

MARINA PINTO COELHO MAGALHÃES

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL: PESQUISA
INTERVENÇÃO EM UM CAPSad**

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

São Paulo

2017

MARINA PINTO COELHO MAGALHÃES

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL: PESQUISA
INTERVENÇÃO EM UM CAPSad**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo, Campus São Paulo, para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Viviane Santalucia Maximino

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Flávia Liberman

São Paulo

2017

Magalhães, Marina Pinto Coelho

Educação Permanente em Saúde Mental: pesquisa intervenção em um CAPSad/ Marina Pinto Coelho Magalhães – São Paulo, 2017.
xix, 196f.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo. Campus São Paulo. Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde.

Título em Inglês: Permanent Education in Mental Health: research intervention in a CAPSad.

1. Educação Permanente, 2. Saúde Mental, 3. Centros de Atenção Psicossocial, 4. Terapia Ocupacional.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM
SAÚDE - CEDESS

Profa. Lidia Ruiz-Moreno

Diretora do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS

Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit

Coordenadora do Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde –
Modalidade Profissional

MARINA PINTO COELHO MAGALHÃES

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL: PESQUISA
INTERVENÇÃO EM UM CAPSad**

Presidente da banca:

Profa. Dra. Viviane Santalucia Maximino (CEDESS – UNIFESP)

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Laura Camargo Macruz Feuerwerker (USP)

Profa. Dra. Maria Fernanda de Silvio Nicácio (USP)

Profa. Dra. Angela Aparecida Capozzolo (UNIFESP)

Profa. Dra. Elizabeth Maria Freire de Araujo Lima (USP) - suplente

DEDICATÓRIA

“Herança do Senhor são os filhos” (Salmos 127:3)

Dedico este trabalho àquelas, que dão sentido, transformam e alegam meus dias. À minha alegre e doce Alice e também à pequena Luísa, que mesmo ainda em meu ventre, já a amo infinitamente.

AGRADECIMENTOS

Tão desafiador quanto desenvolver este trabalho, foi utilizar essas duas páginas para agradecer àqueles que fizeram parte da minha trajetória e contribuíram para a conclusão desse projeto.

Primeiramente agradeço a Deus, meu Pai, meu amigo e Senhor! É Ele quem dá sentido à minha existência e que sempre guia os meus passos, me sustentando diariamente em direção aos meus sonhos. Obrigada pois cheguei até aqui graças ao teu cuidado e amor.

Agradeço imensamente aos meus queridos pais, minhas referências e grandes amigos. Obrigada por sempre me apoiarem nos meus projetos e, apesar da distância física, sempre estarem presentes de forma tão especial na minha vida. Ter vocês como pais é uma grande dádiva!

Ao vovô Rômulo pelas orações e incentivo, sempre. Lembro-me que desde novinha ele dizia: “Quero ter uma neta doutora ainda”. Se Deus quiser, chegarei lá e quero que o senhor esteja presente para partilhar de mais uma conquista comigo.

Aos queridos avós que hoje já não estão aqui, mas que sempre serão lembrados nas minhas conquistas, pois são parte da minha história. Também aos avós do coração, Marília e João, com os quais fui presenteada através do meu esposo. Como é bom contar com o carinho e torcida de vocês!

Ao meu querido irmão Daniel e às irmãs que ganhei, Tatá e Mari. Aos meus sogros, segundos pais para mim. À toda a minha família, cada um a seu modo, sempre me incentivando e ajudando a tornar a esse percurso possível e mais alegre.

Às minhas orientadoras Viviane e Flávia. Difícil expressar a minha gratidão por poder contar com pessoas tão belas, gentis e disponíveis durante toda a trajetória do mestrado. Obrigada pela leveza e delicadeza com que me orientaram durante a construção desse trabalho. Vocês são grandes exemplos para mim.

A todos os mestres que marcaram minha trajetória, desde a graduação e especialização na UFMG até o mestrado profissional na UNIFESP, que me inspiram a acreditar que, através da educação, podemos transformar realidades e fazer deste mundo um lugar melhor.

Aos mestres da família Pinto Coelho, por ver em cada um de vocês o amor pela docência, ao exercerem o ofício de ensinar com tamanho zelo!

Aos queridos colegas do mestrado. Que turma especial! Foi um privilégio conviver com pessoas tão parceiras e amigas. Nossos encontros quinzenais fizeram esse percurso mais leve e prazeroso.

Ao querido amigo Afrânio, que gentilmente se disponibilizou em me acompanhar nas minhas idas ao campo de pesquisa. Obrigada por todo auxílio na execução do grupo focal e oficinas. Sua presença e apoio me fizeram sentir mais segura em uma etapa tão importante deste trabalho.

À Secretaria de Saúde do município de Pouso Alegre, que permitiu a realização desse estudo. À gestão e equipe do CAPS Aldeia Viramundo pela compreensão e flexibilidade, sem as quais seria impossível a realização deste mestrado.

A todos os profissionais do CAPSad, que voluntariamente se dispuseram a participar desse estudo. Muito obrigada pela forma com que me receberam, por todo o interesse e contribuição para o desenvolvimento desta pesquisa. A riqueza deste trabalho reflete a riqueza de uma equipe dedicada e comprometida com o que faz. Foi um prazer aprender com vocês!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Meu agradecimento mais profundo não poderia ser para outra pessoa. Vítor, meu esposo, amigo, companheiro, confidente, conselheiro, enfim, difícil enumerar todos os adjetivos que traduzem o que você representa para mim. Você teve um papel fundamental para que esse sonho se concretizasse. Nossa pequena Alice era ainda bebê quando comecei esta empreitada e você em momento algum me fez pensar que seria difícil demais. Pelo contrário, sempre me incentivou e me ajudou a acreditar em mim mesma e nos meus sonhos, mesmo quando tudo parecia nebuloso e pensava que não iria conseguir chegar até o fim. Obrigada por cuidar tão bem da nossa pequena nos momentos que estive ausente. E pela segurança que eu tinha de que ela estava sob os cuidados do melhor pai que poderia existir. Obrigada por tudo! Pelos abraços, sorrisos, colos, orações, conselhos, por cada gesto de cuidado seu comigo e com a nossa família. Te amo para sempre!

LISTA DE SIGLAS

BPA – Boletim de Produção Ambulatorial

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CGMAD - Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

EAD – Ensino à distância

EC – Educação Continuada

EP – Educação Permanente

EPS – Educação Permanente em Saúde

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Organização dos Percursos Formativos na RAPS.....	67
Figura 2: Exemplo de Ecomapa	116
Figura 3: Representação gráfica das ações no Ecomapa de Educação Permanente	120
Figura 4: Representações gráficas dos qualificadores do Ecomapa de Educação Permanente.....	121
Figura 5: Exemplo de construção do Ecomapa de Educação Permanente	121
Figura 6: Construção do Ecomapa de Educação Permanente – grupo 1	122
Figura 7: Construção do Ecomapa de Educação Permanente – grupo 2	122
Figura 8: Ecomapa de Educação Permanente do grupo 1.....	123
Figura 9: Ecomapa de Educação Permanente do grupo 2.....	123

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Características da Pesquisa Intervenção aplicadas à pesquisa.....	14
Quadro 2: Triangulação na pesquisa	27
Quadro 3: Paralelo entre a Educação Continuada e a Educação Permanente.....	36
Quadro 4: Caracterização das ações e espaços formativos mencionados pela equipe do CAPSad.....	61
Quadro 5: Oferta de vagas e certificação nos cursos de atualização EAD	62
Quadro 6: Planejamento das Reuniões Clínico-Administrativas do CAPSad.....	82
Quadro 7: Dimensionamento da Equipe do CAPSad.....	92
Quadro 8: Etapas da sistematização de experiências.....	113
Quadro 9: Nomes de dispositivos/estratégias de Educação Permanente	119
Quadro 10: Modelo da Matriz de Priorização	132
Quadro 11: Descrição dos critérios utilizados na Matriz de priorização.	133
Quadro 12: Critérios x Peso/ Fator multiplicador para a priorização	135
Quadro 13: Etapas para aplicação da ferramenta 5W2H.....	139
Quadro 14: Modelo do Quadro 5W2H utilizado na Oficina de Planejamento.....	141

