortalece, que as ações de EPS podem se consolidar, ocasionando transformações na qualidade da atenção ofertada à população.

Pondero ainda que, o cotidiano atribulado do CAPS, de fato muitas vezes impede que a equipe de saúde se organize no sentido de suas próprias necessidades, neste sentido penso que um Grupo de EPS poderá sim ajudar a organizar e sistematizar a institucionalização das ações EPS no CAPS Renascer.

Calopsita, menciona a questão da autogestão, ponderando sobre a possibilidade do próprio grupo se estruturar para realizar esta função. Sobre isto, Ceccim (2010, p. 77) diz: “Eu defendo a construção da auto-gestão, o reconhecimento de que os lugares de trabalho são lugares em auto-gestão para que nós nos coloquemos na condição de atores ou de protagonistas do trabalho que nós fazemos”.

Sarreta (2009) acrescenta ainda que a Política de EPS assinala a importância do fortalecimento da gestão participativa e da responsabilidade compartilhada, com a criação de dispositivos que promovam o diálogo, favorecendo a integração e a participação, oportunizando a troca de experiências e de conhecimentos, assim como a busca de soluções coletivas para as dificuldades que obstaculizam a qualidade da atenção.

Freire (2011) afirma que o trabalhador precisa inventar partindo do próprio trabalho a sua cidadania e acrescenta que esta não se constrói apenas com competência técnica, mas também com luta política em favor da criação de uma sociedade mais justa e mais humana. Tudo isto, convoca os profissionais a assumir as rédeas do próprio trabalho, ressaltando a capacidade destes de coletivamente construir, desenvolver e transformar as instituições de saúde, promovendo atenção em saúde de forma integral e efetiva.

Albatroz expressa a intenção de incluir no grupo de EPS trabalhadores dos três turnos do CAPS, com o objetivo de manter uma linha de raciocínio única no serviço. Aqui, ressalto que a pesquisa inicialmente se propôs a trabalhar com os sujeitos que atuavam somente no turno da manhã, no entanto no decorrer da pesquisa foram sendo discutidas as propostas de continuidade das ações de EPS, desta forma foi cogitada a ideia de que as próximas ações pudessem contemplar os trabalhadores de outros turnos em funcionamento no CAPS Renascer.

De acordo com Barth (2012), o trabalho multiprofissional envolve sujeitos com olhares diferenciados, logo, para que as ações de EPS se firmem nos serviços, esses olhares

devem se encontrar e refletir criticamente sobre cada maneira particular de pensar e proceder, com vistas à construção de relações dialógicas e do trabalho interdisciplinar.

Nesta perspectiva, a inclusão de trabalhadores que atuam nos três turnos do serviço no Grupo de EPS, irá potencializar a integração entre os diversos turnos, favorecendo o diálogo e a construção de uma linguagem única no serviço, o que pode resultar na melhoria da qualidade da atenção ofertada no CAPS Renascer.

Beija-flor opina a respeito dos membros do grupo, pontuando a responsabilidade destes em relação à transmissão as informações e as discussões realizadas no grupo de EPS.

Ceccim (2010), refletindo sobre a formação profissional afirma que não se trata da mera transmissão de conhecimentos, mas de transmitir: como pensamos, sentimos e queremos a nós mesmos, nosso ambiente, nosso mundo. Aqui, aproprio-me desta assertiva, trazendo-a para o mundo do trabalho, dos serviços e das ações de saúde e acréscimo, que se trata da tentativa de contagiar/contaminar os colegas de trabalho, visando envolvê-los na perspectiva de refletir, debater e realizar ações de EPS no CAPS Renascer.

6.2.2 Subcategoria 2- A elaboração do Plano de EPS para o CAPS Renascer

A segunda subcategoria os sujeitos pontuam como uma estratégia a elaboração de um Plano de EPS para o CAPS Renascer, ou seja, a construção de um projeto ou programa para o serviço que incluísse as temáticas e as ações que foram debatidas e elencadas por eles, as quais têm expectativa de implantar e desenvolver.

