



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

LISLAINE SANTOS GUIMARÃES

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE CUIDADO EM  
SAÚDE MENTAL A PARTIR DE DIFERENTES  
FORMAÇÕES PROFISSIONAIS**

SANTOS

2017

LISLAINE SANTOS GUIMARÃES

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE CUIDADO EM  
SAÚDE MENTAL A PARTIR DE DIFERENTES  
FORMAÇÕES PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - para obtenção do título de Mestre Profissional em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Laura Câmara Lima

Coorientador: Prof. Dr. Sidnei José Casetto

SANTOS

2017

G963c

Guimarães, Lislaine Santos, 1976-

Concepções e práticas de cuidado em saúde mental a partir de diferentes formações profissionais. Lislaine Santos Guimarães; Orientadora: Profa. Dra. Laura Câmara Lima; Coorientador: Prof. Dr. Sidnei José Casetto – Santos, 2017.

73 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado profissional) – Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde - Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista – 2017.

1. Educação Permanente. 2. Equipe de cuidados de saúde. 3. Saúde Mental. 4. Centros de Atenção Psicossocial. 5. Saúde Pública. I. Lima, Laura Câmara, Orientador. II. Casetto, Sidnei José, Coorientador. III. Título.

CDD 610.7

LISLAINE SANTOS GUIMARÃES

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DE  
DIFERENTES FORMAÇÕES PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Ensino em Ciências da Saúde – Modalidade Profissional - da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista - para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

Santos, 13 de março de 2017.

---

Prof. Dr. Haroldo Tuyoshi Sato

---

Prof. Dr. Fernando de Almeida Silveira

---

Profª. Dra. Maria Inês Badaró Moreira

---

Profª. Dra. Laura Câmara Lima

SANTOS

2017

## **DEDICATÓRIA**

*Para todos que trabalham e acreditam no SUS e, em especial, para os trabalhadores, usuários e familiares que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa luta é de todos nós.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço aos meus orientadores Laura Câmara Lima e Sidnei José Casetto pelo aprendizado, pelo incentivo, pelo apoio, pela paciência e principalmente pela generosidade com que me acolheram nessa jornada.*

*Agradeço aos professores do Mestrado Profissional pelo compartilhamento de uma das coisas mais preciosas que existem: o conhecimento. Levarei para sempre a intensidade das aulas do GEPPRA, uma das experiências mais transformadoras da minha vida.*

*Aos colegas do Mestrado Profissional da turma de 2014 por tudo que compartilhamos: aulas, trabalhos, almoços e mensagens que nos fortaleceram para enfrentarmos esse desafio. Agradeço sobretudo à Camila, por me acudir em um momento de “sufoco”.*

*Aos professores Fernando Silveira, Maria Inês Badaró, Adriana Barin, Haroldo Sato e Luciene Jimenez que tão gentilmente aceitaram o convite para compor as bancas de Qualificação e de Defesa deste trabalho.*

*Agradeço aos profissionais do Núcleo de Atenção Psicossocial I (NAPS I) por dividirem de maneira intensa as dores e alegrias do nosso cotidiano no cuidado aos usuários do serviço. A dedicação, a criatividade, a competência e principalmente, a amizade, são meus alicerces para enfrentar os desafios diários. Em especial agradeço aos colegas que participaram da pesquisa.*

*Ao amigo Reginaldo Jr. pela revisão do Abstract.*

*Agradeço, sobretudo, aos meus pais que, a despeito de não terem tido as mesmas oportunidades que eu tive, foram responsáveis, cada um à sua maneira, por terem iniciado o caminho que me trouxe até aqui.*

## RESUMO

O estudo originou-se de um incômodo do cotidiano da pesquisadora e psicóloga do Núcleo de Atenção Psicossocial I (NAPS I), em Santos-SP, com o fato de que os diversos entendimentos sobre cuidado em saúde mental entre os membros da equipe multiprofissional provocavam divisões dentro da própria equipe a respeito das condutas, divisões essas que interferiam na efetividade do trabalho. A hipótese levantada era de que as concepções e práticas de cuidado em saúde mental, bem como a compreensão do que é a doença mental não seria a mesma entre esses trabalhadores e a formação profissional seria um dos fatores que determinaria essas diferenças. O objetivo geral da pesquisa foi compreender e problematizar as diferentes concepções e práticas de cuidado em saúde mental entre os trabalhadores do serviço. Os objetivos específicos foram entender como os profissionais do CAPS pesquisado compreendem a doença mental; investigar como profissionais de diferentes formações concebem e praticam o cuidado em saúde mental; discutir e ampliar o repertório de cuidados em saúde mental; mobilizar processos de Educação Permanente no serviço. A pesquisa é qualitativa e exploratória. Para coleta dos dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas. A amostra não probabilística compreendeu metade dos profissionais do serviço (n= 13). Os sujeitos da amostra foram selecionados de modo a representarem todas as formações profissionais, a diversidade de tempos de serviço e os diferentes turnos de trabalho da equipe de saúde. Os voluntários abordados possuíam ao menos três meses de experiência na unidade na época da coleta. Um roteiro foi criado pela pesquisadora, contendo questões sobre escolha da área, capacitação, formação, experiência, visão, entendimento, dificuldades. As entrevistas foram gravadas, transcritas de forma integral, lidas e analisadas, com base nos objetivos da pesquisa, pelo método da análise de conteúdo temática. Considerações finais: A hipótese de que a formação profissional determinaria, de forma predominante, as concepções e práticas de cuidado não se confirmou. O tempo de atuação na área, a prática diária com os usuários, os valores pessoais e o posicionamento político e ideológico parecem ser mais determinantes do que a formação profissional. Nesse sentido, ações de Educação Permanente seriam pertinentes para qualificar as equipes. Apesar dos trabalhadores terem conquistado recentemente um espaço semanal autogerido para Educação Permanente, ainda existe resistência por parte de

alguns profissionais da equipe de enfermagem em participar desses encontros. Assim, como o Mestrado Profissional da Universidade Federal de São Paulo exige o desenvolvimento de um produto, decidi convidar esses sujeitos para participarem de grupos operativos, em que os resultados da pesquisa serão compartilhados e servirão de disparadores das discussões. O objetivo é ouvi-los e estimulá-los a participar dos encontros de Educação Permanente, para que a pactuação do trabalho possa, enfim, realizar-se coletivamente, e que os saberes e os fazeres de cada trabalhador possam ser compartilhados, aprimorados e colocados à contribuição de todos (equipe e usuários).

Palavras-chave: Educação Permanente, equipe de cuidados de saúde, Saúde Mental, Centros de Atenção Psicossocial, Saúde Pública.



## **ABSTRACT**

The study originated from a daily discomfort of the researcher and psychologist of the Psychosocial Care Center I (NAPS I), in Santos-SP, about the different understandings of Mental Healthcare among multiprofessional team's members causing splits within the team itself about their behaviors; divisions which interfered in the effectiveness of the work. The raised hypothesis was that Mental Healthcare conceptions and practices as well as the understanding of mental illness would not be the same among these workers and professional qualification would be one of the factors that would determine these differences. The general objective of the research was to understand and problematize the different conceptions and practices of Mental Healthcare among service workers. The specific objectives were to understand how the professionals of the surveyed Psychosocial Care Center understand mental illness; investigate how professionals from different backgrounds conceive and practice Mental Healthcare; discuss and expand the repertoire of Mental Healthcare; mobilize processes of Permanent Education in the service. The non-probabilistic sample consists half of the service workers (n= 13). The sample subjects were selected to represent all the qualification, the diversity of service time and the different work shift of the health team. The volunteered approached had at least three months of experience at work, at the time of data collection. A script was created by the researcher, containing questions about the choose of the area, qualification, education, experience, vision, understanding, difficulties. The interviews were recorded, transcribed, read and analyzed based on the research objectives, using the thematic content analysis method. Final considerations: the hypothesis that professional qualification could predominantly determine the conceptions and practices of care was not confirmed. Time spent in the area, daily practice with users, personal values and political and ideological positioning seem to be more determinant than professional qualification. In this case, Permanent Education actions would be pertinent to qualify teams. Although workers have recently won a weekly self-managed space for Permanent Education, there is still resistance by some professionals of the nursing staff to participate in these meetings. Thus, as UNIFESP's Professional Master degree requires the development of a product, I decided to invite these subjects to participate of Operative Groups, in which the results of the research will be shared and serve as triggers of other discussions. The goal is to listen to them and

invite them to participate of the meetings of Permanent Education, so that the agreement of the work can, finally, be carried out collectively and that the knowledge and practices of each worker can be shared, improved and made available for all (health team and patients).

Keywords: Permanent Education, Health Care Team, Mental Health, Mental Health Services, Public Health.

*“Nada deve parecer natural. Nada deve parecer impossível de mudar”.*

***Bertold Brecht***

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	12
1.1 Percalços .....	12
1.2 E assim costumava ser.....	15
1.3 Um paradigma quebrado .....	17
1.4 O NAPS I .....	21
1.5 Educação Permanente em Saúde .....	28
2 METODOLOGIA .....	33
2.1 Construindo o Estudo .....	33
2.2 Análise dos Dados .....	37
3 RESULTADOS .....	38
3.1 Caracterização dos profissionais do NAPS I que participaram do estudo.....	38
3.2 Caracterização do cuidado em saúde mental oferecido pelos profissionais do NAPS I..	39
4 DISCUSSÃO .....	58
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	62
REFERÊNCIAS .....	65
APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	69
APÊNDICE II - Roteiro de entrevista semiestruturada .....	71

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Percalços

*Não se afobe, não  
Que nada é pra já  
(Chico Buarque)*

De acordo com Amarante (2007), a desconstrução do manicômio e do aparato manicomial, compreendidos como os saberes e práticas que justificavam a existência de um local de segregação foram além do desmantelamento da estrutura física do hospício. Para Rotelli (2001), mais do que o manicômio, a instituição negada era a loucura, as relações de poder, os códigos de referência e tudo o mais que cercava o objeto doença.

A luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica provocaram diversas mudanças no campo da saúde mental no Brasil. O marco da intervenção na Casa de Saúde Anchieta em 1989, em Santos, entre outras transformações, tais como o fechamento gradual de outros hospitais psiquiátricos, a criação dos serviços substitutivos regionalizados, como os Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial e as cooperativas de trabalho, entre outros, criaram as bases para uma nova proposta de cuidado em saúde mental (AMARANTE, 1995).

Embora a saúde mental no município de Santos tenha sido vanguarda no final dos anos oitenta e no início dos noventa, nos governos Telma de Souza e David Capistrano, a situação nas administrações posteriores foi totalmente diferente. Koda e Fernandes (2007), em artigo baseado em pesquisa realizada em um NAPS de Santos, falam sobre o período da mudança de gestão municipal na cidade e como os trabalhadores na época vivenciaram essa transição como um luto, em função da perda do suporte da administração pública.

Cerca de vinte e três anos após a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, iniciei minha trajetória como trabalhadora da saúde mental de Santos. Desde o início da graduação em 2005, a área da saúde sempre concentrou meu interesse. Em 2012, seis meses após finalizar o aprimoramento em Psicologia Hospitalar em um hospital geral público, veio a nomeação no concurso da Prefeitura de Santos e a possibilidade de atuar na saúde mental, mais

especificamente no Núcleo de Atenção Psicossocial I (NAPS I), unidade criada após a intervenção na chamada “Casa dos Horrores”.

Como citado acima, a falta de investimento por parte das últimas gestões municipais havia descaracterizado o NAPS e a grande quantidade de atendimentos levava à sobrecarga da reduzida equipe. Nessas condições, não havia muito espaço para a reabilitação psicossocial e o trabalho concentrava-se quase que inteiramente na resolução de situações emergenciais. Sobrecarregados, sem supervisão e quase sem momentos para refletir sobre o trabalho, muitos trabalhadores adoeciam e se afastavam por licença médica. O fato do equipamento estar inserido em um território populoso, de significativa vulnerabilidade socioeconômica, tornava o trabalho ainda mais complexo.

Espantou-me, em primeiro lugar, o fato de não ter recebido nenhum tipo de preparo ou capacitação para assumir o cargo de psicóloga na unidade, apesar de toda complexidade do trabalho do NAPS I (que se trata de um CAPS III, designação que explicarei mais adiante). Embora a graduação em Psicologia fosse pré-requisito para ocupar o cargo, eu acreditava que não era suficiente para dar conta das demandas do serviço. Dessa angústia veio, então, o desejo de estudar, de qualificar meu trabalho.

Em 2013 dei início à especialização em saúde mental e, em 2014 decidi me inscrever no processo seletivo do Mestrado Profissional, da Universidade Federal de São Paulo. A observação de que alguns profissionais do serviço estavam afastados por licença médica levou à hipótese empírica de que as condições de trabalho desfavoráveis estariam entre os fatores que levavam ao adoecimento dos funcionários do NAPS I e, a partir dessa hipótese, escrevi um pré-projeto sobre esse tema.

Aceita no programa, o estudo foi tomando forma com o suporte dos orientadores e daí nasceu o projeto de pesquisa “Psicodinâmica do Trabalho em Saúde Mental: o caso dos profissionais de um CAPS III da Baixada Santista”, com a proposta de realizar grupos de discussão com os profissionais do serviço. Para tanto, projetava-se realizar um estudo de abordagem qualitativa, exploratória e interventiva, utilizando o referencial teórico e metodológico da Psicodinâmica do Trabalho, proposto por Christophe Dejours.

Enviado à Coordenadoria de Formação e Educação Continuada (COFORM) da Secretaria Municipal da Saúde de Santos em junho de 2015, o projeto recebeu parecer desfavorável em julho de 2015. Em função disso, o trabalho foi reelaborado para que fossem

explicitados os pontos do projeto que não haviam ficado claros e o mesmo foi encaminhado novamente à COFORM, em outubro de 2015. Mas, em novembro de 2015 o estudo recebeu novamente parecer contrário.

Nesta segunda avaliação, a comissão alegou que a Secretaria da Saúde já havia contratado um consultor externo, o que poderia gerar conflitos na atuação da pesquisadora e do consultor. Também pontuou que poderia haver questões éticas na intervenção da pesquisadora, devido a mesma fazer parte da equipe que participaria do estudo. Esse segundo ponto mostrou-se discutível, pois o Mestrado Profissional prevê que a coleta de dados seja realizada no local de trabalho e vários profissionais da Secretaria da Saúde de Santos haviam feito parte das turmas de 2012 e 2013 do Mestrado Profissional do Campus Baixada Santista.

O fato de termos solicitado acesso a dados estatísticos da Medicina do Trabalho para fazer um comparativo entre o adoecimento dos trabalhadores da saúde mental com o de trabalhadores de outras áreas também foi usado como justificativa para o estudo receber parecer desfavorável. Não concordamos com esse segundo parecer, pois sabemos da existência de protocolos específicos para trabalhar com dados de saúde, e enviamos uma resposta com todos os nossos argumentos à Coordenadoria de Formação e Educação Continuada; mas, como não obtivemos resposta, entendemos que se não escrevêssemos outro projeto não conseguiríamos autorização para realizar a pesquisa e perderíamos o prazo do programa.

Após esses percalços, verificamos que havia outra questão angustiante no cotidiano de trabalho que eu sempre trazia nos encontros com os orientadores: embora a Reforma Psiquiátrica tivesse levado à criação de uma nova lógica de cuidados em saúde mental, existem diferenças que parecem irreconciliáveis entre os profissionais da equipe multiprofissional do NAPS I acerca do conceito e das práticas de cuidado. Tais divergências dividem a equipe e se refletem nos cuidados fornecidos aos usuários do serviço.