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Série histórica de expansão dos CAPS (Brasil, dez/1998 a 2015)	3
---	---

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são elementos fundamentais no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Somente a partir da criação destes dispositivos é que se iniciou, de forma concreta, a organização de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos no país. No entanto, muitos são os desafios para as equipes que atuam nesses serviços e diversos estudos apontam que ainda há um grande descompasso entre a formação teórica/técnica/conceitual dos profissionais, suas práticas e as políticas nacionais de saúde mental. Diante desse cenário, a presente pesquisa investigou, sob a perspectiva da equipe multidisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) de Pouso Alegre - MG, quais ações têm sido desenvolvidas, quais as necessidades existentes, bem como as propostas de melhoria dos processos de Educação Permanente, a partir da reflexão crítica sobre a realidade local e as dificuldades cotidianas do trabalho. O estudo foi de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-intervenção. Para coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas com a coordenação do CAPSad e grupos focais com os profissionais de saúde da equipe. Os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo. Após análise dos dados foi realizada uma oficina para restituição/devolutiva aos participantes da pesquisa sobre o material coletado. No desenrolar da pesquisa intervenção, outras oficinas foram propostas em conjunto com a equipe, utilizando-se dinâmicas e materiais, com vistas a uma maior compreensão e exploração da temática da Educação Permanente, assim como o atendimento a algumas necessidades identificadas pelos profissionais. Ao final desse processo observou-se que muitos desafios ainda se colocam para a efetivação das práticas de Educação Permanente no contexto do CAPSad. Diante da complexidade da clínica ad, observou-se a necessidade de investimento na formação dos profissionais, para além da formação de competências e habilidades técnico-científicas, que promova uma atitude ético-reflexiva acerca das concepções de saúde e cuidado e que estimule os profissionais a protagonizar a produção do conhecimento a partir das suas próprias vivências. Espera-se que os resultados da pesquisa, bem como a intervenção realizada, sirvam como eixo possibilitador de melhorias, ofertando novos elementos, produzindo deslocamentos e novas visibilidades sobre os processos de Educação Permanente dos profissionais que atuam no CAPSad.

Palavras chave: Saúde Mental; Educação Permanente; Centros de Atenção Psicossocial; Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

The Psychosocial Care Centers (CAPS) are fundamental part in the process of the Brazilian Psychiatric Reform. It was only from the establishment of these places that was possible the beginning, in a concrete way, of the organization of a substitute network for psychiatric hospitals in the country. However, there are many challenges for the teams that work in these services and several studies point out that there is a great mismatch between the theoretical/technical/conceptual qualification of the professionals, their practices and the national mental health policies. In this scenario, the current study investigated, from the perspective of the multidisciplinary team of a Center for Psychosocial Care Alcohol and Other Drugs (CAPSad), which actions have been developed, what are the existing needs, as well as the improvements proposals of the processes of Permanent Education, from the critical reflection upon the local reality and daily difficulties of this work. This was a intervention's research with a qualitative approach. For data collection, semi-structured interviews were conducted with CAPSad coordination and focus groups with the team's healthcare professionals. The data were submitted to content thematic analysis. After the data analysis, a workshop was conducted to give for the research participants a feedback about the collected material. During the intervention research, other workshops with the team were proposed, using group dynamics and materials, for a greater understanding and exploration of the theme of Permanent Education, as well as the attendance to some needs identified by the professionals. At the end of this process, it was noticed that many challenges remain in the path for the implementation of Permanent Education practices in the CAPSad context. In the face of CAPSad practices complexity, it was noticed the need for investment in training of the professionals, in addition to the technical and scientific skills and abilities, to provide an ethical and reflexive attitude about health and care conceptions and which stimulates the professionals to lead the production of knowledge from their own experiences. It is expected that the results of this research, as well as the performed intervention, may be used as an axis for improvement, offering new elements, producing displacements and new approaches to observe the processes of Permanent Education for the professionals who work in CAPSad.

Keywords: Mental Health; Continuing Education; Mental Health Services; Occupational Therapy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS.....	7
2.1 OBJETIVO GERAL:.....	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	8
3 PERCURSO METODOLÓGICO	9
3.1 DESENHO DO ESTUDO	10
3.1.1 A abordagem qualitativa	10
3.1.2 Pesquisa-intervenção	11
3.2 CENÁRIO E POPULAÇÃO	14
3.3 COLETA DOS DADOS.....	15
3.3.1 Observação Participante	16
3.3.2 Grupo Focal.....	17
3.3.3 Entrevista semi-estruturada.....	18
3.3.4 Diário de Campo.....	19
3.3.5 Oficinas: o olhar da Terapia Ocupacional.....	20
3.3.5.1 Oficina de Restituição dos Resultados	22
3.3.5.2 Demais oficinas	24
3.4 TRATAMENTO DOS DADOS.....	24
3.5 TRIANGULAÇÃO DOS DADOS.....	25
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	28
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
4.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1 GRUPO FOCAL E ENTREVISTAS	39
5.1.1 Contextualizando o cenário da prática	39
5.1.1.1 Descompassos na formação, incertezas e a busca pelo “comum”	40

5.1.1.2	Superação de paradigmas: o papel da formação para novas formas de cuidado	48
5.1.1.3	Trabalho vivo em ato, seus desafios e a equipe como dispositivo de alívio	51
5.1.1.4	Sozinhos na rede?	54
5.1.2	Educação Permanente: concepções, ações e expectativas.....	56
5.1.2.1	Concepções de Educação Permanente	56
5.1.2.2	Ações formativas existentes no CAPSad	60
5.1.2.3	Cursos de atualização à distância	62
5.1.2.4	Pós-Graduação Lato Sensu em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.....	64
5.1.2.5	Percursos Formativos na RAPS: intercâmbios entre experiências	66
5.1.2.5	Fóruns Intersetoriais	72
5.1.2.6	Matriciamento (Apoio Matricial)	73
5.1.2.7	Meios de comunicação virtual e Redes Sociais.....	74
5.1.2.8	Reunião Clínica-administrativa semanal.....	75
5.1.3	O papel do desejo na busca pela formação	82
5.1.4	Desafios e entraves à Educação Permanente.....	85
5.1.4.1	Falta de conscientização sobre a real importância da EP	85
5.1.4.2	Ausência de espaço e tempo protegido para as ações formativas	89
5.1.4.3	Sobrecarga de trabalho	91
5.1.4.4	Burocratização do serviço	95
5.1.4.5	Desvalorização Profissional e dupla jornada de trabalho	97
5.1.4.6	Atravessamentos políticos.....	99
5.1.5	Sofrimento no trabalho: barreira ou mola propulsora?	101
5.1.6	Supervisão clínico-institucional: uma solução para todos os problemas?.....	103
5.1.7	O grupo focal e os efeitos iniciais do pesquisar-intervir.....	107
5.2	OFICINA DE RESTITUIÇÃO: A NARRATIVA COMO ESTRATÉGIA DE (RE)CONSTRUÇÕES	108
5.3	OFICINA DE ECOMAPAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	114
5.3.1	O Ecomapa de Educação Permanente e o seu papel intercessor.	114

5.3.2 O Ecomapa e a sua adaptação para o contexto da Educação Permanente	115
5.3.2.2 Reflexões sobre a Oficina de Ecomapas de Educação Permanente	124
5.3.2.2.1 A percepção da equipe sobre a oficina	124
5.3.2.2.2 Planejamento ‘para’ e ‘como’ estratégia formativa	124
5.3.2.2.3 Demandas formativas e de Educação Permanente: um constante movimento.	127
5.3.2.2.4 O cuidado com o sujeito-cuidador: uma ação de Educação Permanente.....	128
5.4 OFICINAS DE PLANEJAMENTO	130
5.4.1 Oficina de Priorização	130
5.4.1.1 Desenvolvimento da oficina.....	131
5.4.1.2 Reflexões provocadas durante a Oficina de Priorização	137
5.4.2 Oficina de Plano de Ação 5W2H	138
5.4.2.1 A ferramenta 5W2H.....	139
5.4.2.1.1 Desenvolvimento da Oficina.....	139
5.4.2.1.2 Reflexões provocadas durante a Oficina de Plano de Ação	142
CONSIDERAÇÕES FINAIS (E PROVISÓRIAS)	143
REFERÊNCIAS.....	148
APÊNDICE I.....	162
APÊNDICE II.....	164
APÊNDICE III.....	166
APÊNDICE IV	167
ANEXO I	168
ANEXO II	176
ANEXO III	177