Nesta perspectiva, dois aspectos foram mencionados, que são: a relevância de construir um Plano de EPS para o CAPS Renascer e a eleição e discussão de temas para serem abordados como: a sistematização e publicação de experiências profissionais e o Plano de Cargos Carreiras e Remuneração. Aqui, emergiram 5URs/12sujeitos, das quais apresento duas para apreciação e discussão:

“Talvez o segundo ai precise aparecer que é o plano de Educação e ai quem pode contribuir para a elaboração do plano, porque uma coisa é o grupo que vai organizar tudo que for educação vai pensar pelo grupo, depois vai ter que ter um plano para contemplar todas as necessidades.” (Pardal)

“Eu acho que nós temos que sair daí com uma terceira possibilidade que é a sistematização [...] mas nós precisamos ter a possibilidade de ter publicações, temas sistematizados, divulgados, um mecanismo de divulgação.” (Pardal)

Pardal em sua fala expressa a importância da elaboração de um Plano de EPS para o CAPS que organize as temáticas e as ações que os trabalhadores pretendem realizar, aqui fica claro que ele acredita que esta forma de proceder irá favorecer a efetivação da EPS, visto que possibilita a sistematização das atividades a serem desenvolvidas.

Neste sentido, considero que esta construção arquitetada pelos sujeitos pode de fato favorecer a realização dos projetos de EPS do CAPS, posto que está alicerçada nas necessidades de maior organização no trabalho visualizadas por eles. Assim, funciona como uma solução pensada e acordada de forma coletiva, o que gera responsabilização e comprometimento entre os participantes.

Ceccim; Feuerwerker (2004), corroboram com esta proposição quando dizem que as demandas para educação em serviço não se resumem a uma lista das necessidades individuais de atualização e nem das determinações da gestão, mas essencialmente devem partir das dificuldades de organização no trabalho, sempre atentando para a importância de prestar assistência com qualidade, integralidade e humanização, além de procurar promover ações, serviços e sistemas visando à articulação da rede.

Pardal se refere à importância de sistematizar e publicar as experiências e práticas profissionais realizadas no serviço e aponta como um tema essencial a possibilidade de pensar e construir meios de divulgar as atividades desenvolvidas no CAPS Renascer.

Freire (1987, p. 44) afirma que “não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”. Nesta perspectiva, resalto a relevância de publicar as atividades realizadas no CAPS Renascer, visando dar visibilidade para as ações de atenção psicossocial em saúde mental lá realizadas, as quais podem fomentar reflexão e ação em outros espaços de saúde mental, inspirando a construção de atividades nestes espaços.

Acrescento ainda que os temas sugeridos refletem as necessidades observadas no cotidiano do trabalho pelos próprios participantes, desta forma podem oportunizar a aquisição de informações e conhecimentos capazes de promover realmente mudanças na forma de atuação da equipe de saúde, gerando transformações na forma de organizar o serviço e desenvolver a atenção em saúde prestada pelo CAPS Renascer. Nesta perspectiva destaca-se a EPS que visa as mudanças e a melhoria institucional baseadas essencialmente na análise dos processos de trabalho, nos seus problemas e desafios (BRASIL, 2007).

6.2.3 Subcategoria 3 - A interlocução do CAPS Renascer com os outros CAPS III

Na terceira subcategoria os sujeitos debatem vários aspectos relacionados à interlocução do CAPS Renascer com os outros CAPS III do Estado, dentre eles: a aproximação entre os CAPS III do Estado; construindo e articulando a RAPS; funcionamento inadequado da RAPS e as propostas de continuidade da EPS para os CAPS III.