Parece que, para uma parte desses profissionais, o cuidado em saúde mental ainda está muito atrelado ao modelo biomédico, à administração de medicamentos, ao atendimento individual e principalmente ao estabelecimento de limites (que em geral significa enquadrar o paciente nas rotinas e regras do serviço de maneira mais rígida); enquanto, para outros, o cuidado relaciona-se ao acolhimento, à criação de vínculos e a militância pelo resgate dos direitos e da autonomia dos usuários.

Em dezembro de 2015 abrimos mão do projeto inicial, que seria interventivo e coletivo, e partimos para uma pesquisa exploratória, a ser realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com os funcionários da equipe individualmente. Assim, a presente dissertação originou-se dessas inquietações e das hipóteses levantadas por meio de observações feitas na minha rotina de trabalho, enquanto psicóloga e pesquisadora do Núcleo de Atenção Psicossocial I.

## **1.2 E assim costumava ser...**

Parto da premissa de que, para compreender as diferentes concepções e práticas de cuidado em saúde mental na atualidade é necessário fazer uma viagem no tempo para entender como a loucura tem sido encarada e como os indivíduos considerados loucos têm sido tratados ao longo da história. Serrano (1982) afirma que alguns fenômenos sociais como as crises, os sujeitos improdutivos e os que raciocinavam a partir de outra lógica sempre estiveram entre nós e esses fenômenos foram entendidos de formas diversas conforme cada época. Segundo o autor, de maneira geral, estes comportamentos costumavam ser conferidos às forças sobrenaturais.

A prática de encerrar loucos em naus, para evitar que vagassem pelas cidades era um jeito de se certificar de que eles se manteriam em trânsito. A barca dos loucos fazia parte do imaginário do homem medieval, assim como a ideia de que os loucos teriam uma consciência trágica. Eles seriam *prisioneiros da passagem*, obrigados a estarem fora dos muros das cidades (FOUCAULT, 1972, grifo meu). Os loucos eram vistos como parte da sociedade e dos planos divinos: sua existência estimulava a caridade dos ricos, que viam na esmola um caminho para a salvação (SERRANO, 1982).

Com a decadência do feudalismo e o início do capitalismo, que incentivava o trabalho e o lucro, mudanças sociais foram iniciadas e os loucos e os pobres passaram a ser encarados como uma ameaça social e moral, devendo ser internados para que se afastassem do convívio social e passassem a trabalhar (SERRANO, 1982).

A respeito dessa nova ordem e da segregação que se seguiu, Foucault (1972) afirma que essa população indesejável foi ocupando os espaços antes destinados aos leprosários. E nos lembra que:



A Igreja tomou partido, e fazendo-o dividiu o mundo cristão da miséria que a Idade Média em sua totalidade havia santificado. De um lado, haverá a região do bem, que é a da pobreza submissa e conforme a ordem que lhe é proposta. Do outro, a região do mal, isto é, da pobreza insubmissa, que procura escapar a essa ordem. A primeira aceita o internamento e aí encontra seu descanso. A segunda se recusa a tanto, e por isso o merece (FOUCAULT, 1972, p. 69).

Ou seja, para alguns sujeitos, não havia outro destino a não ser a clausura. Conforme Desviat (2015), enclausurar pobres, inválidos, mendigos, velhos, desempregados, entre outros, foi uma das saídas à crise econômica e à desorganização social no século XVII, na Europa, cuja finalidade era ocultar a miséria da época. Aqueles que mendigassem pelas ruas de Paris estavam sujeitos à pena de açoite e, caso houvesse reincidência, a pena seria prisão ou desterro. Oliveira (2011, p. 142) corrobora esse fato ao afirmar que “ao longo de toda a modernidade, o espaço da loucura e dos loucos foi, por excelência, o da exclusão. Considerados inaptos, desrazoados, imorais, indisciplinados ou loucos, desde a fundação do Hospital Geral, em 1652, foram mantidos fora do convívio social”.

Como aponta Foucault (1972), na segunda metade do século XVII a loucura esteve ligada à internação, vista como seu lugar natural. A internação teria sido uma exigência moral e econômica do trabalho. Na era clássica, ócio e trabalho traçaram uma linha que veio a substituir a exclusão da lepra. Assim, o asilo tomou o lugar do leprosário no universo moral. Foi entre esses muros que a psiquiatria do século XIX, junto com Pinel, encontrou os loucos e foi lá que eles os deixaram.

A Revolução Francesa culminou na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão e, a partir daí, o enclausuramento dos alienados passou a ser proibido. Era necessário justificar a reclusão como algo terapêutico, cuja finalidade seria afastar o paciente da sociedade causadora de seu transtorno. A psiquiatria foi a forma encontrada para legitimar a internação, deixando o campo da exclusão e entrando no campo da clínica. Sua função terapêutica, porém, foi questionada, uma vez que o manicômio sempre serviu mais para proteger a sociedade, mantendo afastados loucos, pobres e desviantes, do que para garantir o bem-estar desses indivíduos (DESVIAT, 2015).

Assim, o *status* de doença dado à loucura só passou a existir após a Revolução

Francesa, quando Philippe Pinel separa os loucos dos pobres, os liberta das algemas, mas os mantém nos asilos (SERRANO, 1982).

De tal ponto de vista, os microuniversos sociais (sociedade civil) acabam reproduzindo aquilo que é ditado pelo macrouniverso (Estado), como certo ou errado, normal ou anormal e assim por diante. Quando o doente perturba a ordem, deve ser retirado imediatamente de cena para impedi-lo de produzir desordem. Se não há um vírus biológico é necessário construir os vírus sociais, com base nos quais a sociedade invalida seus membros por meio da atribuição de rótulos e diagnósticos como hiperativo, improdutivo, esquizofrênico, louco, bipolar etc. (OLIVEIRA, 2011).

Como nos lembra Serrano (1982), a sociedade moderna se relaciona com a loucura por meio da psiquiatria. Entretanto, esta não é uma ciência neutra. A psiquiatria está atravessada pela concepção individualista de uma sociedade que percebe a loucura como algo individual e não como produto de relações sociais desiguais e opressivas.

Felizmente, os acontecimentos sociais e históricos que se encadearam posteriormente construíram as bases que permitiram o questionamento e a mudança desse conceito, bem como a forma de perceber e lidar com a loucura.

### **1.3 Um Paradigma Quebrado**

Depois da Segunda Guerra Mundial e, especialmente, após o maio de 1968 na França, o questionamento da ordem social pelos movimentos sociais aumentaram as críticas à efetividade do asilo e levaram ao rompimento com o modelo psiquiátrico. Ao adotarem a psicanálise, os psicotrópicos e a Saúde Pública, as instituições psiquiátricas levaram o movimento da Reforma Psiquiátrica a várias partes do mundo (DESVIAT, 2015).

Nessa época, a psiquiatria não se restringia apenas a excluir aqueles que não se adequavam ao sistema. Serviu, também, ao propósito de gerar lucro à indústria farmacêutica. Thomas Szasz foi o mais notável crítico da psiquiatria nos Estados Unidos ao redigir um

manifesto contra a medicalização da vida e contra a visão naturalista e fisiológica da loucura. Para ele, a loucura era um problema moral e sociológico e a psiquiatria atuava como agência de controle social ao utilizar a internação como forma de proteger a sociedade desses indivíduos (SERRANO, 1982).

Nesse período, psiquiatras de diversos países, influenciados pelo pensamento de esquerda, passaram a questionar as atrocidades cometidas nos manicômios e o saber psiquiátrico, o que levou ao surgimento da antipsiquiatria, uma corrente que tinha como principal característica o uso de formas alternativas para o tratamento do sofrimento psíquico. A antipsiquiatria propunha o fechamento dos hospícios em função do tratamento desumano nesses locais, via a nosologia psiquiátrica como rótulos criados para invalidar os sujeitos e negava a existência de doenças mentais (OLIVEIRA, 2011).

Segundo o mesmo autor, o movimento da antipsiquiatria também questionava a validade dos tratamentos nos manicômios, devido à percepção de que, após receber alta, muitos indivíduos ficavam com sequelas físicas e psicológicas e não conseguiam mais encontrar seu lugar na sociedade. Tal fato levava um grande número de sujeitos a serem readmitidos nessas instituições logo após terem recebido alta.

Entre as diversas experiências de desinstitucionalização ocorridas em várias partes do mundo, a partir dessa época, em países como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e França, considera-se que a Reforma Italiana foi provavelmente a influência mais impactante sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

De acordo com Ferreira Neto (2010), após uma tentativa malsucedida em Gorizia, Franco Basaglia partiu para Trieste, onde fechou enfermarias psiquiátricas e criou serviços que atendiam às necessidades da população. Diferente do Brasil e da França, em que o planejamento dos serviços é nacional, na Itália a autonomia municipal permitiu a criação de boas experiências locais, principalmente por meio de um grande investimento em recursos humanos. A Psiquiatria Democrática Italiana manteve seu foco no embate político, no fim dos manicômios e na revisão do estatuto jurídico dos pacientes.

No Brasil, em 1978, após várias denúncias de violações de direitos, ocorreu a greve dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental do Rio de Janeiro. Neste ano se

formou o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que propunha o fim do modelo manicomial, denunciava os maus-tratos nos manicômios, criticava a mercantilização da loucura e propunha uma assistência de base comunitária, inspirada na Reforma Psiquiátrica Italiana (GARCIA JR et al., 2011).

Além disso, a Reforma Psiquiátrica no Brasil contou com a contribuição de movimentos contemporâneos para sua implementação. Iniciada em 1976 com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, a Reforma Sanitária ajudou a delinear a construção da identidade da área da Saúde Coletiva (PAIVA & TEIXEIRA, 2014).

A Reforma Sanitária permitiu a introdução do modelo biopsicossocial em contraponto à hegemonia do modelo baseado na cura. Segundo De Marco (2006), a formação médica baseia-se principalmente no modelo biomédico, e não inclui o contexto psicossocial, que colabora para a compreensão integral do ser e do adoecer, abarcando as esferas física, psicológica e social.

O fim da trajetória sanitarista e o início da desinstitucionalização ocorreram na I Conferência Nacional de Saúde Mental, quando se decidiu realizar o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, em 1987. O lema “Por uma sociedade sem manicômios” nasce nesta época. Neste momento surgem também os Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS) e o Projeto de Lei 3657/89 do deputado Paulo Delgado (CANTELE, ARPINI & ROSO, 2011).

O retorno ao estado democrático e a Constituição Cidadã de 1988 tornaram a saúde um direito individual e levaram à criação do SUS e suas doutrinas e princípios de universalidade, integralidade, equidade, controle social, descentralização e organização regionalizada e hierarquizada da rede de serviços. Esses princípios e diretrizes foram iniciados durante o movimento da Reforma Sanitária, no final dos anos setenta (PAIVA & TEIXEIRA, 2014).

O SUS propôs uma nova formulação política e organizacional dos serviços e ações de saúde estabelecidos na Constituição de 1988. Mais do que um sucessor do INAMPS e do SUDS, o SUS é um novo sistema de saúde. Por seguir a mesma doutrina e princípios em todo país, é um sistema único, sob a responsabilidade das esferas municipal, estadual e federal. Os

elementos do sistema se referem às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Percebemos que a partir de movimentos como a antipsiquiatria, a Psiquiatria Democrática Italiana e a Reforma Sanitária e de conquistas como a redemocratização e a criação do SUS, foi-se criando um cenário favorável, para que a saúde mental no país sofresse uma transformação que culminaria na Reforma Psiquiátrica brasileira, da qual o município de Santos foi importante referência.

A intervenção na Casa de Saúde Anchieta ocorreu em Santos em 1989 e o hospital foi fechado, definitivamente, em 1994. Os cinco Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), serviços substitutivos territoriais, foram espalhados por toda a cidade, criando uma nova lógica de cuidado às pessoas com sofrimento mental severo. Incansavelmente citada até os dias atuais, a experiência de Santos ainda está presente no imaginário dos trabalhadores da saúde mental.

Segundo Kinoshita (2009), esta não foi a primeira intervenção do poder público sobre um hospital psiquiátrico privado; seu ineditismo consistia em ter sido a primeira intervenção feita pelo poder municipal. Essa ação teve como figura de destaque o então secretário municipal de saúde David Capistrano, que, inspirado pela experiência de desinstitucionalização italiana e pelas denúncias de maus tratos divulgadas pela imprensa local, realizou uma transformação revolucionária na assistência psiquiátrica santista.

Para que essa transformação fosse realizada, não bastava readequar o manicômio, “ao invés disso, partiu-se da premissa que a própria organização da instituição manicomial é ela mesma geradora de violência e opressão, porque é parte de uma corrente de relações de opressão e violência em que os pacientes encontram-se no último anel – o Circuito do Controle” (KINOSHITA, 2009, p. 02).

De acordo com Amarante (1995), a experiência de Santos levou à criação do Projeto de Lei Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva do modelo psiquiátrico e sua substituição por outras modalidades de cuidados. As portarias 189/91 a 224/92 do Ministério da Saúde possibilitaram ao SUS o financiamento de outros procedimentos assistenciais além do hospital-dia e da consulta ambulatorial. Em quatro anos, catorze mil leitos foram

desativados e trinta hospitais foram fechados. Nesse período, foram criados mais de cem Centros de Atenção Psicossocial e 2.065 leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Amarante (1995) reforça que desinstitucionalizar é principalmente desconstruir. Desse modo, não basta fechar manicômios e abandonar os sujeitos sem assistência. Desinstitucionalizar é superar o conceito de doença como falta e erro. É construir possibilidades concretas de sociabilidade e de subjetividade. O usuário deve ter seus direitos e cidadania garantidos, deve se tornar um sujeito em vez de um objeto do saber psiquiátrico.

#### **1.4 O NAPS I**

A caracterização do espaço onde o estudo se deu é imprescindível para uma melhor compreensão da organização do trabalho. Para tanto, farei uma breve descrição sobre os Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial.

O movimento da luta antimanicomial levou à implementação dos serviços substitutivos pela Portaria GM 224/92, os quais foram definidos como unidades de saúde locais para atendimento e cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, atendendo em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 2004).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é uma instituição destinada a atender indivíduos com sofrimento psíquico grave e persistente, com vistas a estimular a integração familiar e social dessas pessoas, sua autonomia e a inserção em seu território, promovendo sua reabilitação psicossocial. Busca ajudar os usuários a recuperar os espaços não protegidos, substituindo as relações tutelares pelas relações contratuais, principalmente em relação a aspectos como trabalho, família, moradia e criatividade (CFP, 2013).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) ou CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental), entre outros, são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Esses serviços visam oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial às pessoas com transtornos mentais, incluindo os relacionados às substâncias psicoativas, além de crianças e adolescentes com transtornos mentais, em determinado território, evitando assim as internações e incentivando o exercício da cidadania e da inclusão social de usuários e familiares (BRASIL, 2004).

O governo brasileiro estabeleceu, em dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela portaria GM/MS nº 3088/2011. A RAPS foi estabelecida entre as prioridades do governo na saúde. É composta pela Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar e pelas Estratégias de Desinstitucionalização, entre outras (CFP, 2013).

Os CAPS diferenciam-se em função do tamanho do equipamento, dos profissionais e da especificidade da demanda: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi para crianças e adolescentes, CAPSad para usuários de álcool e outras drogas. Os CAPS I estão em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e funcionam de segunda a sexta-feira, das 8h às 18 h. Os CAPS II encontram-se em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionam de segunda a sexta-feira, das 8h às 18 h, podendo vir a ter um terceiro período, até as 21h. Os CAPS III funcionam em municípios com mais de 200.000 habitantes, 24h por dia (BRASIL, 2004).