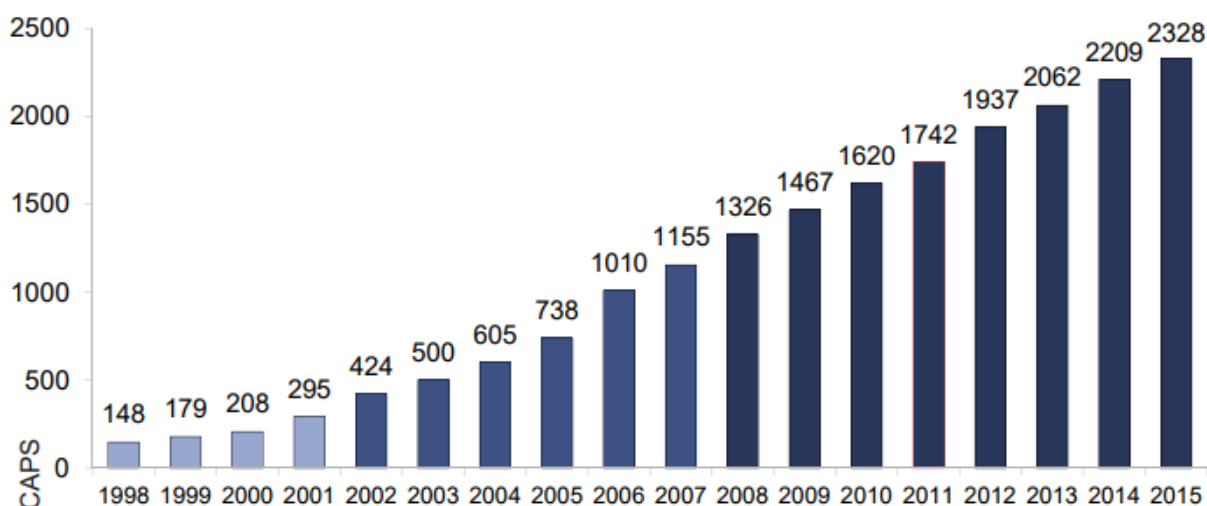
1 INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas a atenção em saúde mental no Brasil tem passado por profundas e complexas transformações, a partir dos pressupostos e diretrizes do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Esse movimento pode ser compreendido como um conjunto de iniciativas críticas sobre os conhecimentos e práticas psiquiátricas centradas no modelo asilar/hospitalocêntrico, que conduziam à exclusão social e cronificação da doença (BICHAFF, 2006). A Reforma Psiquiátrica propõe uma mudança teórico-prática do cuidado em saúde mental, tendo a desinstitucionalização como um dos seus principais pilares. Observa-se nesse processo uma reorientação das práticas de assistência, as quais deslocam-se do ambiente hospitalar para a comunidade, privilegiando-se os cuidados no território e a reinserção dos sujeitos na sociedade, através do exercício dos seus direitos de cidadania (AMARANTE, 1998).

Um marco histórico importante que contribuiu para as transformações na assistência em saúde mental no Brasil foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), implantado em decorrência da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). O SUS, ao ter como premissa a garantia do acesso à saúde enquanto direito de todos, preconizou a criação de inúmeras políticas públicas, inclusive na saúde mental. A promulgação da Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) contribuiu para o avanço da reforma, ao dispor sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, garantindo-lhes o acesso a tratamento em serviços comunitários de saúde mental e restringindo fortemente a internação psiquiátrica (ALVES; DOURADO, CORTÊS, 2013). Sustentada por esta legislação surge então a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que propõe uma rede integrada de cuidados em saúde mental, incluindo diversos dispositivos de assistência como as Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de Convivência, e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs).

O CAPS tem um papel fundamental no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, uma vez que a partir do surgimento desse serviço iniciou-se de forma concreta a organização de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos no país (BRASIL, 2005). Os CAPSs começaram a surgir a partir da década de 80 e em 1992 tiveram suas funções formalizadas através da Portaria nº 224 (BRASIL, 1992). O serviço foi definido como porta de entrada da rede de saúde mental, constituindo-se como unidade local/regional de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

A partir de 2002, após a aprovação de uma linha específica de gerenciamento financiada pelo Ministério da Saúde, desencadeou-se uma progressiva expansão dos CAPSs. Em 1998 haviam 148 unidades CAPS no país, e após menos de duas décadas, esse número saltou para 2.328 unidades (BRASIL, 2016).



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Após 2001: Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portaria específica. Antes de 2001: Levantamento CAPS Disque-Saúde. (BRASIL, 2016).

Gráfico 1: Série histórica de expansão dos CAPS (Brasil, dez/1998 a 2015)

Tais dados mostram que a maioria dos CAPSs existentes são serviços relativamente novos, assim como suas equipes de trabalhadores, as quais enfrentam o desafio de implantar as novas práticas em saúde mental em seus processos de trabalho (BICHAFF, 2006).

Conforme a Portaria 3088 (BRASIL, 2011), todo o cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada usuário, envolvendo em sua construção a equipe, o próprio usuário e sua família. O serviço é aberto diariamente, podendo funcionar até 24 horas por dia e os atendimentos são realizados em caráter de regime intensivo, semi-intensivo ou não intensivo, conforme estado clínico e necessidades de cada usuário. As equipes multidisciplinares dos CAPS geralmente são compostas por profissionais com formação em Medicina, Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Assistência Social, Terapia Ocupacional, Pedagogia entre outros. As atividades desenvolvidas incluem atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, etc.), grupos

(psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, etc.), oficinas terapêuticas, atendimentos domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias, com vistas à inclusão do usuário em seu território, família e sociedade.

Conforme sua proposta, cabe então ao CAPS o desafio de romper com o modelo disciplinador, tipicamente observado no modelo asilar, e se constituir como uma trajetória dinâmica e flexível, possibilitando o enriquecimento da existência do usuário/sujeito através do exercício da contratualidade, do acesso ao trabalho e lazer e exercício de direitos (MILHOMEN; OLIVEIRA, 2007). Naturalmente, esse desafio estende-se à equipe multidisciplinar de trabalhadores que o compõe. Segundo Delgado (2004), o trabalhador do CAPS deve se desdobrar em identidades e atribuições múltiplas, para circular entre o território e a rede de subjetividade dos usuários que referencia e seus familiares, dos moradores, da própria equipe e demais gestores implicados naquela rede, permeando diversas interfaces que a assistência psicossocial implica.

Para atuar sob a perspectiva da atenção psicossocial o trabalhador necessita de um complexo desempenho e domínio de vários campos do conhecimento, dentre eles o técnico, ético, social, jurídico e político (BICHAFF, 2006). Milhomem e Oliveira (2007) afirmam que a complexidade de composição e de objetivos que se apresentam para as equipes dos CAPS, requisitando a articulação de diferentes processos de trabalho na constituição de um processo peculiar, constituem-se em um grande desafio a ser enfrentado. Questiona-se então se estes profissionais encontram-se preparados para lidar com todas essas demandas e se há oferta adequada de treinamentos e capacitações que os auxiliem a consolidar os pressupostos da Reforma Psiquiátrica em suas rotinas e processos de trabalho.