Neste sentido, apontam a necessidade dos CAPS III interagirem mais, compartilhando suas dificuldades e construindo soluções coletivas para seu funcionamento adequado. Aqui, emergiram 20URs/32 participantes, das quais trago quatro para discussão:

“Então é isso que a gente tem que debater aqui, a partir do momento que a gente começar a debater, a gente vai começar a melhorar, a unificar o debate e todas as perguntas daqui vão decorrer neste sentido, eu penso desta forma...” (Abelharuco)

“Eu acho importante fortalecer a concepção de rede, né? A Rede de Atenção Psicossocial vem trazer aí que tem que abarcar e que toda rede tem seu quinhão de responsabilidade.” (Cacatua)

“A maneira que os CAPS estão funcionando hoje está totalmente contra a política de saúde mental, como tem que acontecer, né? Então o que é que acontece? Um dispositivo muito importante que o leito de observação dentro do CAPS, está sendo usado como forma de desafogar o HC, né?” (Abelharuco)

“O importante é que fortaleça a Roda de Conversa e a gente fique em sintonia, interessante esse rodízio e acho que tem ser mensal porque aí não fica muito longe e também não fica muito sobrecarregado é bem mais fácil e a gente tá precisando sim, não podemos ficar isolados.” (Canário)

Abelharuco expressa seu desejo de que os trabalhadores e conseqüentemente os CAPS III se aproximem, com o intuito de refletir, dialogar e trocar, construindo uma linha de pensamento e de práticas profissionais mais uniformes.

Freire (2011) pontua como fundamental o momento da reflexão crítica sobre a prática e acrescenta que é pensando criticamente a prática de agora ou de ontem que é possível melhorar a prática futura, assim quanto mais o sujeito reflete e se assume como está, mais se coloca em condições de se modificar e transformar sua prática.

Ressalto o leque de possibilidades que se abrem a partir do encontro, das trocas coletivas, da comunicação nas Rodas de Conversa. Neste sentido, a EPS nos convida a reunir, a agrupar, a criar espaços para o diálogo, para os questionamentos, para a problematização da realidade vivenciada nos serviços de saúde, visando à construção de soluções comuns, potencialmente capazes de produzir melhorias e transformar o cotidiano dos serviços e das ações de saúde.

Ceccim (2010) vem fortalecer esta proposição quando afirma que a EPS deve ser compreendida como um diagrama de círculos e redes, onde é fundamental a roda local de conversações (círculo de cultura) e sua interlocução com outras rodas. Esta interlocução sobre o círculo de cultura e seu efeito de repercussão nas redes são circunvoluções constantes e os círculos são problematizações “de dentro”, um esforço dos atores pela interrogação, no qual esses encontros constituem territórios de realidade e as redes são desdobramentos com o que está fora, gerando o efeito de estremeamento, tão necessários para sua atualização.

Cacatua em sua fala refere à importância da responsabilidade nas ações dos serviços de saúde e reflete sobre o dever de construir uma rede que dê conta da atenção aos usuários de saúde mental.

Observo que hoje a lógica que vigora é a do compartilhamento de responsabilidades, da partilha de problemas e da busca coletiva de soluções, numa perspectiva de construção conjunta, com o propósito de implementar a RAPS e assegurar o acesso aos usuários as ações e aos serviços desta.

A portaria nº 3.088 no art. 3º, incisos I e III, ratifica como objetivos da RAPS: a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população e a garantia da integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, visando o cuidado através do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Abelharuco expressa insatisfação mediante a forma como o CAPS III vem se posicionando dentro da RAPS, afirmando que é totalmente equivocada esta forma de funcionamento. Além disto, refere que esta articulação entre Hospital e CAPS III não atende as diretrizes da PNSM, posto que neste momento o CAPS está atuando como uma estratégia para desafogar o Hospital de Clínicas.

Neste sentido, questiona o objetivo dos leitos disponíveis no CAPS III, alegando que estes são dedicados aos usuários que acolhidos e matriculados no serviço apresentam algum tipo de intercorrência e necessitam ficar em observação no serviço de forma contínua.

Os pontos de atenção da RAPS na atenção de urgência e emergência devem se articular com os CAPS, devendo nas situações que precisem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado (BRASIL, 2011). Nesta perspectiva, fica clara a parceria entre os pontos de atenção, contudo não se estabelece critérios rígidos para esta aproximação, mas apenas diretrizes, dando margem para diversas interpretações.

Observo que o CAPS é um serviço de atenção especializada, o qual tem funções e objetivos específicos, tendo inclusive gerência sobre sua atuação e sob a coordenação do

gestor local, a responsabilidade de organizar a demanda da rede de cuidados dentro seu território. Desta forma, não pode ficar relegado a preencher as lacunas encontradas na atenção da saúde mental no Estado.