Esses equipamentos contam com equipe multiprofissional de acordo com o tipo de CAPS e devem obedecer a essas características no que se refere à quantidade e tipo de profissionais: profissionais de nível superior (médico psiquiatra ou médico com formação em Saúde Mental, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, enfermeiro, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico); profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão), bem como equipes de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

De acordo com o que é preconizado pela política pública, o trabalho nos CAPS visa o atendimento integral do indivíduo, para além do modelo biomédico, oferecendo diversas atividades terapêuticas, caracterizando a chamada clínica ampliada, pautada na atenção psicossocial. As atividades terapêuticas oferecidas compreendem atendimentos individuais e grupais, como atendimento médico, psicoterápico, medicamentoso, oficinas, grupos, atendimento familiar, visitas domiciliares, assembleias, atividades comunitárias, etc. Os CAPS também devem integrar-se às equipes da rede básica de saúde do território, acompanhando-as e capacitando-as para o trabalho com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Segundo o documento Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, produzido pelo CFP (2013), os serviços

substitutivos devem direcionar-se por valores éticos produtores de uma convivência inclusiva e solidária. Devem oferecer, além da atenção à crise, um espaço de convivência e a oportunidade para a criação de redes de relações que não se restrinjam às instituições, mas que possam atingir o território da vida dos usuários. Com relação a isso, frisamos que

[...] as teorias e os modelos prontos de atendimento vão se tornando insuficientes frente às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção. É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço (BRASIL, 2004, p. 17).

Santos foi referência na Reforma Psiquiátrica e na luta antimanicomial no país. Possui uma população estimada em mais de 400 mil habitantes (IBGE, 2016) e, em função disso, os cinco NAPS da cidade são CAPS III, ou seja, funcionam 24 horas por dia, durante os sete dias da semana, inclusive feriados. O NAPS I foi um dos primeiros a ser implantados no Brasil. Atende toda a região da Zona Noroeste, uma área extensa da cidade, com grande número de moradores de baixa renda e de retirantes nordestinos. Neste território está localizada a maior favela sobre palafitas do Brasil, o Dique Vila Gilda (FABIANO & MUNIZ, 2010) e alguns pontos dominados pelo tráfico de drogas. Muitos usuários encontram-se em situação de vulnerabilidade socioeconômica, situação tão ou mais complexa quanto o sofrimento mental vivenciado por muitos desses indivíduos.

Desde junho de 2016, o serviço vem funcionando em novo local, a algumas quadras do prédio onde funcionava anteriormente. Esse espaço, construído há cerca de dois anos em um amplo terreno, é constituído por recepção, arquivo, sala de espera, quatro consultórios (onde os profissionais se revezam para realizar os atendimentos), farmácia, cinco banheiros, sala de oficina (que também é utilizada para reuniões de equipe e para a Educação Permanente), administração, sala de convivência, posto de enfermagem, refeitório, cozinha, área de serviço, dois quartos para acolhimento integral – um masculino e um feminino, ambos



com um banheiro e com três leitos cada.

O prédio não conta com rouparia e os armários com lençóis, cobertores e travesseiros limpos tiveram que ser colocados nos quartos. Também não existe expurgo, que teve que ser improvisado em uma pequena sala onde anteriormente ficavam armazenados os produtos de limpeza, que agora ficam em um espaço separado por armários, na sala da administração. O arquivo morto foi alocado em uma pequena sala, dividindo o espaço com os armários dos funcionários e dos estagiários. Assim, a equipe teve que usar a criatividade para adaptar os espaços da construção às necessidades do serviço. Também não há quarto para repouso da enfermagem, que trabalha em escala de 12x36 horas. Ou seja, apesar de novo, o local não parece ter sido pensado para o funcionamento de um CAPS e mostra-se inadequado.

Mesmo contando com dois enormes murais com fotos de usuários – um na recepção e outro na sala de convivência, móveis novos e TV de LCD na sala de convivência, o aspecto asséptico e impessoal, que dá um ar de hospital ao local, não condiz com o que é preconizado para esse tipo de espaço. A exceção é o mural com fotos penduradas em fitas de cetim e as prateleiras com jogos de tabuleiro e material gráfico (folhas, lápis e canetas hidrográficas coloridas) na sala de oficinas. Mais da metade do terreno é ocupado por um enorme gramado, que vislumbramos transformar em uma horta junto com os usuários.

A equipe do serviço no momento conta com quatro psicólogos, quatro médicos, duas assistentes sociais, uma farmacêutica, duas enfermeiras, uma terapeuta ocupacional, quatorze auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, um acompanhante terapêutico, três auxiliares administrativas, duas pessoas encarregadas de servir as refeições, quatro auxiliares de limpeza, além da chefe de seção e da chefe administrativa. O contato com a Universidade Federal é intenso, e, em função disso, estagiários de Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, bem como professores também atuam no serviço.

O NAPS I oferece atendimentos individuais tais como atendimento médico, psicológico, atendimento com terapeuta de referência, além de dispensação medicamentosa por meio da farmácia e do posto de enfermagem. Também são realizados atendimentos grupais como oficinas terapêuticas, grupo de família, assembleia, bem como outras atividades com os usuários nos equipamentos da região, como a Terapia Comunitária realizada no

Ambulatório de Especialidades da Zona Noroeste (Ambesp/ZNO), caminhadas no Jardim Botânico e aulas de percussão e artesanato na ONG *Arte no Dique*.

O trabalho do psicólogo no NAPS não se restringe aos atendimentos clínicos. Assim como outros profissionais (enfermeiras, terapeuta ocupacional e assistentes sociais), o psicólogo é considerado um técnico em saúde mental. Todos os técnicos do NAPS I realizam atendimentos individuais e de referência, triagens, plantões técnicos, grupos, oficinas, eventos, visitas domiciliares, elaboração de relatórios técnicos, participação em reuniões de equipe e de Educação Permanente, reuniões de rede e reuniões de matriciamento na Atenção Básica, além de acompanhar os usuários em cenários como perícia, consultas e passeios. Além disso, eu e mais três técnicas assumimos a preceptoria de estágio dos cursos de Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social, acompanhando os alunos dessas disciplinas em campo.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) produziu, a partir de metodologia do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop) o documento Referências Técnicas Para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, visando oferecer um instrumento para qualificação e orientação dos psicólogos (as) que atuam na área. O Crepop tem como objetivo principal garantir a participação dessa categoria nas políticas públicas e, entre suas metas estão a ampliação da atuação desses profissionais na esfera pública, com a contribuição da expansão da Psicologia na sociedade, para a promoção dos Direitos Humanos (CFP, 2013).

É da competência da equipe de enfermagem o fornecimento de medicamentos aos pacientes acolhidos e aos que se encontram em contrato de hospital-dia ou medicação assistida, bem como o acompanhamento das refeições dos usuários, auxílio na higiene pessoal e em algum cuidado clínico, se necessário. Cabe ainda aos auxiliares/técnicos de enfermagem o acompanhamento de técnicos de nível superior ou do médico nas visitas domiciliares. Os médicos, de modo geral, realizam atendimentos individuais, fazem diagnósticos, prescrevem medicações e fornecem laudos. Alguns também participam de reuniões de equipe e de matriciamento na Atenção Básica, dos encontros de Educação Permanente e realizam visitas domiciliares.

A porta de entrada para casos novos no serviço se dá por meio de triagem (primeiro atendimento). Até dezembro de 2016, todo primeiro dia útil do mês eram disponibilizadas cerca de sessenta vagas para primeiro atendimento e alguns atendimentos de urgência também eram feitos nos plantões técnicos. Porém, essa “agenda” acabava por não contemplar muitos usuários, que precisavam aguardar um mês, ou mais, para serem acolhidos na unidade.

A equipe estava insatisfeita com essa organização, pois acreditávamos que o usuário que chegava precisava ser acolhido o mais rápido possível e, ainda que nem todos os casos precisassem ser inseridos, que ao menos pudessem ser acolhidos e orientados. Então, após algumas discussões, decidimos que um profissional de nível superior não médico ficaria disponível em cada período do dia para atender os usuários que chegassem solicitando um primeiro atendimento.

Alguns desses casos vêm por meio de encaminhamento de outros serviços, como Pronto Atendimento e Atenção Básica, entre outros, enquanto outra parcela vem por demanda espontânea. Nesse primeiro contato, o usuário é acolhido pelo técnico de saúde e sua história e queixa são colhidos. Fica a critério do profissional que realiza a triagem decidir qual o melhor encaminhamento para cada caso. Na maioria das vezes agenda-se consulta médica com um psiquiatra da unidade e também com outro profissional da equipe técnica, além de encaminhar o usuário para a Terapia Comunitária, para atendimento psicológico nos Serviços-Escola de psicologia das universidades da cidade ou na Seção de Vigilância em Saúde do Trabalhador (SEVREST), nos casos em que o adoecimento está relacionado ao trabalho.

Os plantões técnicos são períodos em que um técnico fica disponível para resolver questões trazidas por usuários e familiares como reagendamento de consulta médica, reinserção no serviço de casos em abandono, orientação quanto ao uso de medicação, solicitação de documentos técnicos, orientação a familiares, etc. Muitas das demandas são, na verdade, endereçadas aos médicos da unidade. Cabe ao plantonista técnico fazer essa mediação entre usuário e médico, função que questionamos, por entendermos que muitas vezes o plantonista se transforma em uma espécie de “secretário(a)” dos médicos.

Um grande número de casos atendidos na unidade são considerados graves (Esquizofrenia, Transtorno Afetivo Bipolar, Transtornos de Personalidade, Depressão Grave com e sem sintomas psicóticos, Transtorno de Estresse Pós Traumático, ideação e tentativa de

suicídio, Retardo Mental, Transtornos invasivos do desenvolvimento), muitos com longo histórico de tratamento e até de internações em hospitais psiquiátricos, inclusive na Casa de Saúde Anchieta. Quadros de alterações do humor (irritação, depressão e mania), auto e heteroagressividade, ansiedade, fobias, insônia, agitação psicomotora, alucinações visuais e auditivas, ideação e tentativa de suicídio, além de delírios de perseguição são os mais corriqueiros. Comorbidade com uso problemático de álcool e drogas também são comuns e, em alguns casos, fica difícil precisar o diagnóstico principal.

Dependendo dos casos, os contratos dos usuários podem ser de hospital-dia (HD), ambulatório ou medicação assistida (MA). Os pacientes em hospital-dia permanecem no NAPS durante o dia, chegam de manhã, fazem três refeições, participam de atividades e recebem a medicação. Há variações quanto à quantidade de dias para comparecer na unidade. Algumas pessoas vão ao HD uma ou duas vezes na semana, enquanto outras comparecem de segunda a sexta-feira. No caso da medicação assistida, o usuário retira a medicação no posto de enfermagem para que o uso correto da medicação seja garantido. O contrato pode variar, mas, em geral, a medicação assistida é semanal. Os indivíduos que utilizam o ambulatório passam em consulta médica bimestral ou trimestral e alguns casos têm atendimentos mais frequentes com os profissionais de referência ou em atendimento psicológico.

Em caso de crise, o paciente fica em acolhimento integral, recebendo cuidados como medicação, alimentação, atendimento individual e grupal por equipe multidisciplinar durante 24 horas por dia, em internações de curto prazo. Devido às características de cuidado em liberdade dos CAPS, os casos em que há risco de fuga ou heteroagressividade e por isso necessitam de internação em local fechado são encaminhados ao Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental (PAI), serviço hospitalar de referência, anexa ao Hospital Guilherme Álvaro, em Santos.

Apesar dos casos graves serem o foco dos CAPS, o fato do ambulatório para casos considerados leves ter sido fechado há alguns anos fez com que o serviço absorvesse essa demanda também, visto que na prática o matriciamento na Saúde Mental ainda não funciona plenamente em Santos. Em função disso, um grande contingente de quadros de ansiedade e depressão “leve” incham o serviço. Segundo Rodrigues e Moreira (2012), o matriciamento é uma estratégia utilizada para que haja uma maior articulação entre a Atenção Básica e a saúde

mental. Para as autoras, baseadas em Nunes e *col.* (2007), algumas questões de saúde mental poderiam ser resolvidas na Atenção Básica, não sendo necessário, nesse caso, direcioná-las aos serviços especializados.

Porém, Rodrigues e Moreira (2012, p. 604) frisam que “o diálogo sobre a saúde mental na Atenção Básica é ainda incipiente e manifestado por uma desapropriação dos profissionais quanto ao que é apregoado pela Reforma Psiquiátrica e ao que é praticado dentro da unidade no que tange aos usuários com transtorno mental”.

No momento temos feito um grande esforço para matricular os casos leves e/ou graves estabilizados, para que em um futuro próximo possamos nos dedicar melhor aos casos considerados graves. Para tanto, cada técnico de nível superior ficou responsável por uma unidade da Atenção Básica e tem feito reuniões para discutir os casos encaminhados e capacitar essas equipes.

### **1.5 Educação Permanente em Saúde**

O presente estudo inclui-se na linha da Educação Permanente, que vem sendo construída por alguns autores da Saúde Coletiva, como Ricardo Ceccim (2005) e Emerson Merhy (2004, 2005, 2009, 2013). Conforme mencionado anteriormente, existe uma hipótese de que ações desta linha possam cooperar para que se ampliem os espaços de discussão coletiva, para levar os atores a refletir sobre as diversas visões de cuidado dentro da equipe, a fim de promover a pactuação do trabalho coletivo.

Parte-se do princípio que a maior parte dos cursos formam profissionais distanciados das necessidades de saúde da população. Embora muitos programas tenham sido criados para tentar sanar esse problema e conseguido promover algumas alterações no cuidado em saúde, é necessário compreender que as propostas não podem ser construídas de forma vertical, sem problematizar as realidades locais. Para tanto, é preciso que todos os envolvidos questionem não só seu próprio trabalho, mas também o sistema (BRASIL, 2005).

Não por acaso, a Educação Permanente em Saúde foi escolhida pelo Ministério da Saúde como um instrumento importante para consolidar o SUS, visando transformar as práticas na Saúde por meio da reflexão por parte dos alunos e profissionais sobre seu trabalho

e problemas que enfrentam em sua realidade, além das necessidades de saúde da população, do controle social e da Saúde, considerando as experiências e conhecimentos que todos possuem (BRASIL, 2005).

O tema da *Educação Permanente em Saúde* coloca um corte na didática geral: não se trata da passagem de um estado de desconhecimento ao de conhecimento, não se trata da melhor e mais eficiente transmissão de saberes, não é uma metodologia pedagógica que se esgota à demonstração pelo aluno da aquisição de informação ou habilidade. Creio que aprofundam este corte os dois instigantes pontos que colho das arguições de Rovere e Merhy: os processos de territorialização e os processos de subjetivação, a que podemos chamar implicação política e implicação ética ou produção do mundo e produção de si (CECCIM, 2005b, p. 175, grifo do autor).

Ceccim (2005b) considera a Educação Permanente em Saúde “uma estética pedagógica para a experiência da problematização e da invenção de problemas”, que culminaria no desenvolvimento de uma inteligência do cuidado, da escuta, do tratamento, em uma produção em ato das aprendizagens, das habilidades (saber-fazer). Para o autor, o território, para ser habitado, deve ser explorado e o processo de territorialização levaria à construção da humanização, da integralidade e da qualidade, capaz de acolher o outro e desenvolver a autodeterminação da população na saúde, indo além do diagnóstico, da terapêutica e dos saberes hegemônicos. Para este, “aquele que aprende é pressionado pelas problematizações a reinventar-se, aos seus coletivos e às suas instituições” (CECCIM, 2005b, p. 176).