Vários estudos apontam um descompasso entre a formação teórica/técnica/conceitual dos profissionais e suas práticas, e as políticas nacionais de saúde mental. No geral, tais pesquisas evidenciam que, apesar do discurso dos profissionais estar orientado para a superação das práticas psiquiátricas manicomiais, o paradigma ainda predominante em suas ações é o modelo organicista (BICHAFF, 2006; SILVA et al, 2013). Apontam um déficit nas práticas de educação permanente, as quais não têm sido suficientes e compatíveis com o processo de expansão dos CAPSs e demais serviços especializados de saúde mental (JORGE et al, 2007; VIDAL; BRITO, 2008). Mostram ainda que muitos profissionais se sentem inseguros

e incapazes de atender os usuários com transtornos mentais em sua integralidade (OLIVEIRA; ALESSI, 2003). Além disso, retratam nítidas fragilidades no processo de formação dos trabalhadores, uma vez que estes continuam superespecializados e isolados, em oposição à proposta interdisciplinar e multiprofissional da assistência sob a lógica psicossocial (TAVARES, 2006). Os profissionais ainda seguem uma prática distante da lógica pública e da demanda local da população atendida, e acabam por inviabilizar ou dificultar a efetivação da reforma psiquiátrica e suas novas práticas de assistência, assim como a execução plena das políticas do setor de saúde mental (SARACENO; DUA, 2009).

Tais lacunas nos processos de formação e educação permanente dos profissionais impactam diretamente na qualidade da assistência prestada, uma vez que no CAPS as “tecnologias” terapêuticas empregadas, são essencialmente humanas. Toda a dinâmica do serviço depende da equipe interdisciplinar e multiprofissional que o constitui. Assim, nesse campo radicalmente “humanizado”, as práticas de Educação Permanente tornam-se essenciais (KANTORSKI; SILVA, 2001).

Frente à necessidade de aperfeiçoamento e capacitação dos profissionais de saúde no âmbito da saúde pública, esforços governamentais têm sido empreendidos. Em 2004 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), visando a efetivação dos princípios do SUS (BRASIL, 2004). Segundo Lopes et al (2007), a proposta da educação permanente é possibilitar uma estratégia de ensino-aprendizagem com ênfase nas situações-problema das práticas cotidianas de trabalho, partindo do pressuposto que o conhecimento se origina a partir da identificação das necessidades e da busca de soluções coletiva para os problemas encontrados. Ao considerar o cotidiano dos trabalhadores como ponto de partida desse processo, é possível a incorporação do aprender e ensinar à rotina das organizações e serviços por meio da reflexão, criticidade e do agir em prol da mudança (BRASIL, 2003). No entanto, mesmo após as iniciativas governamentais e avanços já alcançados, muitas equipes que atuam nos CAPSs ainda permanecem com acesso a propostas educacionais insuficientes e desarticuladas do contexto em que atuam.

Diante desse cenário, faz-se válida e necessária a ampliação da discussão e reflexão acerca das práticas de ensino e educação permanente dos profissionais que atuam nos CAPSs, partindo-se do pressuposto que a real transformação do modelo de assistência só será possível a partir de estratégias de ensino/aprendizagem

eficazes e respaldadas por ações crítico-reflexivas e participativas. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo investigar, sob a perspectiva da equipe multidisciplinar do CAPSad de Pouso Alegre - MG, quais ações têm sido desenvolvidas e quais as necessidades existentes em Educação Permanente, a partir da reflexão sobre a realidade local e os desafios cotidianos do trabalho. Espera-se que os resultados da pesquisa sirvam como eixo possibilitador de melhorias nos processos educacionais ofertados aos profissionais que atuam nos CAPSad, contribuindo para uma assistência integral e de qualidade em saúde mental.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Investigar os processos de Educação Permanente da equipe do CAPSad (CAPS Álcool e outras Drogas) de Pouso Alegre – MG

2.2 Objetivos específicos:

- ✓ Identificar as ações de Educação Permanente praticadas pela equipe do CAPSad;
- ✓ Compreender o significado da Educação Permanente para a equipe do CAPSad;
- ✓ Identificar as necessidades de Educação Permanente indicadas pelos profissionais;
- ✓ Caracterizar as dificuldades e os benefícios experimentados pela equipe nos processos de Educação Permanente;
- ✓ Contribuir para a reflexão da equipe do CAPSad sobre o processo de Educação Permanente;
- ✓ Criar oportunidades para que a equipe levante sugestões para o aprimoramento e/ou criação de novas práticas de Educação Permanente no CAPSad e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Desenho do estudo

O presente estudo consiste em uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-intervenção, desenvolvida no CAPS Álcool e Drogas (CAPSad) do Município de Pouso Alegre - Minas Gerais.

3.1.1 A abordagem qualitativa

A abordagem qualitativa emprega as concepções advindas das Ciências Humanas, segundo as quais não se objetiva estudar o fenômeno em si, mas compreender o significado individual e coletivo desses fenômenos para a vida das pessoas, sendo possível criar modelos de entendimento profundo de ligações entre diferentes elementos (Turato, 2005). Para Minayo, o método qualitativo é:

[...] o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2014, p.57)

Creswel (2014) afirma que a pesquisa qualitativa é utilizada quando há um problema ou questão que precisa ser explorado; há a necessidade de identificar variáveis que não podem ser mensuradas facilmente ou escutar vozes silenciadas; busca-se uma compreensão detalhada e complexa sobre determinada questão e isto só pode ser alcançado através do contato direto com as pessoas; deseja-se promover o empoderamento dos indivíduos para compartilharem suas histórias e vivências, ouvir suas vozes e minimizar relações de poder estabelecidas comumente entre pesquisador-pesquisado; almeja-se compreender os contextos ou ambientes em que os participantes de um estudo abordam um problema ou questão, seja sua casa, família ou trabalho; há teorias parciais ou inadequadas para certa população e amostras ou teorias existentes que não captam adequadamente a complexidade do problema que se pretende investigar ou simplesmente as medidas quantitativas e análises estatísticas não se enquadram no objetivo proposto pela pesquisa.

Arilda Godoy (1995) pontua que a pesquisa qualitativa parte de questões amplas, que se definem ao longo do estudo, sem hipóteses estabelecidas a priori,

sem separação sujeito-objeto, nem procura a neutralidade científica, generalização e manipulação de variáveis, buscando compreender os fenômenos a partir da perspectiva dos sujeitos da situação em estudo.

A pesquisa qualitativa dá voz aos sujeitos, e é a partir dessas vozes que as entonações se soltam, assim como as palavras e réplicas vivas, através das quais se extirpam os conceitos e juízos abstratos (BAKHTIN, 2003). Cabe ao pesquisador reger esse coro de vozes que participam do processo de produção de conhecimentos e para isso, deve ser dotado de um ativismo especial, criando, recriando vozes, permitindo que estas se manifestem com autonomia e liberdade (VASCONCELOS, 2013).

Assim, a abordagem qualitativa foi escolhida por melhor se adequar ao objetivo proposto para o desenvolvimento da presente pesquisa, na qual serão investigadas as vivências, as experiências, percepções e a cotidianidade da equipe do CAPSad em relação aos processos educativos e de Educação Permanente, visando o aprofundamento nos significados das ações e das interações humanas nesse processo, bem como a transformação do contexto de trabalho dessa equipe, a partir das perspectivas e contribuições dos próprios sujeitos da pesquisa.

3.1.2 Pesquisa-intervenção

A pesquisa-intervenção parte do pressuposto de que o hiato entre a atividade de conhecer a realidade – pesquisa – e a atividade de interferir na realidade – intervenção – é menor do que se supõe ou até não exista (SATO, 2008). “*Quando perguntamos e levamos o outro a refletir e posicionar-se já estamos intervindo e não apenas pesquisando*” (VASCONCELOS, 2013, p.82). Conforme afirmam Castro e Besset (2008, p.12) “[...] *a partir do momento em que o pesquisador entra no contexto onde se dá a pesquisa, suas perguntas e propostas já constituem uma intervenção*”.

A pesquisa-intervenção pode ser considerada como um paradigma de pesquisa que “*aproxima de forma singular pesquisador e pesquisado, numa atividade em que ambos se conhecem, aprendem e (se) transformam*” (CASTRO, 2008, p. 28). A pesquisa, nessa perspectiva, se constitui no encontro entre pesquisador e campo de pesquisa, sendo de interesse o que acontece nesse encontro e na conformação que estes elementos assumem a partir desse momento. Conforme afirma Bleger (1989,

p.23) “não se pode chegar a uma ciência do homem sem o homem. Sem o homem estudado e sem o homem que estuda”.