Canário aponta a Roda de Conversa como uma possibilidade dos CAPS estarem mais integrados e afinados.

Ressalto que a EPS busca criar espaços que ofereçam a possibilidade de interrogação e problematização das questões vivenciadas no a dia a dia da atuação profissional dentro dos serviços de saúde da RAPS, com a intenção de favorecer a mudança de práticas de trabalho e a organização dos serviços de saúde. Nesta perspectiva, agrega gestores, trabalhadores e usuários, acreditando que todos podem contribuir e somar nesta construção.

Barth (2012), ratifica isto quando diz que o modelo da roda induz a participação coletiva, sem diferenciação por níveis hierárquicos, rompendo com o modelo centralizado e verticalizado, possibilitando que todos os envolvidos tenham vez e voz. Acrescenta ainda que através do diálogo, da problematização da realidade, da reflexão crítica acerca das ações, possibilita-se a transformação das ações profissionais e propicia à participação popular, incentivando essa e abrindo espaço para que essa interrelação se fortaleça.

Assim, percebo a intenção dos participantes em dar seguimento ao processo de EPS realizado através das Rodas de Conversa, demonstrando ter convicção da necessidade e da oportunidade que isto pode representar para os serviços de Saúde Mental.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa nasceu do meu “apaixonamento” pela área da saúde mental e foi nutrida pelo meu desejo de ampliar o conhecimento e a compreensão sobre esta realidade. Assim, nestes anos atuando na área venho buscando meios concretos de contribuir para a evolução e consolidação da Clínica da Atenção Psicossocial em Saúde Mental no Estado Pará.

Desta forma, partindo da minha experiência e vivência profissional, me propus *a estudar o processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Renascer*. Para tanto, lancei mão da pesquisa-ação enquanto método, no intuito de realizar uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório-descritivo.

Ressalto que a pesquisa-ação se mostrou um método desafiador, mas também muito potente. Desafiador pela sua flexibilidade e chance de abertura, características que não constituem um obstáculo em si, mas que requerem vigilância e destreza, visando não perder o domínio da pesquisa. Potente, porque viabilizou a aproximação dos participantes junto à pesquisadora, proporcionando a permuta de conhecimentos, opiniões e valores, favorecendo a construção e o desenvolvimento da pesquisa de modo crítico, colaborativo e produtivo. Observo que, esta aproximação suscitou maior interesse, gerando implicação e compromisso entre os participantes em torno do objeto e objetivos propostos.

Além disto, a pesquisa-ação garante o respeito ao processo vivenciado e experimentado pelo grupo, garantindo fidelidade ao seu desenvolvimento e oportunizando seu crescimento, sem negligenciar os objetivos de conhecimento e de ação embutidos neste método de pesquisa social.

A riqueza deste estudo permitiu o delineamento de duas categorias temáticas e seis subcategorias, as quais são: Categoria temática I – O processo de trabalho no CAPS Renascer e a Categoria temática II- A Educação permanente em Saúde como estratégia de melhoria do processo de trabalho no CAPS Renascer.

A Primeira Categoria Temática discute o processo de trabalho no CAPS Renascer, abordando suas articulações com a gestão, a equipe multiprofissional de saúde e os usuários.

Nesta perspectiva, oportunizou aos participantes problematizar processo de trabalho realizado no CAPS Renascer, com o propósito de promover o debate, a reflexão e a análise crítica das reais necessidades, dificuldades e possibilidades referentes à realidade concretamente vivenciada no cotidiano do serviço. Assim, as demandas apontadas foram resultado direto deste processo de construção coletiva e representam de fato as maiores necessidades e dificuldades que os participantes naquele momento conseguiram visualizar.

A segunda Categoria Temática traz a Educação Permanente em Saúde como uma estratégia de melhoria do processo de trabalho no CAPS Renascer, com este propósito apresenta como proposta: a criação de um Grupo de Educação Permanente em Saúde no CAPS Renascer, a elaboração do Plano de EPS para o CAPS Renascer e o desenvolvimento de Rodas de Conversa no CAPS Renascer e entre os CAPS III do Estado do Pará visando favorecer a interlocução entre esses serviços.