Ceccim (2005a) ressalta que, para muitos educadores, a Educação Permanente em Saúde configura um desdobramento do Movimento Institucionalista em Educação, o qual propôs a alteração da noção de Recursos Humanos, advindo da Administração e depois da Psicologia Organizacional, para a noção de coletivos de produção, propondo a criação de dispositivos para que o coletivo possa se reunir e discutir.

Além de outros movimentos, a Educação Permanente em Saúde possui grande intimidade analítica e cultural com Paulo Freire, de onde advém a noção de aprendizagem significativa. Porém, seu cerne refere-se à sua permeabilidade às mudanças das ações e dos

serviços de saúde, à sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, à geração de autogestão, autoanálise, mudança institucional, experimentação e disruptura (CECCIM, 2005a).

Acerca do conceito de aprendizagem significativa, entendemos que esta ocorre quando

[...] aprender uma novidade faz sentido para nós. Geralmente isso ocorre quando a novidade responde a uma pergunta nossa e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Isso é bem diferente da aprendizagem mecânica, na qual retemos conteúdos. Na aprendizagem significativa acumulamos e renovamos experiências (BRASIL, 2005).

De acordo com Ceccim (2005a), questões diversas, como a rápida renovação dos saberes tecnológicos, a má distribuição e/ou a ausência de profissionais, entre outras, torna imprescindível o desenvolvimento de recursos de operação do trabalho baseados no trabalhar em equipe, aprender a aprender, além da construção de cotidianos que funcionem como objeto de aprendizagem. Nesse sentido, a constituição de coletivos de trabalho, de equipes multiprofissionais, fortaleceria as práticas da equipe, pois a quantidade de profissionais disponíveis sempre será inferior à desejada.

Nesse sentido, a Educação Permanente tem tudo a ver com o dia-a-dia do NAPS I, no qual uma equipe com profissionais sem formação em saúde mental e sem experiência prévia na área convivem com alguns profissionais com vasta experiência em saúde mental e juntos precisam lidar com uma realidade em que o déficit de recursos humanos e materiais, a falta de capacitações, a grande demanda, a complexidade dos casos e o tamanho do território de abrangência dificultam o trabalho com os usuários. Além disso, o trabalho coletivo também é potente, fortalece o trabalhador e pode gerar satisfação pessoal, vinda do reconhecimento dos pares.

Para Merhy (2005), a Educação Permanente seria uma alternativa à visão dos gestores de que a baixa eficiência das ações em saúde se deve à baixa competência dos trabalhadores, a qual poderia ser compensada pela oferta de cursos que, apesar do consumo de recursos, não oferecem mudanças efetivas nas práticas profissionais. Para esse autor, educação em saúde e trabalho em saúde produzem um ao outro.

Compartilhando dessa concepção do autor, a Educação Permanente nesta pesquisa foi concebida como o processo em que as trocas de soluções criadas no cotidiano de trabalho no serviço poderiam ocorrer. Assim, estaríamos diante de uma nova pedagogia que possibilite

[...] a construção de sujeitos auto-determinados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva – que se veja como amarrada à intervenção que coloca no centro do processo pedagógico a implicação ético-político do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe (Merhy, 2005, p. 174).

De acordo com Merhy (2004), a reflexão conceitual é uma necessidade cotidiana dos trabalhadores da saúde, não só para compreenderem seu trabalho, mas para que possam se sentir protagonistas e ter mais satisfação em sua atividade. O autor fala da importância dos trabalhadores se verem como protagonistas da produção do seu cotidiano e, em cumplicidade com os usuários, transformarem as experiências de acolhimento em processos de alegria. Para ele, o trabalho vivo em ato é o maior patrimônio frente a um modelo de saúde que não satisfaz e não gera alegria aos trabalhadores.

Ou seja, essa ampliação do olhar possibilita ver coisas que não se vê regularmente: o quanto no cotidiano do fazer no campo de práticas se está permanentemente produzindo conhecimento, reafirmando conhecimento e agindo tecnologicamente no campo do cuidado. E isso se dá a partir do núcleo pedagógico central: o encontro com o outro e a troca de modos de agir e saberes, produzindo sentido ético e político para o seu fazer no campo da saúde (MERHY, 2013, p. 02).

E, dentro do que é proposto nesse estudo, talvez o mais importante seja frisar que, para o autor, “nenhum de nós, trabalhadores de saúde, somos só fazedores, todos nós somos também teóricos, fabricamos e temos conceitos, fazemos teoria e a usamos como ferramenta de intervenção, como teoria e ferramenta para a (da) ação” (Merhy, 2004, p. 01).

Nesse sentido, a Educação Permanente poderia ser um importante instrumento de aprendizagem, de construção de conhecimento coletivo e de fortalecimento dos profissionais da Saúde Mental e de suas práticas. Acredita-se que em alguns momentos da rotina cotidiana dos profissionais do serviço esses “processos de formação em um lugar que não foi designado



formalmente para a capacitação do trabalhador” (MERHY, 2013) possam acontecer espontaneamente; mas, na maioria das vezes, os profissionais não se dão conta, ou não legitimam esses processos como sendo de produção de conhecimento. Uma das pretensões desta pesquisa é dar legitimidade e melhorar as condições para que se ampliem as trocas de saberes teórico-práticos entre os profissionais.

## 2 METODOLOGIA

*“Não há saber mais ou menos, há saberes diferentes”.*

*(Paulo Freire)*

### 2.1 Construindo o Estudo

Como descrito na Introdução, o projeto inicial foi descartado após o Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde de Santos fornecer um segundo parecer contrário à realização da pesquisa intervenção sobre a saúde do trabalhador da saúde mental, em dezembro de 2015. O presente estudo teve início, então, a partir do redirecionamento do foco e dos objetivos.

A percepção de que as diversas concepções e práticas de cuidado em saúde mental entre os trabalhadores do NAPS I dividiam a equipe era um tema frequentemente presente nas discussões entre a pesquisadora e os orientadores. Isso acontecia justamente por que, ao que as observações e impressões indicavam, essa divisão não permitia que os trabalhadores constituíssem uma equipe, de fato, e eram geradoras de fortes angústias na equipe e na pesquisadora. A partir dessas primeiras percepções, constatações e reflexões, as diferentes formações, concepções, práticas em saúde mental e as divisões dentro da própria equipe passaram a ser o foco da pesquisa.

As **hipóteses empíricas** das quais se partiu foram as seguintes:

- As divergências nas concepções e práticas de cuidado entre os trabalhadores do NAPS estudado estavam principalmente associadas às diferentes formações da equipe de saúde.
  
- Práticas de Educação Permanente poderiam ser geradoras de mudança nesse cenário, ao permitirem a abertura de espaços para discussão e deliberação entre os profissionais da equipe.

**O objetivo geral** da investigação foi:

- Compreender e problematizar as diferentes concepções e práticas de cuidado em saúde mental entre os trabalhadores do serviço.

**Os objetivos específicos** foram:

- Investigar como os trabalhadores do CAPS pesquisado compreendem a doença mental;
- Investigar como os profissionais de diferentes formações concebem e praticam o cuidado em saúde mental;
- Discutir e ampliar o repertório de cuidados em saúde mental;
- Mobilizar processos de Educação Permanente no serviço.

A investigação foi empírica, transversal, exploratória e de abordagem qualitativa. Teve como foco a experiência subjetiva, a vivência e a troca de experiências de uma equipe de profissionais de um equipamento da rede de saúde mental – CAPS (NAPS), de um município que foi referência na época da reforma psiquiátrica.

A escolha metodológica deu-se por acreditar que as técnicas qualitativas são muito úteis por oferecerem uma oportunidade para os indivíduos expressarem a intensidade de seus sentimentos, revelando sua forma de perceber o mundo (SPENCER, 1993, *apud* NOGUEIRA-MARTINS, 2001). Outra razão que levou à opção por esta abordagem consiste no fato de entendê-la como uma alternativa à inflexibilidade positivista (ALVES & SILVA, 1992), em que são banidos nuances e paradoxos, que enriquecem vivências e compõem subjetividades.

Inicialmente, foi realizada pesquisa nas bases de dados especializadas da área da saúde (Lilacs, Bireme Medline, entre outras) em fontes referentes ao tema, por meio de revisão em meio físico e eletrônico nas publicações disponíveis, a fim de fundamentar o estudo teoricamente. Trabalhando com indexadores foram feitas buscas nas bases de dados acerca

dos seguintes temas: cuidado em saúde mental, Educação Permanente, matriciamento, modelo biomédico, saúde mental, reforma psiquiátrica, luta antimanicomial e história da loucura. A bibliografia consultada para elaboração do projeto teve como referencial metodológico Gil (2010).

Como a pesquisa envolve seres humanos, antes de iniciar a coleta de dados o projeto foi enviado à Coordenadoria de Formação e Educação Continuada (COFORM), da Secretaria Municipal de Saúde do município, para apreciação e autorização em janeiro de 2016. Em março de 2016 o estudo recebeu parecer favorável. A seguir o mesmo foi submetido ao Comitê de Ética (sistemas CEP/CONEP) da Universidade Federal de São Paulo, por meio da Plataforma Brasil, em abril de 2016. Recebeu aprovação na plataforma em maio de 2016 (CAAE: 55254416.4.0000.5505; número do parecer: 1.528.809).

O descarte do projeto inicial e a mudança de tema também levou à escolha de uma nova técnica para a coleta de dados: em vez de grupos de discussão, optou-se pela realização de entrevistas individuais semiestruturadas. Conforme Alves e Silva (1992), apoiadas em Cannel e Kahn (1974), as entrevistas semiestruturadas são pertinentes em análises qualitativas, pois possibilitam a abordagem de tópicos com todos os entrevistados. A situação de troca privilegiada e direcionada entre a pesquisadora e os profissionais pareceu ser uma boa estratégia para obter as informações de interesse para a pesquisa, ou seja, as diferentes concepções de cuidado em saúde mental e os atritos entre os profissionais que essas diferenças podem causar.

O roteiro (disponível em APÊNDICE II neste trabalho) foi o instrumento norteador para a realização da entrevista semiestruturada e para a coleta de dados pertinentes. Ele foi elaborado com base nos objetivos do projeto. Em função da natureza do instrumento, as perguntas sobre escolha da área, capacitação, formação, experiência, visão, entendimento, dificuldades, entre outras, funcionaram como disparadores, para que os entrevistados pudessem falar livremente sobre suas concepções e práticas de cuidado em saúde mental.

A amostra não probabilística compreendeu metade dos profissionais do serviço (n=13). Originalmente, estava previsto que entrevistaria ao menos um profissional de cada formação da equipe de saúde que estivesse há mais de três meses no serviço, ou, se possível, todos. Entre os vinte e cinco profissionais elegíveis à época da coleta de dados, metade dos funcionários da equipe de saúde foram abordados e aceitaram prontamente ser entrevistados.

A amostra ficou estabelecida, por conveniência, a partir do momento em que se constatou que havia saturação de temas, ou seja, que as novas entrevistas não trariam nenhuma outra informação que ainda não tivesse sido abordada nas entrevistas precedentes. Verificou-se que as informações obtidas nas treze entrevistas realizadas eram suficientes para responder às indagações, fornecer dados suficientes para as análises pretendidas e cumprir os objetivos da pesquisa. Desta forma, decidiu-se encerrar o processo de coleta de dados. Além disso, devido a questões de logística, não haveria tempo hábil para operacionalizar as entrevistas com os outros trabalhadores da unidade, dentro dos prazos estabelecidos pelo programa.

O critério escolhido para abordar os treze sujeitos entrevistados foi no sentido de garantir a maior representatividade possível de opiniões, visando compor um panorama amplo, com profissionais com tempo de experiência na área, formação profissional e período de trabalho diversos (diurno e noturno).

Se a princípio o duplo papel de pesquisadora e trabalhadora do serviço parecia facilitar a realização das entrevistas, na prática, as demandas do serviço não deixavam nenhum tempo livre para a realização das mesmas. Das treze entrevistas feitas, apenas duas ocorreram no meu horário de trabalho. As outras onze ocorreram durante as minhas férias ou em dias de folga. Como foram realizadas no período de trabalho dos voluntários, procurei agendar em horários que não comprometessem a dinâmica da unidade. Apesar de terem ocorrido no CAPS, foram feitas em locais reservados, procurando evitar interrupções no serviço e preservar a privacidade dos sujeitos.

Assim, a pesquisa foi apresentada aos entrevistados e não houve resistência destes em participar. Embora alguns achassem que não teriam muito a contribuir, no geral, as entrevistas foram bem frutíferas. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi entregue para ser lido e assinado pelos sujeitos antes de iniciar as entrevistas, que foram gravadas.

As entrevistas foram realizadas em campo, durante o período de 13/06/2016 a 19/09/2016. Tiveram duração mínima de 08m53s e máxima de 34m79s, em uma média de 21m66s. A faixa etária dos trabalhadores entrevistados abrangeu indivíduos com idades entre 29 e 60 anos (à época da coleta), de ambos os sexos, sendo oito mulheres e cinco homens. Posteriormente, as entrevistas foram todas transcritas na íntegra. Os dados extraídos e sistematizados dessas transcrições serviram de base para as análises e as discussões.

## **2.2 Análise dos Dados**

Após finalizar a transcrição das entrevistas, recorri à leitura do conteúdo, que foi analisado com base nos objetivos da pesquisa, pelo método da Análise Temática de Conteúdo (BARDIN, 2011). Nesse processo, procurei selecionar falas que se referissem às concepções e práticas de cuidado em saúde mental e à loucura. Verifiquei sistematicamente tudo que foi respondido a respeito desses temas. Os trechos foram selecionados de acordo com a frequência e relevância nas falas.

Segundo Alves e Silva (1992), “a análise qualitativa de dados é um fenômeno [...] que se caracteriza por ser um processo indutivo que tem como foco a fidelidade ao universo de vida cotidiano dos sujeitos, estando baseada nos mesmos pressupostos da chamada pesquisa qualitativa” (p. 61).

### 3 RESULTADOS

#### 3.1 Caracterização dos profissionais do NAPS I que participaram do estudo

As tabelas I e II apresentam alguns dados para caracterização dos treze sujeitos entrevistados, conforme suas respostas nas entrevistas. Para preservar a identidade dos voluntários, dados identificatórios, como idade, por exemplo, foram suprimidas.

Tabela I – Compilação (1) das respostas dos sujeitos entrevistados às questões do roteiro de entrevista.

Sujeito	Função	Desejava atuar na SM?	Tempo de trabalho no NAPS I	Recebeu Treinamento?	Tem outras formações?
1	Psicólogo	não	3 anos	não	sim
2	Acompanhante Terapêutico	não	2 anos	não	sim
3	Psicólogo	sim	1 ano e meio	não	sim
4	Assistente Social	não	2 anos	não	sim
5	Técnico de Enfermagem	sim	2 anos	não	sim
6	Terapeuta Ocupacional	sim	7 anos	não	sim
7	Técnico de Enfermagem	não	5 anos	não	sim
8	Auxiliar de Enfermagem	não	26 anos	não	sim
9	Auxiliar de Enfermagem	não	25 anos	não	sim
10	Técnico de Enfermagem	não	5 anos	não	não
11	Auxiliar de Enfermagem	não	21 anos	não	não
12	Enfermeira	sim	21 anos	não	sim
13	Médico	sim	2 anos	não	sim

Tabela II - Compilação (1) das respostas dos sujeitos entrevistados às questões do roteiro de entrevista.