Na pesquisa-intervenção há uma constante problematização do papel do pesquisador e sua aproximação com os sujeitos da pesquisa, de forma que a construção de sentidos e o trabalho realizado são resultados de um processo de negociação e parceria entre os envolvidos, e que depende das circunstâncias existentes. O pesquisador não é apenas um intérprete, mas um agente de invenção de novas possibilidades e caminhos, de rupturas de sentido (AGUIAR e ROCHA, 2007).

Segundo Moebus (2016, p.422) a pesquisa intervenção não se trata de um desenho metodológico apenas, mas de um dispositivo de intervenção no qual se afirma o ato político que toda investigação se constitui. Para o autor, na pesquisa intervenção:

[...]não se trata de ‘conhecer para transformar’, mas de ‘transformar para conhecer’, ‘interrogar os múltiplos sentidos cristalizados nas instituições’, possibilitando que ‘estratégias de intervenção terão como alvo a rede de poder e o jogo de interesses que se fazem presentes no campo da investigação, colocando em análise o efeito das práticas no cotidiano institucional, desconstruindo territórios e facultando a construção de novas práticas.

Moreira (2008) destaca alguns aspectos que caracterizam a pesquisa intervenção, os quais são apresentados no Quadro 1 a seguir, fazendo-se um paralelo com as características do presente estudo.

Características da Pesquisa-intervenção (MOREIRA, 2008)	Aplicação na presente pesquisa
1 - Deve acontecer dentro do contexto pesquisado.	Toda a pesquisa foi realizada dentro do CAPS Álcool e Outras Drogas – Pouso Alegre – MG, local de trabalho dos participantes da pesquisa.
2 - É desencadeada pela demanda, contribuindo na solução de problemas.	A demanda do estudo foi observada pela pesquisadora a partir do contato com o campo, onde observou uma necessidade de maior compreensão dos processos educativos já existentes e maior investimento em Educação Permanente para a equipe do CAPSad.
3 - O pesquisador atua como mediador que articula, organiza encontros, sistematiza as vozes e os saberes produzidos pelos participantes envolvidos na pesquisa, agindo num processo de escuta ativa.	A pesquisa se desenvolveu em parceria com a equipe estudada. Foram realizados encontros com os profissionais do CAPSad, utilizando-se a técnica de grupo focal; entrevistas semiestruturadas; oficinas de restituição e de construção em conjunto com a equipe. Em todos estes espaços, foi oportunizado aos participantes a escuta e participação ativa, o que contribuiu para a elaboração da pesquisa.
4 - Interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa.	O estudo teve como proposta o estabelecimento de uma relação horizontal entre pesquisador e participantes da pesquisa e constante interação entre os mesmos. A pesquisadora acompanhou a equipe em seu ambiente de trabalho – campo da pesquisa, coletando as informações e validando-as junto aos profissionais envolvidos. Anteriormente à realização dos procedimentos de coleta de dados foi realizado um período de aproximação com o campo e participantes do estudo, com vistas à redução de possíveis barreiras no desenvolvimento do trabalho.

5 - As experiências cotidianas e práticas do coletivo, sistematizadas, permitem descobertas e elaborações teórico metodológicas.	As informações coletadas e saberes sistematizados, serviram de base para elaboração de produtos aplicáveis ao campo de campo de pesquisa, buscando-se a melhoria dos processos de Educação Permanente da equipe do CAPSad. Acredita-se que os resultados, as descobertas e elaborações advindas da pesquisa poderão auxiliar outras equipes em diferentes contextos.
--	--

Fonte: própria autora, adaptado de GABRE (2011).

Quadro 1: Características da Pesquisa Intervenção aplicadas à pesquisa

3.2 Cenário e População

A pesquisa foi desenvolvida em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad), de Pouso Alegre, no sul de Minas Gerais.

Pouso Alegre possui uma população estimada aproximada de 150.000 habitantes (IBGE, 2017). No entanto, o CAPSad estudado caracteriza-se como um CAPS regional, e atende também outros 9 municípios vizinhos (Borda da Mata, Espírito Santo do Dourado, Heliódora, Ipuiuna, São João da Mata, Silvianópolis, Senador José Bento, Tocos do Moji e Turvolândia), abrangendo atendimento a uma população total de cerca de 210.000 pessoas.

O CAPSad de Pouso Alegre encontra-se em funcionamento desde 2012. Inicialmente funcionou com uma equipe reduzida em instalações de uma policlínica do município e em outubro de 2013 o serviço iniciou os trabalhos em sede própria. Atualmente o serviço conta com uma média mensal de 200 usuários ativos, acompanhados pelos profissionais da equipe. São realizados cerca de 25 acolhimentos de novos casos e uma média de 500 atendimentos a cada mês, conforme dados lançados no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). A maior parcela da população atendida pertence ao sexo masculino (80%) e possui entre 30 e 60 anos de idade, havendo também uma significativa ocorrência de encaminhamentos judiciais de adolescentes ao serviço. Os tipos de substâncias mais

utilizadas pelos usuários que chegam ao CAPSad são álcool, álcool associado à cocaína, maconha, seguidas pelos demais tipos de drogas.

A população do estudo compreendeu os profissionais de saúde que compõem a equipe multidisciplinar do CAPSad, sendo constituída no momento da pesquisa por:

- 3 Psicólogos,
- 3 Assistentes Sociais,
- 2 Terapeutas Ocupacionais,
- 2 Enfermeiros,
- 4 Técnicos de Enfermagem,
- 1 médico clínico
- 1 médico psiquiatra

Os seguintes critérios de inclusão para participar da pesquisa foram: possuir formação de nível técnico ou superior em saúde; ter vínculo de trabalho com o CAPS (concurso ou contrato); participar regularmente das estratégias de coleta de dados da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: não aceitar participar das atividades da pesquisa; profissionais ausentes ou licenciados no período do estudo.

3.3 Coleta dos dados

Consoante ao referencial teórico-metodológico do presente projeto, a pesquisa utilizou as seguintes estratégias de coleta de dados:

- Observação participante
- Grupo focal com os profissionais de saúde da equipe multidisciplinar do CAPSad;
- Entrevistas semiestruturadas com o coordenador do CAPSad e com a ativadora de rede de saúde mental no município;
- Diário de Campo da Pesquisadora;
- Oficina de restituição – Narrativa;
- Oficina de Ecomapas de Educação Permanente;
- Oficina de Priorização;
- Oficina de Plano de Ação.

3.3.1 Observação Participante

A observação é um elemento fundamental para a pesquisa com enfoque qualitativo, se fazendo presente desde a formulação do problema, passando pela construção de hipóteses, coleta, análise e interpretação dos dados (RICHARDSON, 1999).

Definimos observação participante como um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O investigador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto. (SCHWARTZ, SCHWARTZ, 1955, p.355, *apud* MINAYO 2014)

A observação participante é uma das técnicas mais utilizadas em pesquisas qualitativas, consistindo na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo com os sujeitos e partilhando o seu cotidiano. Esta técnica proporciona uma visão ampla e detalhada de uma realidade, a partir da interação entre pesquisador e o meio, podendo fornecer subsídios para o planejamento de estratégias e ações que promovam o desenvolvimento da comunidade em estudo. Pode ser considerada um processo pelo qual a interação entre a teoria e a prática contribuem para a transformação ou implementação do meio pesquisado. Outras vantagens da observação participante são a possibilidade de conhecer de forma contextualizada uma ampla variedade de fenômenos e aspectos do comportamento humano, além de ser possível comparar os relatos dos sujeitos com as suas práticas cotidianas, uma vez que nem sempre o que é dito é o que demonstram em seus comportamentos (LOBIONDO-WOOD, HABER, 2001)

Inicialmente a observação participante não estava prevista no projeto desta pesquisa, mas diante da necessidade da aproximação necessária para que o percurso da pesquisa-intervenção ocorresse, de fato, dentro do grupo e com a participação ativa dos profissionais, concluiu-se que esta técnica seria indispensável e que deveria ocorrer anteriormente às demais técnicas de coleta de dados. Conforme ressalta Minayo (2014), o processo de pesquisa é uma ação muito delicada, uma vez que os interlocutores podem se sentir julgados e/ou confrontados

com as perguntas e os receios quanto aos desdobramentos da sua fala e da observação que o pesquisador pode fazer a respeito do seu ambiente.