Ressalto que esta pesquisa se constituiu em uma oportunidade de problematizar o processo de trabalho do CAPS Renascer, no intuito de identificar problemas e estratégias para superá-los. Neste sentido, emergiu a necessidade de realizar ações de Educação Permanente em Saúde no CAPS Renascer.

Assim, destaco como principais resultados desta pesquisa: a criação do Grupo de Educação Permanente em Saúde no CAPS Renascer, a elaboração do plano de Educação Permanente em Saúde para o CAPS Renascer e a construção de Rodas de Conversa entre os CAPS III do Estado do Pará.

Pontuo que estas propostas advém dos espaços de debate, discussão e reflexão entre a equipe multiprofissional de saúde (incluindo os residentes e estagiários), a gestão e os representantes (usuário e familiar) do conselho gestor, todos participantes da pesquisa. Fica evidente o potencial destes sujeitos de pensar, analisar e realizar coletivamente as mudanças necessárias para a melhoria e a transformação da atenção psicossocial ofertada neste espaço.

A pesquisa-ação identifica no trabalhador e/ou no usuário um pesquisador, desta forma também o reconhece como um ator, capaz de produzir conhecimento e protagonizar transformações.

Acrescento ainda que estas ações de EPS já extrapolaram as etapas inicialmente pensadas nesta pesquisa, visto que as Rodas de Conversa entre CAPS III continuaram, de modo que já vivenciamos mais três Rodas de Conversa entre CAPS III (além da primeira estabelecida na pesquisa), uma delas contando inclusive com a participação da atual Coordenadora de Saúde Mental do Pará.

Quanto ao Grupo de Educação Permanente em Saúde, que foi pensado, discutido e criado no Centro de Atenção Psicossocial Renascer, já foram realizadas três reuniões, com o intuito de debater a continuidade das ações de EPS no serviço, de forma que já foi definido um Cronograma visando a realização destas. Neste sentido, o grupo tem a intenção de retomar suas atividades no início do ano de 2015.

Observo que resultados advindos da realização destes estudos são proveitosos à medida que trazem conhecimentos a respeito da forma como a Educação Permanente em Saúde se processa na prática em um serviço de atenção psicossocial em saúde mental.

Nesta perspectiva, esta pesquisa pode contribuir para a *atenção psicossocial em saúde mental* à medida que se propôs a pensar e discutir o processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Renascer. Neste sentido, possibilitou aos profissionais de saúde deste serviço refletir sobre o seu cotidiano de trabalho, discutindo e promovendo as mudanças necessárias para a melhoria das práticas de trabalho e para a organização do serviço, oportunizando a construção do conhecimento coletivo e o aprendizado vivencial.

Poderá também beneficiar o *Ensino*, posto que a proposta incluiu os preceptores, estagiários e residentes em trânsito no CAPS, os quais tiveram a oportunidade de conhecer, refletir e debater juntamente com a equipe do CAPS sobre o processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Renascer e sua ressonância sobre a atenção psicossocial ofertada neste serviço de Saúde Mental.

Os resultados vão ser divulgados para a *comunidade*, o que poderá contribuir para ampliar o conhecimento técnico-científico e apoiar a construção e o desenvolvimento de outras iniciativas deste porte na área da saúde mental.

Para mim, enquanto psicóloga e pesquisadora, esta pesquisa apresentou-se como uma oportunidade única, desafiadora e gratificante, que me possibilitou junto com o coletivo dos participantes desenvolver ações de EPS no CAPS Renascer, nas quais acredito e vislumbro meios de alavancar esta área pela qual tenho tamanho apreço.

Ressalto que construir e desenvolver junto com meus pares um projeto coletivo que oferece recursos para melhorar e qualificar nosso trabalho cotidiano é muito mais do que um sonho, representa o início da realização de uma conquista, que abre portas para novas iniciativas de crescimento, de amadurecimento e efetivação da Clínica de Atenção Psicossocial em Saúde Mental no Pará.