Teve SM na formação?	Tinha experiência em SM?	Se sentia capacitado/a?	Visão sobre SM ou atuação mudaram?
sim	não	não	sim
não	não	não	sim
sim	sim	não	não
não	não	não	sim
sim	sim	não	sim
sim	sim	não	sim
sim	não	não	sim
não	não	não	sim
não	não	não	sim
sim	não	não	sim
não	não	não	sim
sim	sim	sim	sim
sim	sim	sim	sim

A análise comparada das respostas dos entrevistados aponta que se tratam de dois grandes grupos de profissionais: aqueles com sete anos ou menos de tempo de trabalho na área da saúde mental e aqueles que já têm mais de doze anos (ou seja, mais que a média). Existe um pequeno subgrupo de três auxiliares/técnicas de enfermagem e uma enfermeira que estão há mais de vinte anos trabalhando na saúde mental. Entende-se que esse subgrupo tem uma experiência muito diferente em relação aos outros, justamente porque elas acompanharam a Reforma Psiquiátrica e as subsequentes políticas públicas que foram sendo implantadas no município.

Cinco trabalhadores possuem uma experiência de trabalho na área entre cinco e doze anos. Cinco trabalhadores são novatos, possuindo experiência igual ou inferior a três anos na saúde mental.

A maioria dos profissionais não queria trabalhar na saúde mental, dos treze entrevistados, apenas cinco tinham previamente a intenção. Somente dois responderam que se sentiam capacitados para trabalhar. Entretanto, com a experiência todos mudaram a visão sobre saúde mental, menos o psicólogo. A enfermeira e o médico se diferenciam dos outros porque deram respostas que vão no sentido oposto à maioria. Eles desejavam trabalhar na área, tiveram esses conteúdos na formação, tinham experiência prévia, se sentiam capacitados, mas, ainda assim, a visão que tinham da saúde mental mudou.

Logo depois estão os psicólogos, a terapeuta ocupacional e os técnicos de enfermagem que tiveram saúde mental na formação, ou tiveram experiência prévia. Com exceção de um técnico de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem, os outros onze entrevistados possuem outras formações.

### **3.2 Caracterização do cuidado em saúde mental oferecido pelos profissionais do NAPS I**

Após a transcrição, foi realizada leitura e análise das entrevistas, a partir dos objetivos do estudo, que funcionaram como norteadores da análise. Com base no primeiro objetivo específico - compreender como os trabalhadores do CAPS pesquisado compreendem a doença mental – nota-se que alguns sujeitos, ao falarem do seu ingresso na área, sentiam muito medo de lidar com indivíduos que ainda carregam o estigma de serem agressivos, perigosos e descontrolados, como demonstrado nas falas abaixo:



*Eu acho que era medo do paciente... é aquele estigma, né? Aquela coisa que a gente traz de... medo de ser agredida, sei lá, era esse medo aí que eu tinha só.<sup>1</sup>*

*Então... porque é... a gente escuta, por aí, né, é que são todos loucos, todo mundo é louco, todo mundo se ataca. Mas quando eu entrei aqui que eu vi a [...] pode falar o nome? A [...] (risos)... me olhando com aquele olhar ameaçador, porque ela não me conhecia, né? Me deu aquele... será que ataca? Será que vão pular em cima de mim?*

*Olha, Lislaine, deixa eu te falar, eu não me sentia capacitada, porque quando eu entrei, no [...], era muito difícil. A gente tinha medo. Eu te... te digo que eu tinha muito medo.*

Embora o medo seja uma característica comum a todas as falas, estando presente explícita ou implicitamente, é importante destacar que os sujeitos têm tempo de serviço, função e vivências diferentes e variadas. Alguns deles chegaram a trabalhar em um hospital psiquiátrico, que na época já havia passado pela intervenção do governo e, nesse caso, é possível pensar que, em função das violações de direitos que aqueles pacientes haviam sofrido antes da intervenção e do desconhecimento acerca do comportamento do sujeito com transtorno mental, seja compreensível que esses trabalhadores tivessem medo de trabalhar com aqueles pacientes da época. Entretanto, chama a atenção o fato de que profissionais que trabalham no NAPS I há menos tempo, cuja vida profissional se iniciou após a Reforma Psiquiátrica e que não tiveram que lidar com pacientes asilados também referem que o medo foi um fator presente e perturbador no início de suas atividades no serviço. Ao que os dados indicam, o medo de ter que lidar com usuários da saúde mental precede a vivência.

Acerca disso, Koda e Fernandes (2007), amparadas em Bleger (1991) falam da divisão feita pela sociedade entre o que seria considerado normal e patológico. A sociedade se protege desses comportamentos agindo como se estes não lhes pertencessem. Sob essa “justificativa”, qualquer desviante da norma socialmente aceita pode ser excluído, seja por seu comportamento sexual, seja pela ausência de razão, por exemplo. Nas palavras das autoras: “A reaproximação dos campos da loucura mobiliza também aspectos de ordem psíquica, o medo frente ao diferente, àquilo que por longos anos ficou depositado e recluso no interior

<sup>1</sup> Em função do número reduzido de profissionais no CAPS estudado, as falas dos sujeitos não apresentarão nenhum tipo de identificação, a fim de resguardar a identidade dos entrevistados.

dos muros do hospital psiquiátrico” (KODA & FERNANDES, 2007, p. 1456).

O sofrimento, os maus tratos, o abandono e a pobreza também deixavam marcas na aparência dos usuários, o que parece corroborar com a visão de sujeitos perigosos que alguns entrevistados tinham desses indivíduos. Com relação a isso, podemos pensar em algumas hipóteses, como, por exemplo, que o estigma social da época colocava o usuário da saúde mental em posição de quase animalidade, como percebemos nesse trecho:

*Bom... é... eu vim, eu queria trabalhar, né, tinha acabado de me... formar, mas eu pensei várias vezes em sair daqui, porque é... a gente ficava com muito medo... eram pessoas, eu te digo... é... pessoas que você falava "nossa, que gente feia"... era assim mesmo, né? Pessoas maltratadas, sem dente, muito, muito judiada pelos anos que ficavam lá no [...].*

*[...] eles mostram... acabam mostrando um certo temor com pacientes doentes.*

Considere-se também quesitos como valores sociais, em que o belo é associado ao bom e, em oposição, o feio é associado ao mau, assim como o universo dos medos infantis, em que seres malignos, como bruxas e monstros costumam ter um aspecto físico repulsivo. Tendo em vista esse imaginário social, talvez a aparência “judiada” explique o estranhamento e a repugnância que esses indivíduos provocaram inicialmente nos trabalhadores. Parece que a aparência maltratada dos pacientes, em lugar de causar empatia pelo sofrimento que representava, pode ter contribuído para despertar o medo que alguns profissionais afirmam ter sentido quando ingressaram no serviço. Ao contrário, ela teria servido quase como “justificativa” inconsciente para “explicar” que se estão assim é porque fizeram por merecer, de alguma maneira.

Entretanto, as pessoas também verbalizaram que, ao estreitarem o contato com os usuários, o temor inicial foi superado, o vínculo com os pacientes foi criado e o trabalho de cuidado passou a fazer mais sentido e se tornou uma atividade prazerosa. Também foi possível evidenciar que, além da familiaridade, outro fator que parece ter motivado esses trabalhadores foi vivenciar essa experiência como um desafio profissional. As falas abaixo ilustram essas verbalizações:

*Quando eu cheguei eu não me sentia capacitada, senti um medo terrível... (risos), mas agora eu tô me sentindo cada dia mais forte, mais capacitada.*

*Ah... nunca tinha pensado antes, né? E surgiu a oportunidade, eu vim, mas tipo como um desafio, né? Na verdade eu tinha um pouco de medo até, quando eu entrei... mas depois... foi bom...*

*É... sofri um acidente aqui dentro muito grave, que eu fiquei sem andar quinze... por quinze dias, mas assim... é... eu nunca perdi o gosto de trabalhar aqui, tanto que eu fiz três pós graduação e as três pós eu defendo a saúde mental porque eu gosto, né? Então, eu tô aqui, é porque eu gosto, não é pelo salário, que não é muito grande.*

*E aí eu fui ficando, quando eu prestei o concurso pra Santos, é... eu não tive opção de escolha. Falaram prá mim "já que você tá lá, lá você vai ficar". Eu queria muito ter ido prá... (risos)... prá uma policlínica, mas aí a gente vai pegando gosto, vai pegando carinho com os pacientes, vai sabendo a história de cada um, a história de vida e aí você fica... bom, eu digo que eu me apaixonei, eu gosto do que eu faço, né?*

*Mas depois eu... consegui entender, consegui lidar com eles e... comecei a conhecer e saber lidar com cada um, aí foi fácil, agora... é moleza.*

Sobre isso, podemos refletir que a familiaridade com os usuários pode ter facilitado a lida com os mesmos e aumentado a vontade de trabalhar com esses sujeitos, pela diminuição da tensão provocada pelo contato com o “estranho” e inesperado. Dias (2013), ao realizar pesquisa com estagiários em um CAPS II no interior de São Paulo aponta que os alunos trouxeram representações dos sujeitos considerados loucos como indivíduos amedrontadores. Amparado em Graham *et al* (2007), Dias (2013) considera a estigmatização um processo de base cognitiva e comportamental frente a supostas ameaças, que deve ser combatido e reduzido.

Um outro estigma associado ao usuário da saúde mental é o da simulação. Ao contrário do paciente com queixas clínicas, esses usuários muitas vezes têm seu sofrimento

desacreditado e/ou negligenciado. Como todos os entrevistados afirmaram não ter recebido capacitação para trabalhar no serviço e cinco disseram não ter tido nenhum conteúdo sobre saúde mental na formação, questiona-se se a falta de preparo para lidar com o sofrimento mental teria levado esses trabalhadores a buscarem no senso comum e em seu próprio repertório de crenças recursos para lidar com indivíduos que experienciam o mundo de uma forma diferente da sua.

Mais uma vez, a aprendizagem, em serviço, pela convivência com os usuários, foi necessária para que os profissionais passassem a compreender as queixas e sintomas apresentados pelos usuários como “autênticas”, manifestações de profundo sofrimento e, em alguns casos, incapacidade, e não como um artifício para conseguir algo, ou para se desvencilhar das responsabilidades da vida, como se poderia pensar, em abordagem mais distanciada:

*Sim. Mudou muito. Antes eu via um paciente, muitos pacientes psiquiátricos eu via como... talvez como golpistas em potencial, né? Era o que eu via... eu não... não tinha um vislumbre assim de que as pessoas podiam realmente ter transtornos psiquiátricos assim sutis e... e alguns outros severos, né, e com grande comprometimento. Eu não via assim, hoje eu já vejo de outra forma.*

*É... e você ouve o tempo todo, assim... o cara não pode tá deprimido e trabalhando, o cara não pode tá psicótico e ser limpo, né? É... as pessoas passam o tempo todo... é... eu fico impressionado às vezes, que a sensação que eu tenho é que o paciente percorre uma via-crúcis pra provar que tá doente, né? É quase como se o... o... todo mundo simulasse ou todo mundo... é... convertesse, né? Quando na verdade esses caras são exceção, né?*

*E... até entender que... eles viam mesmo e ouviam, né, ouviam vozes e que eles viam... e aquelas alucinações visuais e que eles estavam vendo ali a pessoa mesmo... cheguei a levar muita porrada, né? Até entender que aquilo não era pra mim, era pra que eles... foi... complicado.*

Especula-se se o desconhecimento não só levava à descrença e ao preconceito, como provavelmente à negligência do cuidado ao usuário, bem como também deixava o profissional mais vulnerável para sofrer retaliações por parte dos pacientes. É interessante frisar que as falas acima são de profissionais com grande diferença de tempo de serviço no equipamento estudado e na saúde mental.

Nesse sentido, percebe-se que foi a experiência (incluindo o sofrimento inerente) que levou à qualificação do trabalhador e à posterior sistematização do conhecimento a partir da prática. Entretanto, é possível que a falta de diálogo entre teoria e prática favoreça em alguns momentos a reprodução inadequada do trabalho:

*Algumas coisas eu vi que eu aprendi de uma maneira talvez equivocada, que era o jeito que o serviço funcionava, né? E aos poucos eu percebi a equipe se envolvendo mais e crescendo junto e pensando em outras práticas mais adequadas.*

Na ausência de preparo prévio, a estratégia do apoio mútuo parece ter sido utilizada pelos membros da equipe, sobretudo pelos mais antigos, como uma defesa para se fortalecerem diante daquilo que parecia ser ameaçador no trabalho. Além de ser uma defesa coletiva, o apoio mútuo e as relações entre os colegas parecem ter sido também uma fonte de prazer no trabalho, como se apreende das falas a seguir:

*Não... é... assim... porque era uma equipe muito unida, por mais que a gente fosse vulneráveis, a equipe, o corpo que tinha aqui dentro, eu não digo nem só o corpo de enfermagem, não, não... eu digo todos os trabalhadores, né? Psicólogos, assistente social, nós éramos muito unido, né? A gente podia ligar pra um, ligar pra outro, que tava todo mundo junto.*

*A nossa fragilidade, eu tive muito apoio, tive muito apoio mesmo das colegas de trabalho, da... da... da direção, mas dentro daquilo que eles podiam contribuir comigo, na minha... naquela fase difícil. E graças a Deus... tivemos perdas muito importantes de profissionais e sempre nos mantivemos unidas e nunca deixamos a peteca cair não. Então, essa que era... o bom dessa unificação.*

Sobre essa estratégia do apoio mútuo citado pelos profissionais mais antigos no CAPS, fica um questionamento: porque ele não é mais utilizado? Será que a precarização dos serviços da rede de saúde mental do município interfere nas relações entre os trabalhadores? Ou o momento histórico da época - Reforma Psiquiátrica, intervenção recente na Casa de Saúde Anchieta e implementação dos CAPS mantinha os trabalhadores mais unidos?

A Psicodinâmica do Trabalho postula que “a coordenação das atividades singulares é implementada por meio da cooperação. Esta não é prescrita nem decretada; depende da possibilidade de os agentes estabelecerem entre si relações intersubjetivas de confiança” (MENDES, 1995, p. 37). Nesse caso, seria interessante continuar aprofundando as conversas e investigações para entender as relações entre os trabalhadores, para buscar respostas a esses questionamentos e entender porque o espírito de equipe e a confiança estabelecida anteriormente teria sido desfeita, e como ela poderia ser recuperada. Tal condição foi apresentada como aquela que faz com que os profissionais se sintam engajados com o trabalho e solidarizados uns com os outros, de forma que nenhum fique sobrecarregado ou se sinta abandonado e isolado diante das dificuldades.

Com relação ao segundo objetivo - investigar como os profissionais de diferentes formações concebem e praticam o cuidado em saúde mental – no que diz respeito à prática, alguns trabalhadores apresentaram uma grande variedade de ações, pois, segundo a organização dos CAPS, os profissionais não devem ficar limitados a exercer apenas uma função, já que, de acordo com a política de saúde, todos são igualmente técnicos em saúde mental.