A observação-participante foi inserida na pesquisa, então, em decorrência desse cuidado quanto à reação e percepção da equipe em relação à presença da pesquisadora no campo, buscando-se reduzir possíveis barreiras e propiciar a aproximação necessária para o 'pesquisar juntos'. Santos e Mendes (2016, p.78) expressam parte dos questionamentos que também permearam o início dessa pesquisa e a decisão pela aproximação do campo antes da coleta de dados:

[...] como convidamos os trabalhadores para produzirmos a pesquisa juntos?; como dar voz para o outro, que diz da fabricação de um lugar - para nós como pesquisadoras - que não é o de consultor, tampouco avaliador externo que inferirão o certo e errado e o que o outro deve fazer?; como a invenção deste modo de dar voz ao outro pode convidar para a produção de espaços de conversa e de análise conjunta sobre a produção do cuidado, tal como os espaços de Educação Permanente?

A pesquisadora permaneceu durante o período de 2 meses participando de algumas atividades e rotinas no CAPSad junto aos profissionais, visando a aproximação com o campo pesquisado. Acredita-se que esta aproximação, através da observação participante, pôde contribuir para atenuar a distância entre a pesquisadora e o grupo social estudado, reduzindo possíveis barreiras e contribuindo para o estabelecimento de aberturas importantes ao desenrolar da pesquisa-intervenção.

3.3.2 Grupo Focal

O grupo focal pode ser considerado uma forma de entrevista coletiva, baseada na comunicação e interação. Tem como objetivo reunir informações detalhadas sobre um tema ou tópico específico a partir de um grupo de participantes selecionados, permitindo a compreensão de percepções, crenças e atitudes sobre um tema, produto ou serviços (KITZINGER, 2000). É uma técnica comumente utilizada em pesquisas exploratórias ou avaliativas, podendo ter uma função complementar ou ser utilizada como técnica exclusiva de coleta de dados (MINAYO, 2014).

Do ponto de vista operacional, as principais recomendações encontradas na literatura de referência sobre a condução de grupos focais são:

- Número de participantes – 6 a 12 informantes;
- Seleção dos participantes – O grupo deve ser preferencialmente homogêneo;
- Tempo de duração dos encontros – entre 90 e 110 minutos;
- Número de encontros – a ser definido segundo critério de saturação;
- Utilização de roteiro pelo coordenador/mediador, com questões estruturadas do geral ao específico;
- Planejamento das atividades e escolha de ambiente que propicie a discussão e interação grupal;
- Registro dos dados através de instrumentos.

(MINAYO, 2014; TRAD, 2009; MORGAN, 1998; GOMES, BARBOSA, 1999).

O grupo focal realizado neste estudo contou com a participação de 14 profissionais. Embora o número de participantes seja um pouco superior ao limite recomendado pela literatura, optou-se por privilegiar a inclusão e envolvimento de toda a equipe de profissionais disponíveis no processo da pesquisa, não se observando prejuízos no desenrolar do grupo. O grupo focal foi coordenado pela própria pesquisadora, a qual contou com o auxílio de 1 relator/observador. O encontro ocorreu nas dependências do CAPSad, no mesmo dia da semana e horário que a equipe se reúne semanalmente, evitando alterar a rotina dos profissionais e facilitar a adesão dos mesmos à pesquisa. A duração do grupo focal foi de 91 minutos e o registro dos dados foi feito através de gravação de áudio e anotações feitas pela pesquisadora e observador.

3.3.3 Entrevista semi-estruturada

A entrevista pode ser caracterizada como um processo de interação social entre duas pessoas, no qual uma delas, o entrevistador, visa a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. Pode ser considerada uma conversa

com finalidade, contribuindo para a construção de informações pertinentes para determinado objeto de pesquisa (HAGUETTE, 2007; MINAYO, 2014).

No presente estudo também foram realizadas entrevistas semiestruturadas, tipo de entrevista que permite a combinação de perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discordar sobre o tema pesquisado, sem se ater à questão formulada inicialmente pelo pesquisador. (MINAYO, 2014).

As entrevistas foram direcionadas aos gestores mais próximos do CAPSad, sendo convidados a participar: o coordenador do CAPSad, e duas pessoas responsáveis pela Diretoria de Saúde Mental no município. Destes, 2 gestores aceitaram participar, sendo um o coordenador local do CAPSad e o outro, representante da Diretoria de Saúde Mental local. Optou-se por realizar as entrevistas com os gestores, por acreditar que a visão da gestão pode ser complementar ou divergente em relação à percepção dos profissionais sobre aos processos de Educação Permanente. Acredita-se que incluir estes atores propiciou uma compreensão mais ampla do problema tratado neste estudo.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora e a condução do diálogo foi norteada por um roteiro de entrevista elaborado previamente (APÊNDICE II).

3.3.4 Diário de Campo

“O diário de pesquisa [...] não se refere especificamente à pesquisa, mas ao processo do pesquisar[...]Fala sobre a vivência de campo cotidiana e mostra como, realmente, se faz a pesquisa” (LOURAU, 1993, p.51, p.73).

Partindo do pressuposto que o processo de pesquisar, a ser construído através da interação dinâmica entre pesquisador e sujeitos da pesquisa, é relevante para a compreensão do que se propõe a investigar, o Diário de Campo também foi adotado como uma ferramenta de coleta de dados da presente pesquisa. Segundo Minayo (2014), o Diário de Campo traz mais veracidade à pesquisa de campo, através dos registros de impressões e notas sobre as diferenciações entre falas, comportamentos e relações. No diário a pesquisadora registrou acontecimentos ocorridos em campo, sentimentos e impressões subjetivas decorridas destes acontecimentos, assim como observações teóricas, que puderam ser desenvolvidas no decorrer do estudo

(NEVES, 2006). O diário serviu de elo entre as observações de campo e a análise dos dados (SPRADLEY, 1980), contribuindo para evidenciar a forma com que se deram as interações entre os sujeitos, a vivência cotidiana do campo, aquilo que não foi dito, possibilitando a interpretação das motivações e compreensões subliminares e a explicitação da reflexividade na prática da pesquisa.

3.3.5 Oficinas: o olhar da Terapia Ocupacional.

Cabe destacar que as oficinas e dinâmicas de grupo desenvolvidas nesse estudo perpassaram pela formação acadêmica da pesquisadora, sendo pensadas e planejadas a partir da perspectiva da Terapia Ocupacional. A Terapia Ocupacional é um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, que reúne tecnologias para a promoção da emancipação e autonomia das pessoas, tendo como objetos centrais e orientadores da profissão a ação, o fazer humano e o cotidiano (SOARES, 2007). Para Liberman (1998, p.13), a Terapia Ocupacional configura-se como uma

[...] prática social ocupada em observar e intervir na qualidade de vida do sujeito cujo olhar se volta sobre seu cotidiano, suas possibilidades de encontro consigo mesmo e com o outro, e com as atividades que realiza ou que pode criar.

Marquetti e Kinoshita (2011, p.216) ao discorrerem sobre as vertentes da Terapia Ocupacional, trazem a proposição de que a ação é precursora do pensamento humano. Nessa perspectiva “[...]a reflexão tradicional sobre a formação do sujeito que tem o sentido ‘do-pensamento-à-ação’ é invertida para ‘da-ação-ao-pensamento’ ”. Para promover essa inversão e utilizar-se da ação e do fazer como disparadores de reflexões e reinvenções, as oficinas configuram-se com um dos principais instrumentos utilizados pelos terapeutas ocupacionais junto a diferentes grupos ou coletivos. A palavra oficina tem sua origem no latim *officium* (ofício) e traduz uma modalidade de trabalho em que o modo de fazer é transmitido artesanalmente de uns a outros, trazendo consigo um sentido de experiência partilhada (ONOCKO-CAMPOS, 2011).