Observo que a realização desta pesquisa e a possibilidade de continuidade das ações enche meu coração de esperança, alimentando minha crença em construir e desenvolver coletivamente outras iniciativas de EPS, que tragam em seu bojo o potencial de estimular a articulação dos serviços de saúde e produzir transformações reais no contexto da Rede de Atenção Psicossocial.

Contudo, destaco que não é fácil concretizar projetos deste porte, pois estes exigem dedicação, disponibilidade de tempo e requerem mobilização, sem falar do custo financeiro.

Nesta perspectiva, menciono como uma limitação deste estudo, a própria disponibilidade de tempo dos trabalhadores da área da saúde, os quais de um modo geral possuem mais de um vínculo profissional, o que poderá se constituir num obstáculo para a concretização das ações de EPS, já que estas necessitam de planejamento, de recursos financeiros e de tempo para acontecerem de modo produtivo e eficaz.

Neste contexto, ratifico como uma necessidade a proposta dos participantes da pesquisa de incluir os gestores e as instâncias de governo potencialmente capazes de disponibilizar tanto recursos materiais e financeiros, quanto espaço físico e trabalhadores aptos e liberados para apoiar e viabilizar estas iniciativas de EPS na área de Saúde Mental.

Solicito a atenção das coordenações estaduais de Educação Permanente em Saúde e de Saúde Mental para apoiar e realizar iniciativas em conjunto, com o propósito de viabilizar oportunidades como esta para os serviços de saúde da RAPS do Pará. Além disto, assinalo a necessidade e a importância de proporcionar isto mediante a política de EPS preconizada pelo Ministério da Saúde, que oferece possibilidades concretas e recursos para este fim.

Acrescento que mais que um retorno dos dados coletados, esta pesquisa realizada no CAPS Renascer, apresenta-se como uma oportunidade de crescimento e amadurecimento, que pode ser potencializada e continuar caminhando, mediante as necessidades e possibilidades visualizadas pelos trabalhadores deste serviço.

Neste sentido, observo que a EPS surgiu como resultado e demonstrou ser uma estratégia potencialmente capaz de contribuir com o desenvolvimento profissional dos trabalhadores, motivar mudanças nos locais de trabalho e transformações nos serviços de saúde. Desta forma, oferece possibilidades concretas para o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental e a consolidação da Clínica da Atenção Psicossocial em Saúde Mental no Estado do Pará.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Algumas observações críticas sobre a formação em saúde mental. In: LOBOSQUES, A. M. (org.). **Caderno de Saúde Mental. SaúdeMental: Os desafios da formação**. Belo Horizonte: Autêntica, v. 3.p. 95-105, 2010.

_____. Apresentação. In: AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L.B. (org.). **Saúde Mental, Formação e Crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

AMARANTE, P; CRUZ, L. B. (org.). **Saúde Mental, Formação e Crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

_____. Definição e relação com as outras ciências. In: BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARTH, P. O. **Educação Permanente em Saúde: concepções e práticas em Centros de saúde de Florianópolis/SC**.2012. 92f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2012.

BRASIL. **Centros de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1>. Acesso em: 25 out. 2013.

_____. **Lei Nº 10. 216, de 04 de junho de 2001**. Dispõe sobre os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental e dá outras providências. Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 abr. 2001.

_____. **Lei Nº 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1990.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Apresentação.** Mental. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925#>. Acesso em: 25 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada.** Política Nacional de Humanização da Atenção e gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Série B. 64p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental– Intersetorial.** Temário Oficial. Ementas dos Eixos e Sub-Eixos Elaborados pela Comissão Organizadora. Versão preliminar 1. 46 p. Brasília, 30 de março de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 12, 13 jun. 2013. Seção 1, p.59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12 out.2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Série C. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 34, 176 p.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Comunicação e Educação em Saúde, Série F. 86p.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 10**, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Políticas e Programas – Apresentação**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1>. Acesso em: 28 out. 2013.

_____. **O que é Reforma Psiquiátrica**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929>. Acesso em: 25 set. 2013.