Porém, partíamos da hipótese de que as diferentes formações dos profissionais criavam algum viés e determinavam uma certa visão de saúde mental que talvez fosse diferente de outros profissionais e de que essas visões diferentes pudessem gerar conflitos. Para verificar ou infirmar a hipótese de trabalho, fomos ouvir os trabalhadores a esse respeito. As falas abaixo descrevem as ações realizadas por profissionais com formações diversas. Ao que elas denotam, os trabalhadores são técnicos em saúde mental e não ficam atrelados apenas às funções específicas de sua profissão, o que talvez faça com que esses respondentes percebam o cuidado de uma forma um pouco menos restrita:

*Realizo triagens, alguns atendimentos individuais, grupo com familiares e o*

*acompanhamento das referências... e reuniões externas, né, reuniões de rede, reuniões de matriciamento.*

*[...] eu os levo a passeios... nas redondezas... em praças, no Jardim Botânico, né? É... num lugar chamado Arte no Dique, onde eles têm aula de percussão, não é? E... aqui dentro... eu... às vezes eu coloco uma sementinha nos vasos pra gente ver aparecer uma plantinha, alguma coisa que cria... entre aquilo tudo que eu falei, né? Melhora a autoestima. Coisa de... e... a gente ao sair conversa sobre vários assuntos, não é?*

*Atividades... (risos)... parece complexo, né, isso... eu vejo tantas atividades, né? É... eu acho que essa questão é que há muitos anos talvez eu sempre me perguntava, né? É... pela diversidade das atividades eu não conseguia visualizar a minha... o... a minha função, né... profissional... é... dentro dum NAPS, né? Eu acho que eu já vim pra cá sabendo muito sobre isso, né? Eu sou psicólogo, mas não... não vinha pra cá como psicólogo, né, vinha como um técnico de saúde mental, né, e acho que por conta disso a gente... talvez eu vim pra cá aberto prá todas as possibilidades, né... de atividades.*

*É... atividades de referência, acompanhamento de referência, triagem, que é acolhimento, visitas domiciliares, é... preenchimento de papéis, né? A parte burocrática... (risos).*

*É... eu faço o plantão técnico, faço triagens, é... os atendimentos de referência, né, que são os atendimentos individuais e acompanhamento dos... dos pacientes que são... que são minha referência... é... faço oficina... é... e alguns atendimentos que eu chamo de atendimentos de [...], que são mais específicos... basicamente isso.*

*Atualmente? Primeiro atendimento, atendimento de enfermagem... é... orientações, apoio e ventilação... acho que no momento... é... acompanhamento das ações da equipe de enfermagem, orientação e supervisão da equipe de enfermagem.*

Em contrapartida, parece que os auxiliares e técnicos de enfermagem, assim como

alguns médicos, têm se restringido a exercer apenas suas funções, em oposição ao que ocorria na época da implementação dos NAPS no município, quando a equipe de enfermagem também fazia atendimentos de referência e acompanhamento de plantão técnico em conjunto com os profissionais da equipe de nível superior, além de oficinas, passeios, etc.:

*Ministração de medicamentos, controle de sinais vitais... é... é... cuidados gerais com o paciente, né? Às vezes alguma contenção de... de conflito.*

*É... a gente faz... prepara medicação... dá medicação... é... auxilia no... na alimentação do paciente... e... toma conta... (risos). Olha pra ver o que que vai fazer... se tiver curativo pra fazer, se tiver alguma coleta de sangue, a gente faz. Mas basicamente é isso, é medicação e... e alimentação... a gente supervisiona.*

Alguns profissionais com mais tempo de atuação no serviço viveram esse período e descreveram atividades realizadas pela enfermagem que iam além do fornecimento de medicação aos usuários, pautadas não no modelo biomédico, e sim pelo cuidado próprio da atenção psicossocial:

*[...] o final de semana era sagrado o passeio dos pacientes. É... tinha dia que a gente fazia passeios, piquenique no Horto. A gente tinha duas auxiliares de enfermagem que era [...] e a [...]. Elas tinham uma atividade: fazer bonecas com as pacientes que era maravilhoso. Gente, bombava! Aula de costura, de crochê, de tricô, que as meninas faziam, você via vinte, trinta mulheres, quinze mulheres lá dentro, elas não faltavam... e... as coisas vão se perdendo, eu não sei por que, mas eu sei que as coisas foram se perdendo, né? Tinha... é... tinha futebol, atividade no Horto, atividade nas ruas mesmo, pintura. Eu não sei te falar porque perdeu isso.*

*Bem... agora... quando eu entrei, eu tinha várias, né? Acompanhamento, a gente era referência com o técnico junto. E eu fazia muita coisa, assim... tinha... eu também era responsável pela oficina de bonecas, fazia trabalho com elas, bonequinhas de fuxico, eu montava com eles. Eu tinha um grupo grande de... de... pacientes. Fiz durante alguns anos.*



As falas denotam que esses profissionais de enfermagem demonstravam interesse, criatividade e entusiasmo em relação ao trabalho que faziam com os pacientes, anteriormente; nas palavras deles, o que “tinham” e foram “perdendo”, sem que saibam explicar o porquê, era uma grande e variada oferta de atividades para os usuários, que acabava também valorizando suas capacidades e o trabalho que faziam.

Embora a equipe de enfermagem do noturno justifique a quantidade reduzida de atividades realizadas por eles pelo fato dos pacientes dormirem cedo, percebe-se que suas tarefas não diferem daquelas realizadas pela equipe de enfermagem diurna. Em uma das falas, inclusive, é mencionado que ocorrem oficinas e grupos à noite, em outros municípios:

*[...] às vezes eu falo com alguns paciente... é... quando eles querem bater papo (risos). É... é pouca coisa que tem no noturno, né, porque eles logo vão dormir, ele comem e vão logo dormir. Não é como em outros lugares... é... que eu tenho outro emprego, os pacientes têm até grupo à noite.*

*Aí depois eu fui prá... prá noite, aí a minha... agora minha função é mais é acompanhamento, né, medicação... acompanhamento. Às vezes a gente ouve um pouquinho, né, quando eles precisam falar... e assim. Mas é mesmo... é... tá com eles, medicar, dar alimentação, ajudar na alimentação, né, na higiene... é isso. Mas agora a noite não tem muito o que fazer... assim... em sentido de ter terapêutica, de... de oficina, essas coisas, não tem nada a noite. A noite só faz mesmo tá junto e... suas necessidades que eles precisam tá acompanhando. É um banho, uma medicação, uma alimentação, essas coisas.*

*É... cuidados de enfermagem, medicação... atenção ao paciente... os cuidados que ele... que ele... que ele demonstra no decorrer do... do plantão.*

A hipótese inicial, de que as concepções de cuidado e as condutas práticas estariam associadas predominantemente à formação profissional não se confirmou. Mesmo dentre os sujeitos que cursaram disciplinas relacionadas à saúde mental durante a formação, parece que isso não foi determinante, pois alguns não conseguiram descrever com exatidão quais

conteúdos haviam recebido:

*Eu tive conteúdo sobre saúde mental... é... não vou saber exatamente... dizer exatamente qual... mas eu tive aula sobre Reforma Psiquiátrica, organização da Saúde Mental no Brasil atualmente, psicopatologia... por esse caminho.*

*Nossa senhora, agora você me arrebitou... eu tenho... ai... no meu curso tem saúde mental... não... [...] aplicada à saúde mental... é... não.. eu tenho bastante disciplina, não sei se eu vou saber te falar não... eu tenho dois módulos de psicologia... é... específicas da saúde mental... tô lembrando esses dois... eu tenho clínica I que é em saúde mental...*

Chamou atenção nos dados das entrevistas o fato de alguns voluntários não se referirem à área usando o termo saúde mental e sim psiquiatria. Não por acaso, essas falas carregam termos como disciplina e medo. Parece que elas convergem para uma visão da saúde mental que se aproxima da política manicomial à qual a reforma que instalou os CAPS se opôs. Costa Júnior e Medeiros (2007) creem que a concepção de loucura da Psiquiatria, a despeito do antagonismo sofrido por outras áreas, ainda se mantém, em maior ou menor grau, inclusive por parte dos seus antagonistas. Para esses autores, a Psiquiatria é, ao menos, objeto de estudo da saúde mental, especialmente no que tange à análise histórica.

*No técnico de enfermagem a gente tem uma pincelada sobre psiquiatria, mas nem estágio eu não fiz em psiquiatria não.*

*[...] a psiquiatria cansa muito a mente.*

*[...] disciplina é uma coisa que tem que ter na psiquiatria...*

*[...] todo mundo adocece na família quando tem um psiquiátrico [...].*

*[...] é que a turma de AD (Álcool e Drogas) deveria de ser separada da turma de psiquiatria, entendeu?*

*[...] dava muito curso pra gente, né, mostrando o que era psiquiatria.*

Com o objetivo de investigar como os profissionais de diferentes formações concebem e praticam o cuidado em saúde mental, fui investigar as concepções de cuidado entre os respondentes, como vemos a seguir:

*Eu acho que o principal que a gente tem que pensar é na qualidade de vida deles... é... e propor ações sempre com esse foco, né? De melhorar a autonomia, melhorar a qualidade de vida, porque... no nosso serviço, grande maioria vive em situação de muita vulnerabilidade... é... e ainda com transtorno mental a gente vê muito descaso, né, do... dos demais serviços, às vezes até da própria família. E a gente tem que ir tentando resgatar o mínimo de... de dignidade e de independência, pra que tenha uma vida com um pouquinho mais de qualidade.*

*Acho que o cuidado é a questão ética. É... e o cuidado sob todos os aspectos, né? O cuidado até como... é... ouvir o paciente, né, como... é... falar com o paciente, né? É... tomo cuidado, inclusive, de... em... no espaço que eu tô falando com esse paciente, né, que eu tô me dirigindo a ele. Então... eu... pra mim... isso é fundamental, tá implícito... é algo que é ético.*

*Que o olhar seja outro, que a forma de cuidado seja... seja diferente mesmo, né? Uma atenção individualizada, uma atenção... é... voltada pra dignidade, prô... prô... prô cuidado, prô respeito, né?*

As falas apresentam concepções que vão além da lógica medicalizante e do assistencialismo, destacando também a garantia de direitos, a autonomia, a dignidade, a qualidade de vida, o respeito, a ética. A condição socioeconômica dos usuários, a vulnerabilidade social em que grande parte se encontra, e a fragilidade dos laços familiares também foram mencionadas como temas importantes, quando se pensa em cuidado. Esse conceito ampliado de cuidado é condizente com os princípios do novo movimento da luta antimanicomial, mas aponta para os limites de ação da área de saúde e a necessidade de uma

ampla rede de apoio.

A desinstitucionalização, na ótica praxica da Reforma Psiquiátrica, gera novos atores sociais e uma gama de espaços para pensar e intervir nas questões de vida e saúde; resgata a complexidade da vida psíquica, assume a ruptura com a centralidade e exclusividade do paradigma clínico e constitui-se em manifestação que reconhece novos sujeitos de direitos e novas formas de subjetivação. É, assim, uma forma de luta contra a exclusão e de defesa da solidariedade e da diversidade (OLIVEIRA, 2009, p. 61).

É possível perceber também que a concepção de cuidado e a prática do cuidado efetivo nem sempre conseguem caminhar juntos, pois o sucateamento do serviço e de toda rede de atenção psicossocial do município impõe limites às ações dos profissionais, impedindo que o trabalhador ofereça o cuidado aos usuários da maneira que o concebe. Os sentimentos expressados são contraditórios, pois, embora os profissionais defendam e até admitam a idealização do modelo dos CAPS, a precarização da rede parece provocar um sentimento de frustração e desencanto nesses trabalhadores:

*É... acredito nessa forma de cuidado em liberdade, com os CAPS e demais serviços que não são só CAPS, né, acho que isso pelo menos em Santos tá muito ruim. É... de toda rede de atenção psicossocial a gente tem poucos serviços funcionando... e aí dessa forma o cuidado não consegue ser efetivado... é... de uma maneira satisfatória.*

*É... eu acho que eu tinha uma visão muito utópica... muito sonhadora... assim... de um... de um serviço que funcionava mais baseado na reabilitação psicossocial... e... acho que eu me decepcionei bastante, né? A realidade é bem diferente assim... a realidade é mais árdua e com bastante limitação pra... pra reabilitação... a gente acaba apagando incêndio.*

*Ah, prá mim a minha dificuldade principal é que a gente acaba.. é... nas propostas que a gente faz pros usuários... é... no sentido de reabilitar, ou de incluir na sociedade ou de articular com outros serviços... é... são muito interrompidas por esse... pelas questões mais urgentes assim, né, que a gente acaba se prendendo muito nessas questões do dia a dia... que*

*é o paciente que chega... e questões institucionais, que eu acho que é o maior impedimento, assim... a gente tem umas regras mal estruturadas assim, né?*

Pesquisa realizada pelo Crepop em 2007 identificou problemas como o fato dos CAPS serem implantados de maneira desigual pelo país devido às políticas locais, fator que também influencia no investimento nos equipamentos de saúde mental como um todo. Em alguns locais nem mesmo existia rede de atenção à saúde mental, ou, em alguns casos, a mesma não estava articulada com as propostas da Política Nacional de Saúde Mental, com atendimento médico centrado, tensão entre a abordagem psicossocial e a estritamente clínica, ou, como ocorre em alguns lugares, as ações de saúde mental ficam restritas ao CAPS.

A reabilitação psicossocial é uma abordagem que surge das novas propostas reordenadoras da atenção em psiquiatria após os movimentos de reforma psiquiátrica no mundo e no Brasil, e que se caracteriza por direcionar as ações de saúde, nos serviços extra-hospitalares de saúde mental, no sentido de aproximar as experiências existenciais decorrentes do adoecimento mental dos espaços físicos, socioculturais e de legitimidade cidadã da sociedade (BARROS *et al*, 2007 apud FIORATI & SAEKI, 2013, p. 311).

As falas trazem outros fatores que provocaram frustração nos trabalhadores, os impedindo de fazer o trabalho como gostariam para vivenciá-lo como fonte de realização pessoal. A redução da equipe foi na contramão do aumento da demanda; desse modo, o acúmulo de tarefas e a falta de tempo também apareceram como empecilhos para que os profissionais consigam realizar seu trabalho da forma que consideram mais adequada:

*É... um outro desafio é... a gente não... eu acho que muitas vezes a gente não consegue fazer tudo que a gente gostaria por falta de tempo mesmo, por falta de uma equipe maior, por falta de uma orientação melhor.*

*Dificuldade? Eu acho que o tempo... é o tempo... o tempo pra mim é curto... não consigo me organizar pra fazer tudo que tem que fazer, a demanda é muito grande, então... quero abraçar tudo, e... acabo que não faço nem a metade, né?*

Retomando o terceiro objetivo proposto nessa investigação – discutir e ampliar o repertório de cuidados em saúde mental – procurei perceber as possibilidades existentes, para além das práticas já conhecidas em atenção psicossocial, como por exemplo: oferta de medicação, atendimento psicológico, oficinas artísticas, entre outras; enfim, fiz o exercício de pensar naquilo que não é valorizado como terapêutico, como por exemplo: os afetos, o acolhimento e tudo aquilo que entendemos como tecnologias leves.