[...] as oficinas localizam-se num campo híbrido, móvel, instável, sem identidade, feito de experimentações múltiplas e aberto à intersecção de vários campos e saberes, o que pode garantir a elas um espaço

menos restrito e mais efervescente quanto às problematizações e discontinuidades produzidas, criando assim uma nova cultura de intervenções [...] as oficinas são os instrumentos mais utilizados para colocar em jogo a reinvenção do cotidiano. (GALLETTI, 2004, p.31).

A proposta das oficinas, na perspectiva da Terapia Ocupacional, mostrou grande afinidade com os pressupostos da pesquisa-intervenção e os objetivos traçados nesse estudo, ao permitir um fazer coletivo marcado pela experimentação e abertura aos devires que emergiam no campo. Acredita-se que a dinâmica das oficinas utilizada na presente pesquisa, através de um processo de produção coletivo, democrático e colaborativo, contribuiu para potencializar as reflexões no interior da equipe sobre o seu processo de formação e Educação Permanente. As ações e atividades desenvolvidas nas oficinas e em grupo(s), serviram como um espaço ampliado de socialização das vivências, servindo como disparadoras de novas indagações, discussões, críticas e reflexões entre os profissionais. Como Ballarin (2015, p.42) afirma:

[...] os grupos e subgrupos são objetos privilegiados de aprendizagem, pois aprender em grupo significa abrir-se para a construção coletiva e leitura crítica da realidade – o grupo cria uma interdependência no compartilhamento de tarefas e passa a aprender a planejar e colaborar. Aprendemos todos a nos expressar, trocar impressões, considerar a opinião do outro e posicionar-nos de modo mais articulado e argumentativo, exercitando assim, a reflexão sobre as próprias atitudes e as relações dialógicas.

Ressalta-se que, embora as oficinas também tenham servido como fontes de dados para a pesquisa, a maior ênfase dos encontros se deu no processo de reflexão e construção coletiva da equipe, naquilo que de fato ia se traduzindo como intervenção no CAPSad. Como afirmam Maximino e Liberman (2015, p. 23), na perspectiva da Terapia Ocupacional, nos grupos ou oficinas “... *o que está em jogo não é tanto o formato, a estrutura, mas sim o modo como a proposta é conduzida. Não se trata apenas de ‘o que se faz’, mas de ‘como se faz’*”. Desse modo, a discussão dos dados obtidos nas oficinas priorizou mais o processo e os insights produzidos ‘pelo caminho’ do que o produto final em si.

3.3.5.1 Oficina de Restituição dos Resultados

Após a interpretação dos dados do grupo focal foi realizada a Oficina de Restituição dos Resultados, cuja finalidade foi que os atores da pesquisa conhecessem, analisassem e se apropriassem do material compilado até aquele momento. O objetivo do encontro foi uma restituição “pessoal, implicada e posta” do material produzido aos profissionais envolvidos, tendo-se em vista ser este um “procedimento real e necessário do ato de pesquisar (intervir)” (LOURAU, 1993, p.55).

Sobre o papel da restituição na pesquisa, Lourau (1993, p.56) afirma:

A restituição não é um ato caridoso, gentil; é uma atividade intrínseca à pesquisa, um feedback tão importante quanto os dados contidos em artigos de revistas e livros científicos ou especializados. [...] A pesquisa, para nós, continua após a redação final do texto, podendo, até mesmo, ser interminável. Se a população estudada recebe essa restituição, pode se apropriar de uma parte do status do pesquisador, se tornar uma espécie de “pesquisador coletivo”, sem a necessidade de diplomas ou anos de estudos superiores, e produzir novas restituições [...]. Isso seria, efetivamente, a socialização da pesquisa.

A oficina de restituição se deu através da leitura de uma narrativa construída a partir dos dados produzidos no grupo focal, os quais foram alinhavados com as interpretações e reflexões da pesquisadora. Onocko-Campos e Furtado (2008) trazem à discussão as narrativas e a sua utilização nas pesquisas qualitativas em saúde. Apontam o caráter mediador das narrativas, que podem ser vistas como mediação entre discurso e ação; entre acontecimento e estrutura; entre indivíduo e sociedade e entre memória e ação política, a partir de diferentes correntes. Nesse sentido, destacam a importância da narrativa como ferramenta capaz de contribuir em pesquisas no contexto da saúde coletiva, que se mostra marcado por novos serviços, como os CAPSs, que enfrentam cotidianamente a necessidade de recriar suas práticas, assim como dar-lhes fundamento e legitimidade social.

Não seria de interesse termos ferramentas metodológicas para pesquisarmos as mediações entre o que se diz e o que se faz (discurso e ação)? Entre eventos ocasionais e questões mais estruturadas? Entre os sujeitos individuais e os coletivos? Ainda, não se faz premente a necessidade da “vinda ao mundo de um texto” em relação a essas novas práticas? O que se passa nas casas durante as visitas

domiciliares? Como se defende uma equipe da proximidade com a loucura?” (ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, 2008, p.1095)

Onocko-Campos e Furtado (2008) defendem que as narrativas podem contribuir nas pesquisas qualitativas em saúde coletiva, ao ser explorada como dispositivo poroso de comunicação, construindo olhares narrativos junto aos sujeitos da pesquisa e envolvendo os próprios atores nas retomadas de sua narração. Acreditam que elas podem se transformar em ação política, intervindo no universo pesquisado e propiciando um fortalecimento de seus próprios agentes, tornando-se um convite à uma modalidade de pesquisa-intervenção cujos rumos e caminhos não estejam planejados a priori, mais aberta e porosa ao que possa emergir do próprio campo.

Assim, diante das potencialidades do uso da narrativa, optou-se por esta estratégia para a realização da restituição nesta etapa da pesquisa. Cada profissional recebeu uma cópia impressa da narrativa, podendo acompanhar a leitura e se apropriar do que eles mesmos produziram. Posteriormente à leitura os profissionais foram convidados a se debruçar sobre o material, numa espécie de metanálise, onde puderam revisitar suas falas e reflexões, confirmar ou não argumentações, validar e aprofundar discussões. Cabe destacar que a narrativa foi apresentada à equipe como um dado em construção, passível de novas análises, sendo de grande valia a parceria estabelecida com os profissionais participantes do estudo, os quais se dispuseram discutir e validar os resultados obtidos.

Vale ressaltar, que embora a restituição tenha sido descrita aqui como uma etapa metodológica da pesquisa, ela não ocorreu de forma estanque, apenas nesse momento específico do estudo. Acredita-se na perspectiva da restituição como processo, o qual ocorreu de forma constante na pesquisa-intervenção, a partir de um posicionamento que permitiu que pesquisador e pesquisado saíssem de seus papéis cristalizados, sendo possível a discussão coletiva de análise dos conhecimentos produzidos (PESSANHA, ROTENBERG, 2013). Tal proposição foi especialmente relevante neste estudo, uma vez que a própria devolução da pesquisa pôde servir como um instrumento de Educação Permanente e qualificação pessoal no trabalho, possibilitando a promoção da educação e cidadania (HENSE, ECKERT, PENNA, 1994).

A discussão/construção coletiva no momento da restituição serviu como norteadora para as etapas seguintes da pesquisa, assim como para a definição das demais oficinas realizadas, em resposta às necessidades apontadas pela equipe, o que será apresentado mais detalhadamente nos Resultados e Discussão.

3.3.5.2 Demais oficinas

Outras oficinas posteriores à Oficina de Restituição também foram fontes de dados para a pesquisa:

- Oficina de Ecomapas de Educação Permanente;
- Oficina de Priorização;
- Oficina de Plano de Ação.

No entanto essas três oficinas serão descritas mais adiante no trabalho, juntamente com os resultados e discussão. Optou-se por não incluir a descrição destas oficinas na metodologia, uma vez que a execução e o processo de construção das mesmas não estavam previstos no início do estudo, mas deram-se mediante o desdobramento do trabalho, como resultado da intervenção junto aos profissionais.