_____. **Portaria n.198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n.32, 2004. Seção 1.

_____. **Portaria n. 336, 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n.34, 2002. Seção 1.

_____. **Portaria n.1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 162, 22 ago. 2007. Seção 1.

_____. **Portaria n.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] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n.247, 26 dez.2011. Seção 1, p.230-232.

_____. **Sobre a política**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26643&janela=1>. Acesso em: 03 nov. 2013.

CAMPOS, G. W. de S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4 n. 1, p. 19-31, 2006.

CASTRO, A. R; SILVA, C. I. F. **A construção da política de educação permanente no Pará**: reflexão da Secretaria de Estado de Saúde. 2012. 47 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2012.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental. In: LOBOSQUES, A.M. (org.). **Caderno de Saúde Mental. Saúde Mental: Os desafios da formação.** Belo Horizonte: Autêntica, v.3, p.67-90, 2010.

_____. Educação Permanente em Saúde: descentralização da capacidade pedagógica na saúde. **Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p. 975-986, 2005.

_____. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.161-168, set. 2004-fev.2005.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação permanente em saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 08 jul. 2013.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41- 65, 2004.

COSCRATO, G; BUENO, S. M. V. Pesquisa Qualitativa sobre humanização em Saúde mediatizada por Pesquisa. **Ação. Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.1, n.1, p.120-128, 2010.

FARIA, H. X.; ARAÚJO, M.D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.2, p.429-439, 2010.

FRANCO, M. A. S. Pedagogia da Pesquisa. **Ação. Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set./dez. 2005.

FREIRE, P. A concepção “bancária” e a contradição educador-educando. In: _____. **Pedagogia do oprimido.** 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Educação como prática de liberdade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra Ltda, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pará. Belém, infográficos:** dados gerais do Município. 2010. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/23310>. Acesso em: 12 out.2013.

KOERICH, M.S. et al. Biblioteca Virtual em Saúde. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. **Rev. Eletrônica de enfermagem**, v.11, n.3, set. 2009. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=549708&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

LOBOSQUES, A.M. (org.). **Caderno de Saúde Mental. Saúde Mental: Os desafios da formação.** Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

LOBOSQUES, A.M. A formação em saúde mental: ousemos avançar. In: _____. (org.). **Caderno de Saúde Mental. Saúde Mental: Os desafios da formação.** Belo Horizonte: Autêntica, v. 3, p. 107- 114 2010.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: MERHY, E. E. (Org.); ONOCKO, R. (Org.). **Agir Em Saúde: um Desafio Para o Público.** São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos.** Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Os CAPS e seus trabalhadores no olho do furacão antimanicomial: alegria e alívio como dispositivos analisadores. 2004. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

_____. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.172-174, set.2004/fev. 2005.

_____. E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, p.15-36, 2006.

MERHY, E.E.; FRANCO, B.T. Trabalho em Saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Disponível em: <http://www.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>. Acesso em: 28 nov. 2014.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil:** uma pequena revisão. Minas Gerais, [2008]. Disponível em: <www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>. Acesso em: 20 set. 2013.

RABELO, A.R. et al. Fundamentação teórica. In:_____. **Um manual para o CAPS.** Salvador: Bigraf, 2005. p. 18-31.

RASSY, M. E. de C. **A perspectiva da qualidade na assistência pré-natal:** uma contribuição da enfermagem a luz de Avedis Donabedian. 2010. 132f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

ROGERS, C. R. A aprendizagem significativa na terapia e na educação. In: _____. **Tornar-se pessoa.** São Paulo: Martins Fontes, cap.12, p.257-288, 1991.

ROTELLI, F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: AMARANTE, P; CRUZ, L.B. (org.). **Saúde Mental, Formação e Crítica.** Rio de Janeiro: Laps, Cap.2, p.37-50, 2008.

SARDINHA, P.L. et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería Global**, n. 29, jan. 2013. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/141801/144121>>. Acesso em: 03 out. 2014.

SARRETA, F.O. Introdução. In:_____. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS.** São Paulo: Cultura Acadêmica, p. 13-30, 2009.