Merhy e Feuerwerker (2009) falam de um novo olhar sobre as tecnologias do cuidado; tanto aquelas calcadas nos procedimentos e saberes, quanto aquelas vinculadas às relações entre trabalhador e usuário. Aqui nos ateremos às tecnologias leves, que abrangem o interesse, a escuta e o vínculo. É importante ressaltar que as falas a seguir são de profissionais com diferentes formações:

*[...] buscar uma forma que... que contemple as necessidades dele... e que evite ele... que ele se exponha a situações de risco, né, ficando na rua e sem cuidado [...].*

*Então, talvez, pudéssemos... é... entendê-los... dando um resultado pra... pra eles de alguma forma, né? Alguns são institucionalizados, né? E... e a gente deve procurar dar apoio e amor, mas não necessariamente resolver os problemas cotidianos, que eles poderiam estar resolvendo, né?*

*E de fato, eu acho que... que eu me dou bem com os pacientes e... e alguns... muitos... talvez não externem isso, mas eu percebo que gostam de mim também.*

*Eu acho que principalmente é... é estar junto com os pacientes, né, estar acolhendo... é... enfim... trabalhando... é... com eles, né?*

*Então... é... eu ... até por uma questão de concepção... é... é... dentro da... da... da psicologia e da abordagem que eu sigo, é... que é uma abordagem humanista, né, eu tenho pra mim... é... na minha atuação com o cuidado como fundamental, né? É... e... filosoficamente, né, eu... eu... eu sigo essa linha de que o cuidado ele tá implícito em todos os sentidos, né, desde o contato com o paciente, com o familiar, com... enfim... com os colegas*

*de trabalho... é... enfim, com todas... os... os atores, né, dentro do serviço de saúde mental... é... o cuidado ele é fundamental.*

*Dócil... é... é... ela tava agressiva com você, ela queria te tacá uma pedra, você deu um sorriso prá ela e ela deu uma gargalhada e... e pronto... e fica maleável e faz às vezes o que... o que precisa ser feito, por causa disso. Às vezes o sorriso é um remédio também, né, uma cordialidade é um remédio também.*

As falas expressam relações bastante afetivas, que denotam proximidade entre trabalhadores e usuários. O afeto, o sorriso, que também está relacionado ao estar junto, em contato, falam do modo de relacionar-se entre profissionais e pacientes e de ficarem perto um do outro e assim criarem laços de afeto, que, por vezes, podem prescindir de palavras, sendo gestos de cuidado

A imprevisibilidade das situações do trabalho na saúde mental também requer ações criativas, improvisos e um olhar aguçado dos trabalhadores para perceber e estimular as potencialidades dos usuários, visando fortalecer a autonomia desses sujeitos:

*Mas também, acho que aproximação, né? Não é... não é um usuário que você vai conseguir fazer atendimento com hora marcada, uma vez por semana, uma vez a cada quinze dias, né? Tentar aproveitar aí... e... né? Fazer o atendimento no território, ir atrás, chegar mais perto, tentar vincular o serviço o máximo possível...*

*O... os usuários da... da saúde mental, como qualquer pessoa, eles não são bobos... e... e eu acho que o nosso approaching, né, dessas pessoas... não leva em consideração a esperteza deles. Leva em consideração apenas as deficiências... é... as coisas... que... que não condiz com o que nós chamamos de normal, né? E eu acho que nós teríamos que nos aprofundar em examiná-los como seres que tem a sua... o seu corre... sua esperteza... o seu corre.*

*Eu procuro levá-los ao... a alguma situação que transfira a ele alguma responsabilidade, alguma autonomia, né, e também alguma criatividade...*

Entretanto, chama a atenção o fato de que, a despeito das queixas com a situação atual do serviço, os trabalhadores, de maneira geral, não conseguiram identificar quais ações poderiam melhorar o seu trabalho e o cuidado oferecido aos usuários:

*Ah, eu não tenho a menor ideia, num tenho.*

O quarto objetivo da investigação – mobilizar processos de educação permanente no serviço – serve de gancho não só para refletir sobre as ações de educação permanente já realizadas na unidade, ainda que nem sempre reconhecidas pelos próprios protagonistas enquanto tal, como também para pensar no produto do Mestrado Profissional.

Recentemente foi proposto por um médico da equipe um encontro semanal às quintas-feiras, inicialmente denominado “Capacitação” e agora “Educação Permanente”, para discussão técnica/teórica entre os membros da equipe para preencher a lacuna deixada pela ausência de atividades de capacitação e formação, bem como para discutir coletivamente as questões do serviço. Esse momento foi se tornando um espaço de Educação Permanente de fato, pois a equipe foi se apropriando, levantando temas a serem discutidos, o que culminou em um processo de autogestão do grupo.

Nesse sentido, chamou atenção o fato de que os entrevistados expressam visões contraditórias do que seria a aprendizagem na prática, pois, embora não reconhecidos e não valorizados como tais, os espaços de Educação Permanente já aconteciam no serviço, mesmo que ainda não estivessem instituídos.

Essa construção de conhecimento a partir da prática apresenta um componente espacial: os profissionais aprenderam nos locais, no serviço; além de um componente temporal: eles aprendem no dia a dia, na ação, no momento da prática, no trabalho vivo em ato. Conforme Merhy (2004), os trabalhadores também são teóricos, também criam conceitos, que usam como ferramenta de intervenção.

Para o autor (2013), no cotidiano das práticas de saúde, é possível que um grupo de trabalhadores converse informalmente sobre como agir com determinado usuário sem necessariamente estar em um espaço delimitado e hierarquicamente instituído como espaço formativo. Mesmo informal, essa troca viva de saberes prático-teóricos pode informar, afetar, mobilizar alguns desses trabalhadores e os levar a decidir como intervir com esse usuário.



Dessa forma, por vezes ela supre a ausência de formação específica apontada pelos respondentes:

*[...] eu fui aprimorando, fui estudando, mesmo na prática cê vai observando sua atuação, a dos colegas... e... fui me formando ao longo do trabalho.*

*[...] acho que antes da capacitação, é... eu acho que uma coisa que é legal também pensar é... o quanto é... que a gente vai aprendendo com a própria prática, né? Seja através dos colegas... é... que já estão, que já estavam aqui quando eu entrei, né? Seja é... partilhar essas experiências também faz com que a gente... é... que a gente cresça, né?*

*[...] acho que a prática com os colegas, isso acrescenta bastante, né? Até pelas características do próprio serviço, a gente fala sobre... é... saúde mental, sobre pacientes, sempre, né, a gente tá discutindo caso, seja ele em reuniões de... de equipe, ou seja individualmente, com algum colega, então a gente tá vivendo intensamente.*

*Nenhuma. Fui capacitando na prática.*

*[...] eu acho que hoje eu tenho mais segurança por pura experiência... é... por fazer, aprender fazendo, né, não por... né? Acho que eu estudei um pouco, aprendi com a equipe, mas não por capacitação. Foi... aprendi aí na experiência mesmo.*

*Não, nunca tive. Então, o que eu tô falando é isso, o que eu tive foi o dia a dia, né, bons profissionais, que... quando, se eu entrei aqui, tinha essa preocupação de não só cuidar do... do paciente, é cuidar também dos profissionais, porque as pessoas... os profissionais também adoecem. Eles tinham... eles tinham essa... esse cuidado. Até... até... um... um tempo atrás eles tinham esse cuidado, né? Então, eu não lembro o nome do supervisor... que... que vinha, mas ele vinha, uma vez por mês, entendeu? Não existia... crítica, existia soma e dívida.*

A respeito destas falas, podemos pensar que talvez o processo que instituiu a Educação

Permanente tenha sido a validação que uns dão às experiências e aos saberes dos outros, pela validação de uma troca de conhecimentos, que legitima a palavra e o conhecimento e viabiliza a produção de soluções transformadoras. Segundo Mendes (1995, p. 37), “o espaço público é construído pelos próprios trabalhadores, constituindo o momento em que são partilhadas a cooperação, a confiança e regras comuns. Representa o espaço da fala, da expressão coletiva do sofrimento e da busca de mecanismos de transformação da situação vigente”.

Quanto à capacitação em si, as falas dos sujeitos são divergentes sobre esse aspecto, pois, embora alguns reconheçam sua relevância, outros sequer lembravam das capacitações que já haviam ocorrido no serviço:

*É... claro que a capacitação ela é mais técnica, mais direcionada, né? Ela... ela acrescenta muito... espero que tenham outras, né?*

*Não, nunca. Acho que... teria... seria necessário, até... porque... que nem eu... não me... consegui... é... ficar bem, mas nem todos os colegas que consegue, né? Muita gente não tem o... traquejo... não sei se é a palavra... necessário pra lidar com eles.*

*Acho que nunca. Eu acho... não me lembro... de nunca... é... pra falar nunca, na gestão agora da [...] que a gente teve uma capacitação com a [...], que veio de [...]. Mas esses anos, vinte e tantos anos que eu tenho aqui no... hoje CAPS, nunca tivemos capacitação nenhuma.*

*Não. Só após iniciada recebemos bastante. Recebemos bastante, na época que nós entramos, porque hoje faz anos que não tem mais, mas na época tínhamos bastante. Tivemos vários cursos, mas... antes de entrar, nada, não tinha conhecimento nenhum da área. Foi meio sufoco mesmo.*

As falas apresentam a potência dos espaços de Educação Permanente como um importante instrumento de transformação das práticas de cuidado no CAPS, visando suprir a falta de formação e sistematizar o conhecimento produzido pelos próprios profissionais.

## 4 DISCUSSÃO

*“A teoria sem a prática vira verbalismo, assim como a prática sem teoria vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria, tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade”. (Paulo Freire)*

Há quase trinta anos a Reforma Psiquiátrica brasileira levou à evolução do paradigma manicomial para o antimanicomial, com o fechamento sistemático dos manicômios e a substituição da reclusão asilar pelo cuidado em liberdade e o resgate da cidadania nos serviços abertos de base comunitária. Porém, comparadas a séculos de estigmatização dos sujeitos considerados loucos, a Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial são movimentos recentes na história, o que ainda causaria impacto no imaginário popular acerca da loucura, influenciando, inclusive, os trabalhadores da saúde mental.

O longo período de exclusão dos pacientes em hospitais psiquiátricos parece ter colaborado para a construção e manutenção da sua imagem de sujeitos vistos como perigosos e descontrolados. Tal fato ficou evidente na revelação de alguns entrevistados de que, ao ingressarem no serviço, o contato com os usuários despertou-lhes muito medo.

A essa representação social da loucura soma-se a ausência de capacitação para trabalhar com esse público. Quando ingressaram no serviço, os profissionais se sentiam despreparados, “largados à própria sorte”, tendo como suporte apenas seu repertório pessoal. Foi a aprendizagem em serviço e a convivência diária que permitiram a aproximação dos trabalhadores com os usuários. Porém, atitudes de rechaço a determinados indivíduos ocasionalmente ainda ocorrem. Pode acontecer que as defesas coletivas dos trabalhadores funcionem no sentido da coerção dos pacientes à obediência, travestida de cuidados disciplinares. Além disso, o abandono progressivo do apoio a esses profissionais, causado pelo desmonte da rede, provavelmente colabora para que isso ocorra. Conforme Kinoshita (2009, p. 06):

Se o conhecimento sobre a loucura autoriza certo poder, a ignorância e o medo justificam um outro tanto: no cotidiano da instituição a periculosidade presumida assume as mais diversas formas de racionalização técnico-científica, gerando os contornos das normas mais bizarras, que tem por efeito a absoluta objetificação dos

pacientes, transformados em coisas incompreensíveis a serem temidas e rechaçadas. Toda atitude de questionamento, recusa ou defesa da parte do paciente é identificada como uma agressão corrente ou potencial, e por isso deve ser controlada e repelida. A desconfiança e o medo imperam sobre qualquer expectativa de melhora ou progresso. No limite, o progresso só é reconhecido em termos de obediência e submissão à razão do corpo profissional.

Embora nem todos os entrevistados pareçam valorizar as capacitações, a ausência de diálogo entre teoria e prática também denota colaborar para a estigmatização dos usuários, em especial os que apresentam maior dificuldade de adequar seus comportamentos às normas socialmente aceitas. A diminuição da autonomia para lidar com os autocuidados, a desestruturação familiar, a vulnerabilidade socioeconômica e a exclusão pelo sistema de produção capitalista parecem levar à percepção de que, além de agressivas, pessoas com transtornos mentais são também improdutivas e indolentes e não vítimas de um processo de segregação. Além disso, é possível que no Brasil o modelo manicomial e o modelo antimanicomial ainda coexistam, ao menos nas concepções e práticas dos trabalhadores da saúde mental. Alguns entrevistados, inclusive, se referiram à área de atuação como psiquiatria.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, neste sentido, evidencia o conflito entre duas perspectivas bioéticas. Este conflito está posto, mas não está de forma alguma avançando claramente para uma resolução. A ética do modelo clássico de atenção psiquiátrica calca-se na lógica manicomial, na exclusão, na pressuposição de improdutividade, de periculosidade e de incurabilidade. É uma ética que favorece a medicalização como recurso terapêutico em nível individual e social, bem como para sanar supostas anormalidades e controlar a vida cotidiana. A ética da Reforma Psiquiátrica funda-se na abordagem fenomenológico-existencial e apoia-se no conceito de desinstitucionalização. Propõe uma práxis onde as instituições assumam-se como parte de uma rede de cuidados com finalidade de restaurar a cidadania plena dos usuários de serviços de saúde mental e de responder às necessidades das comunidades e dos cidadãos, conforme ativamente percebidas a partir de um sistema de informações e de um monitoramento efetivamente e competentemente planejado para este fim (OLIVEIRA, 2009, p. 60).

Os sujeitos, ao falarem da aprendizagem em serviço, mencionaram outro estigma associado aos usuários da saúde mental: a simulação. Ao conviver diariamente com esse público, alguns trabalhadores revelaram que puderam compreender o sofrimento provocado pelos transtornos mentais. Porém, essa visão ainda não é unanimidade: conforme fala de um dos entrevistados, os pacientes ainda percorrem uma via-crúcis para provar que estão doentes. Novamente, o pensamento baseado no senso comum aparece como um entrave para que os usuários recebam uma atenção adequada e o preconceito, nesse caso, é mais uma fonte de sofrimento.

Ao falar de sua relação com o trabalho, alguns entrevistados verbalizaram que, apesar das adversidades, a estratégia do apoio mútuo tornava o trabalho uma fonte de prazer. Talvez a militância da época da Reforma Psiquiátrica, a união por um ideal comum, ou seja, pelo fechamento dos manicômios e a criação dos serviços substitutivos, visto como um grande ato humanitário, provocava um sentimento de pertencimento e de coletividade entre esses trabalhadores. Entretanto, mais uma vez, parece que o sucateamento dos serviços de saúde, além da ideologia neoliberal vigente, que transforma direitos em bens de consumo e diminui oportunidades, acirra a competitividade e o individualismo entre as pessoas, esgarçando os laços de amizade que geravam tanto prazer no trabalho na época da Reforma Psiquiátrica.

Outra curiosidade que surgiu nas entrevistas foi o fato de alguns profissionais se referirem ao seu trabalho sempre no passado. Algumas hipóteses podem ser levantadas para explicar tal fenômeno, como o fato de que, por terem feito parte da “era áurea” do NAPS I, em que o serviço funcionava conforme o que era preconizado pelas políticas de saúde, ao verem seu trabalho hoje restrito ao fornecimento da medicação e acompanhamento das refeições, esses trabalhadores não percebiam essas ações como uma forma de cuidado. Também é possível que, por trás desse retorno no tempo, possam existir sentimentos de frustração ou de saudosismo.