SOUZA, D. F. de. **Educação em saúde na enfermagem:** da palestra ao encontro dialógico. 2011. 143f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

SOUZA, M. L. B. **Modelo orgânico de avaliação participativa:** construção e aplicação na estratégia de saúde da família. 2011. 152f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias:** acadêmica, da ciência e da pesquisa. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

THIOLLENT, M. Estratégia de conhecimento. In: _____. **Metodologia da Pesquisa-ação.** São Paulo: Cortez, 2011.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2011.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos. **Revista de Saúde pública**, v.39, n.3, p.507-514, 2005.

**APÊNDICE A – CRONOGRAMA DO GRUPO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DO
CAPS RENASCER (Continuidade)**

| TEMA | FACILITADOR | DIA | HORA | LOCAL |
|---|---|------------|----------------|---------------|
| 1)Meios para Construir, Sistematizar e Publicar as Experiências do CAPS | Lucivaldo Araújo, Ingrid Oliveira, Laiana Nascimento e Márcia Roberta | 30/01/2014 | Manhã | CAPS Renascer |
| 2)Planos de Cargos, Carreira e Remuneração. | Fernando Moraes | 27/02/2014 | Tarde | CAPS Renascer |
| 3)Contatar Parcerias | Sônia Bahia, Luís Guilherme e Shirley Miranda | 27/03/2015 | Manhã ou tarde | CAPS Renascer |

**APÊNDICE B- CRONOGRAMA DAS RODAS DE CONVERSA ENTRE CAPS III
(Continuidade)**

| ATIVIDADE | DIA | HORA | LOCAL |
|------------------------------------|-------------|-------------|---------------------|
| 1ª Roda de Conversa entre CAPS III | 06/06/2014 | Manhã | UEPA |
| 2ª Roda de Conversa entre CAPS III | 11 /07/2014 | Tarde | CAPS AMAZÔNIA |
| 3ª Roda de Conversa entre CAPS III | 12/09/2014 | Manhã | CAPS GRÃO - PARÁ |
| 3ª Roda de Conversa entre CAPS III | 12/09/2014 | Manhã | CAPS RENASCER |

APÊNDICE C–LISTA DE PÁSSAROS (PSEUDÔNIMOS)

Abelharuco
Águia
Albatroz
Andorinha
Araçari
Arara
Ararajuba
Ave do Paraíso
Ave Lira Soberba
Azulão
Barnacla
Bavete
Beija Flor
Bentevi
Bicudo
Cacatua
Calopsita
Canário
Cegonha
Cisne
Coleirinha
Condor
Coruja
Corvo
Cuco
Curió
Faisão
Flamingo
Gaiivota
Garça
Gralha
Íbis
Juriti
Maçarico
Pardal
Patativa
Pica Pau
Rouxinol
Sabiá
Saíra
Sanhaço
Socó
Tangará
Tico Tico
Uirapuru

APÊNDICE D – CONVITE PARA A 1ª RODA DE CONVERSA ENTRE CAPS III**RODA DE CONVERSA**

Convidamos você para participar da 1ª Roda de Conversa entre os CAPS III do Estado. Este encontro tem por finalidade conversar sobre as normas e rotinas dos serviços, os recursos humanos, os conceitos e as práticas relacionadas ao funcionamento dos CAPS III. Participe!

Dia: 06 de junho de 2014.

Horário: 8:30 as 12:00 h

Local: Universidade Estadual do Pará (UEPA), Trav. Perebebuí.

Participantes: Trabalhadores e gestores dos CAPS III.



**APÊNDICE E – GRUPO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CAPS
RENASCER**

- 1. Ave Lira Soberba – manhã e tarde**
- 2. Albatroz -manhã**
- 3. Bicudo - manhã**
- 4. Carcará - manhã e tarde**
- 5. Calopsita - manhã**
- 6. Calau - noturno**
- 7. Corvo - noturno**
- 8. Pardal - manhã**
- 9. Garriça - tarde**
- 10. Sabiá - manhã**
- 11. Saíra - noturno**
- 12. Granatina - tarde**
- 13. Pomba - tarde**
- 14. Gavião- tarde**
- 15. Maina - noturno**