O desmonte do serviço levou principalmente à diminuição de recursos materiais e humanos. A redução da equipe conseqüentemente promoveu o acúmulo de tarefas, visto que a demanda aumentou consideravelmente em todos esses anos. Acerca disso, alguns sujeitos elencaram a falta de tempo como o maior empecilho para realizar adequadamente suas funções. Entretanto, ao serem questionados sobre as ações que poderiam melhorar seu trabalho, denotaram dificuldade de responder. Parece que a situação atual da rede,

principalmente em uma cidade com o histórico de Santos, tenha levado os trabalhadores a um processo de imobilização, que não nos permite pensar formas de resistência.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“A utopia está no horizonte. Eu sei muito bem que nunca a alcançarei. Se caminho dez passos, ela se afasta dez passos. Quanto mais eu buscá-la, menos a encontrarei, porque ela vai se afastando a medida que eu me aproximo. Para que serve a utopia, então? Serve para isso: para que eu caminhe”. (Eduardo Galeano citando Fernando Birri)*

Ainda que abandonados os muros de grande parte dos hospitais psiquiátricos brasileiros, os muros invisíveis da segregação e da marginalização permanecem. Nesse sentido, a luta antimanicomial é um processo contínuo. Ainda há hospitais a fechar, práticas manicomiais a se exterminar. Conforme Rodrigues e Moreira (2012), a desinstitucionalização efetiva da loucura necessita de um questionamento contínuo das ações de cuidado, com críticas não somente às instituições, mas também às práticas cotidianas que apresentem um caráter manicomial.

Questionamento, inclusive, de nossas práticas, que também podem vir a assumir formas de controle frente a sujeitos que têm sido historicamente destituídos de sua cidadania. Assim, é preciso fazer uma “problematização das práticas de poder subjacentes aos discursos psiquiátricos contemporâneos no Brasil” (PINTO & FERREIRA, 2010, p. 27). Os mesmos autores questionam:

[...] haveria o perigo da produção de velhas e novas formas de “psiquiatrização”? Essa é uma pergunta que o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro deve se fazer constantemente, de forma a se conjurar os perigos que suas práticas podem oferecer. Assim, por exemplo, a reabilitação psicossocial pode não oferecer formas tão maciças de poder quanto o velho manicômio. Mas isto não a torna imune à constituição de novas formas de gestão mais sutis. Pensamos que as vitórias sobre o sistema asilar não devam nos conduzir a uma celebração eterna, blindando a reforma de toda a crítica possível (p. 33).

Dessa forma, não podemos jamais deixar de refletir e problematizar nossas concepções, nem tampouco nossas práticas de cuidado em saúde mental, em especial no momento em que o desmonte da rede descaracteriza os equipamentos e a ameaça de terceirização paira sobre os serviços do município. Mesmo com esse contexto desfavorável e

talvez em função dele, devemos ficar atentos para que nenhuma forma de controle ou de violação seja naturalizada, pois “se nas práticas de saúde nosso compromisso ético é o da defesa da vida, temos de nos colocar na condição de acolhimento, em que cada vida se expressará de uma maneira singular, mas também em que cada vida é expressão da história de muitas vidas, de um coletivo” (BRASIL, 2004, p.10).

A hipótese inicial do estudo, de que a formação profissional determinaria as concepções e práticas de cuidado, não se confirmou. Fatores como a prática diária, o tempo de atuação na área, os valores pessoais e o posicionamento político e ideológico denotam terem influência mais significativa sobre os sujeitos da pesquisa do que a formação inicial. Esses dados apontam que, mesmo nos casos em que os profissionais tiveram algum conteúdo sobre saúde mental durante a formação, não é disso que necessitam e nem é o que valorizam.

Como as trocas com os colegas e a prática com os usuários foram apontadas como determinantes pelos respondentes e considerando também a necessidade de uma problematização constante das ações em saúde mental, a Educação Permanente é uma ferramenta essencial para a construção coletiva do trabalho, ao colocar no mesmo espaço atores que, a despeito das diferentes formações e concepções, possam ser capazes de dialogar e pactuar o trabalho, para juntos construírem formas de resistência frente às adversidades cotidianas. Se a ideologia neoliberal leva ao desmonte dos serviços e ao abandono dos profissionais à própria sorte, a Educação Permanente aparece como ferramenta para o aprimoramento do trabalho e do cuidado, não só o cuidado aos usuários, mas também o cuidado dos trabalhadores uns com os outros.

Mesmo que muitas das deficiências do NAPS I se devam a falhas do próprio sistema de saúde, é importante lembrar que o sistema é feito de pessoas e que nossa angústia pode ser um combustível para tentar transformar o cenário atual do serviço, sendo propositivos em vez de nos deixar paralisar. Mesmo considerando que várias adversidades não nos permitem colocar em prática as ações de reabilitação conforme idealizamos, precisamos valorizar o cuidado que temos fornecido, sem deixar de lado o olhar crítico e lutar por melhores condições de trabalho que proporcionarão, como consequência, melhores ofertas de cuidado. Para isso, é fundamental que a equipe esteja mais afinada.

Mesmo nos gestos cotidianos, tantas vezes vistos como cuidados menores, aparentemente com pouco poder de transformação, como acompanhar a alimentação dos



usuários, ouvi-los ou em ações mais complexas como a conquista da autonomia e dos direitos pelos usuários, a luta pela construção de uma sociedade mais solidária e inclusiva com a diversidade deve nortear o trabalho na saúde mental. Conforme Amarante (1995): sendo uma questão de base ética, o futuro da Reforma Psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social.

Para além da pesquisa, deixo como sugestão a adoção dos espaços de Educação Permanente nos serviços. O fato de termos acordado um encontro semanal para discussão de temas do cotidiano do NAPS I tem mostrado o quanto esses espaços são potentes. Autogerido pela equipe, às quintas-feiras compartilhamos materiais como textos e principalmente vídeos que funcionam como disparadores para discussões e aproximações de temas como suicídio, uso problemático de drogas, redução de danos, manejo do usuário agressivo, alucinação auditiva, etc.

O Mestrado Profissional prevê a elaboração de um produto e, refletindo sobre a resistência de alguns técnicos e auxiliares de enfermagem em participar do espaço da Educação Permanente, o produto elaborado consistiu em uma proposta de grupo operativo com esses trabalhadores, visando ouvi-los e estimulá-los a participar da Educação Permanente. A intenção é facilitar o diálogo e a troca entre os diversos saberes, para que mais do que multidisciplinar, a equipe possa vir a trabalhar de forma interdisciplinar, quiçá transdisciplinar.

Quanto à minha experiência no Mestrado Profissional da Universidade Federal de São Paulo, acredito que ter ingressado no programa foi uma conquista que só se tornou possível depois de anos de fortalecimento, de empoderamento. Tendo feito o Ensino Fundamental e o Ensino Médio em escolas públicas e a graduação e a especialização em universidades privadas, até há alguns anos, estudar em uma universidade pública, ainda mais em um programa de Pós-Graduação Stricto Sensu era algo impensável para mim. Hoje posso dizer que aprendi muito e tive experiências que transformaram não só a minha prática profissional, mas também a minha visão de mundo. Tive também que lidar com minha própria autonomia e disciplina. Momentos de ansiedade, procrastinação, organização e etapas completadas revezavam-se. Dores e delícias de ser mestranda. Mas quem disse que ia ser fácil?

## REFERÊNCIAS

ALVES, Zélia Mana Mendes Biasoli; SILVA, Maria Helena G. F. Dias da. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, n. 2, p. 61-69, July 1992. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X1992000200007&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1992000200007&Ing=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09/04/2017.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, Sept. 1995. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1995000300024&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300024&Ing=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03/12/2015.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC do SUS**. Brasília, DF, 1990. [www.pbh.gov/smsa/.../abc\\_do\\_sus\\_doutrinas\\_e\\_principios.pdf](http://www.pbh.gov/smsa/.../abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf). Acesso em: 07/10/2014.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE. **A educação permanente entra na roda**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Acesso em: 07/10/2014.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. Acesso em: 09/10/2014.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Acesso em: 28/04/2015.

CANTELE, Juliana; ARPINI, Dorian Monica; ROSO, Adriane. A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 910-925, 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932012000400011&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000400011&Ing=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16/02/2017

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, Feb. 2005. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100013&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&Ing=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19/07/2014

\_\_\_\_\_. Réplica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, Feb. 2005. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-)

32832005000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19/07/2014

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para atuação de psicólogos (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília: CFP, 2013.

COSTA JUNIOR, Francisco da; MEDEIROS, Marcelo. Alguns conceitos de loucura entre a psiquiatria e a saúde mental: diálogos entre os opostos. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 57-82, Mar. 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642007000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642007000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27/01/2017.

DE MARCO, Mario Alfredo. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 60-72, Apr. 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022006000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022006000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16/02/2017.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DIAS, Bruno Vilas Boas. Concepção do acadêmico de enfermagem sobre o doente mental: relato de experiência. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2013. Vol.5(2), 448-455. Acesso em: 01/03/2017.

FABIANO, Caio; MUNIZ, Suely. Dique Vila Gilda: Caminhos para a Regularização. **Planejamento e políticas públicas** | ppp | n. 34 | jan./jun. 2010. Acesso em: 18/02/2017.

FERREIRA NETO, João Leite. Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 35, Dec. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29/01/2017.

FIORATI, Regina Célia; SAEKI, Toyoko. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 305-312, jun. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000200012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 24/10/2016.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

GARCIA JR., Carlos Alberto Severo et al. Micropolítica em saúde mental: um processo histórico em uma instituição de saúde. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. spe, 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822011000400019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29/01/2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

IBGE [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa\\_tcu.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_tcu.shtm)  
Acesso em: 18/02/2017.

KODA, Mirna Yamazato; FERNANDES, Maria Inês Assumpção. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1455-1461, June 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000600020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20/12/2016.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Saúde mental e a antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v.1, n.1, jan-abr. 2009. CD-ROM. [http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/22\\_R\\_Tykanori\\_Kinoshita.pdf](http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/22_R_Tykanori_Kinoshita.pdf). Acesso em: 12/02/2017.

MENDES, Ana Magnólia Bezerra. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 15, n. 1-3, p. 34-38, 1995. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931995000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931995000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23/10/2016.

MERHY, Emerson Elias. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, construindo encontros no cotidiano das práticas de saúde. Texto escrito por Emerson Elias Merhy, como contribuição para o **DEGES – SGTES – MS**. 2013. Acesso em: 28/12/2015.

\_\_\_\_\_. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, Feb. 2005. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26/07/2015.

\_\_\_\_\_. **Palestra de Emerson E. Merhy – sobre o Acolhimento na Rede de Serviços**. SEMINÁRIO SOBRE ACOLHIMENTO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SÃO PAULO – 12/03/04. Acesso em: 26/12/2015.

\_\_\_\_\_. ; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini. Metodologia Qualitativa de Pesquisa. In: **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2001.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental** - Vol.1 N.2 - Out/Dez de 2009 ISSN 1984-2147. Acesso em: 12/01/2017.

OLIVEIRA, William Vaz de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, Mar. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702011000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28/01/2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – CID–10. Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)  
[http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f00\\_f99.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f00_f99.htm)

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, Mar. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29/01/2017.

PINTO, Alessandra Teixeira Marques; FERREIRA, Arthur Arruda Leal. Problematizando a Reforma Psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, jan./mar. 2010. Acesso em: 18/02/2017.

RODRIGUES, Euzilene da Silva; MOREIRA, Maria Inês Badaró. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 599-611, Sept. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15/02/2017.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In ROTELLI, Franco,; LEONARDIS, Ota e MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SERRANO, Alan Indio. **O Que é Psiquiatria Alternativa**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

## APÊNDICE I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

PESQUISA:

### CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DE DIFERENTES FORMAÇÕES PROFISSIONAIS.

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está convidado a participar da pesquisa: **Concepções e práticas de cuidado em saúde mental a partir de diferentes formações profissionais**. Caso você aceite participar da pesquisa, será necessário que você faça parte da atividade proposta pela pesquisadora, que consiste no preenchimento de questionário e na participação em entrevista individual. Também será necessária a sua autorização para o registro da gravação em áudio da entrevista. É garantida a liberdade da retirada de seu consentimento a qualquer momento. Você pode deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo na sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. As informações obtidas serão analisadas pela pesquisadora, não sendo divulgada a identificação de nenhum sujeito de pesquisa. A pesquisa pressupõe riscos mínimos, mas, caso haja explicitação de tensões, haverá encaminhamento para serviço especializado. Como a participação será voluntária, você também estará livre para deixar de participar, caso haja algum incômodo. Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. A pesquisadora afirma seu compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para essa pesquisa. Em qualquer etapa do estudo você terá acesso à responsável pela pesquisa para esclarecimentos e eventuais dúvidas. A pesquisadora

responsável é a Sra. Lislaine Santos Guimarães, que pode ser encontrada no endereço Rua Bulcão Viana, 855 – Bom Retiro – Santos ou pelos telefones: (13) 3299-4368 3299-3824 ou 99756-0756 ou ainda pelo e-mail lis\_guimaraes@yahoo.com. Caso você tenha alguma dúvida ou consideração sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1.º andar – Cj. 14, pelos telefone (11) 5571.1062, FAX.: (11) 5539.7162 ou por e-mail, através do cepunifesp@epm.br .

Eu, \_\_\_\_\_, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado (a) a participar. A explicação que recebi deixa claros os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento, sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo ou penalidade como profissional. Eu concordo voluntariamente em participar dessa pesquisa.

-----  
Assinatura do Voluntário/Representante Legal

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste profissional ou representante legal para a participação nesse estudo. E ciente que uma via ficará com a pesquisadora e que terei uma via desse documento.

-----  
Assinatura da responsável pela pesquisa

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE II

### Roteiro de entrevista semiestruturada

- 1 – Qual sua função no CAPS? Há quanto tempo atua nesse serviço?
- 2 - Desejava trabalhar nessa área?
- 3 – Quais atividades realiza no serviço?
- 4 - Recebeu algum tipo de capacitação ou treinamento antes de iniciar suas atividades na unidade?
- 5 - Qual sua formação? Possui outras formações?
- 6 – Teve em sua formação algum conteúdo sobre saúde mental? Qual?
- 7 - Já possuía experiência anterior em saúde mental? Qual?
- 8 – Sentia-se capacitado para trabalhar em saúde mental? Como se sente agora?
- 9 - Sua visão sobre saúde mental ou sua atuação mudaram desde que você entrou no serviço?
- 10 - No seu entendimento, como deve ser o cuidado prestado aos usuários da saúde mental?
- 11 – Para você, quais são as maiores dificuldades para realizar adequadamente seu trabalho nesse serviço? Quais ações poderiam melhorar seu trabalho e o cuidado oferecido aos usuários?
- 12 – Após diversas denúncias de maus tratos, violação de direitos e mortes, os movimentos da



Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial levaram ao fechamento dos manicômios e propuseram uma nova lógica de cuidado em saúde mental com a criação dos serviços substitutivos (NAPS, CAPS) de base comunitária e territorial. Esses serviços visam o cuidado em liberdade, a reinserção social, a retomada da autonomia e a luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais. Recentemente foi nomeado um novo coordenador nacional de saúde mental<sup>2</sup>. O mesmo dirigiu durante anos um hospício no estado do Rio de Janeiro e defende o modelo manicomial. Qual modelo você considera ideal no cuidado dos usuários da saúde mental? Por que?

13 – Usuário do sexo masculino, 44 anos, diagnosticado com F31 (Transtorno Bipolar). Desempregado, suporte familiar precário, histórico familiar de vários casos de transtorno mental. Fica em situação de rua durante as crises. Resistente ao tratamento, vai ao CAPS eventualmente. Considerando sua experiência, como você acredita que deveria ser o tratamento desse usuário?

14 – Usuária do sexo feminino, 43 anos, diagnosticada com F20 (Esquizofrenia) e F19 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas). Diarista, gasta todo o dinheiro com álcool e drogas. Sem suporte familiar. Tratamento irregular, procura o CAPS apenas quando está em crise. Com base em sua experiência também, como você acredita que deveria ser o tratamento da usuária?

---

2 Valencius Wurch, à época da coleta de dados, já havia sido exonerado do cargo de coordenador nacional de saúde mental.