Conforme afirmam Aguiar e Rocha (1997), na pesquisa-intervenção, a relação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa é dinâmica e determina os próprios caminhos da pesquisa. Dessa forma, as três oficinas mencionadas serão consideradas como parte do resultado do trabalho, fruto de uma produção, como caracterizam Lima e Merhy (2016), nômade, ambulante, intuitiva, aberta ao novo e aos devires que emergem do campo, num exercício de experimentação e construção coletiva.

3.4 Tratamento dos dados

As entrevistas e os encontros do grupo focal e oficinas foram gravados e transcritos na íntegra e, depois, submetidos à análise temática de conteúdo, tendo como referência as etapas propostas por Minayo (2014):

1) Pré-Análise: Fase inicial de tratamento dos dados e que orientou a compreensão e interpretação do material. Nesta etapa foram determinadas as unidades de registro (palavra-chave ou frase), as unidades de contexto (delimitação

do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, categorizações e conceitos teóricos mais gerais. Compreendendo as seguintes tarefas:

a) Leitura Flutuante, momento em que há um contato intenso do pesquisador com o material de campo e possibilita ultrapassar o caos inicial;

b) Constituição do *Corpus*, termo que diz respeito ao universo estudado em sua totalidade, levando-se em consideração as normas de validade qualitativa: exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência dos dados;

c) Formulação e Reformulação de Hipóteses e Objetivos: A etapa exploratória é retomada, possibilitando a correção de rumos interpretativos e a abertura para novos questionamentos.

2) Exploração do Material: Etapa em que foi realizada a identificação, codificação das transcrições pertinentes ao objetivo da pesquisa e a categorização ou agrupamento por semelhança de conteúdo.

3) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: Os dados brutos foram submetidos a inferências e interpretações pelo pesquisador, tendo como base a inter-relação com literatura já produzida sobre o tema.

3.5 Triangulação dos dados.

A triangulação é uma forma de olhar para um mesmo fenômeno, ou questão de pesquisa, a partir de diferentes ângulos ou perspectivas, visando a limitação de vieses pessoais e/ou metodológicos de um estudo, assim como a condução a um retrato mais objetivo e consistente da realidade (Decrop, 2004; Cho & Trent, 2006). Segundo Minayo (2014), a triangulação deve possibilitar o enriquecimento e o aprofundamento das reflexões em torno do objeto de pesquisa, a fim de compreendê-lo e explicá-lo em suas múltiplas dimensões. Para a autora, a busca de diálogo entre disciplinas e abordagens deve ter como alvo a produção de um informe único que reflita, não informações justapostas, mas o intercâmbio entre teorias e métodos em favor do esclarecimento e do aprofundamento dos vários aspectos da realidade.

Vários autores defendem formas distintas de se realizar a triangulação em pesquisas. Adotou-se aqui o referencial de Denzin (1978), que na década de 70 identificou quatro tipos de triangulação possíveis:

- ✓ Triangulação de dados;
- ✓ Triangulação do investigador;
- ✓ Triangulação teórica;
- ✓ Triangulação metodológica.

A triangulação de dados ocorre quando os dados são coletados em períodos distintos, explorando-se as diferenças temporais; em espaços distintos, utilizando-se de diferentes contextos e através de fontes distintas, lançando mão de diferentes indivíduos como fonte de dados. A triangulação do investigador consiste no uso de pesquisadores diversos para estudar o mesmo problema ou objeto de pesquisa, possibilitando enriquecer o estudo a partir de diferentes perspectivas, reflexões e análises. A triangulação teórica, por sua vez, acontece quando múltiplas teorias ou teóricos (GUION, 2002) são utilizados para interpretar um mesmo conjunto de dados. Já a triangulação de métodos refere-se à combinação de múltiplos métodos para obter dados mais completos e detalhados possíveis sobre determinado fenômeno.

O Quadro 2 apresenta as diferentes formas de triangulação e como estas foram aplicadas nesta pesquisa:

Tipo de Triangulação	Aplicação na presente pesquisa
Triangulação de Dados	Os dados foram coletados em momentos distintos: inicialmente foi feita uma aproximação com o campo de pesquisa (Observação participante), posteriormente realizadas as entrevistas e grupo focal, e por último as oficinas de restituição, de ecomapas e planejamento. Também foram investigados tanto os profissionais do CAPSad quanto os gestores de saúde mental, diversificando-se as fontes de

	dados e ampliando-se as visões e perspectivas sobre o tópico pesquisado.
Triangulação de Investigador	O presente estudo contou com uma equipe de três pesquisadoras da área da saúde (mestranda, orientadora e co-orientadora). Os 14 profissionais participantes da pesquisa podem ser considerados co-pesquisadores, tendo papel ativo no processo de coleta e validação dos dados conforme os pressupostos da pesquisa-intervenção, já apresentados. Todos os participantes da pesquisa foram tratados como protagonistas da produção de conhecimento e não apenas como objetos de estudo, permitindo que o fenômeno estudado fosse analisado a partir de múltiplos olhares, saberes e experiências.
Triangulação de Métodos	O presente estudo combinou as seguintes estratégias de coleta de dados: observação participante, entrevistas semiestruturadas, grupo focal, diário de campo, além das oficinas que também serviram como fonte de dados. Acreditase que as diferentes formas de coleta de dados permitiram um maior aprofundamento e detalhamento sobre o fenômeno investigado.

Fonte: própria autora

Quadro 2: Triangulação na pesquisa¹

¹Embora durante todo o processo da pesquisa, e especialmente no processo de análise dos dados, tenha sido realizado um diálogo com a literatura, considera-se que a triangulação de teorias não foi realizada. Optou-se por uma escolha teórica não expressa, que perpassa a concepção da Educação Permanente em Saúde, não sendo objetivo do estudo verificar ou contrapor diferentes teorias sobre o objeto desta pesquisa.

3.6 Aspectos Éticos

Os participantes foram informados sobre todos os procedimentos da pesquisa, bem como os riscos, desconfortos e benefícios da sua participação. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início das atividades do estudo (Apêndice I). O projeto foi submetido à Prefeitura Municipal de Pouso Alegre, que forneceu a anuência institucional (Anexo X) para a realização do estudo, assim como ao Comitê de Ética em Pesquisa da CEP/UNIFESP (Anexo x), parecer consubstanciado nº 1.577.755, CEP/UNIFESP: 0473/2016. Todos os procedimentos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) foram obedecidos.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Educação Permanente em Saúde

Acredita-se que o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) depende diretamente das pessoas, dos trabalhadores que o constituem. Desse modo, para que as mudanças nas formas de produção do cuidado ocorram, faz-se necessário também profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais do setor da Saúde no país (BRASIL, 2005). Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é considerada como um importante instrumento para a consolidação do SUS, constituindo-se em uma estratégia político pedagógica que visa tanto o desenvolvimento pessoal dos trabalhadores da Saúde quanto o desenvolvimento das instituições, ao reforçar a relação das ações formativas com a gestão, atenção e controle social (BRASIL, 2005).

Segundo Ceccim (2005, p.161), a Educação Permanente em Saúde pode ser compreendida como

[...] processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

A Educação Permanente em Saúde foi proposta em meados da década de 1980, através de uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OPAS/ OMS), com vistas ao desenvolvimento dos Recursos Humanos na Saúde (MERHY, FEUERRWERKER, CECCIM, 2006; LEMOS, 2016). No Brasil, a Educação Permanente foi instituída como política através da portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004), a qual foi alterada pela portaria GM/MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007). Estas portarias traçam as estratégias e diretrizes para a implementação da Política Nacional

de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que tem como ênfase central o reconhecimento do potencial formativo das situações de trabalho.

Desde a implantação da PNEPS em 2004, a Educação Permanente em Saúde tem sido amplamente difundida, colocando-se como uma alternativa mais eficaz para instrumentalizar os profissionais de saúde para o enfrentamento dos problemas cotidianos da realidade de trabalho. A Educação Permanente em Saúde surge em um contexto em que as metodologias tradicionais, pautadas na perspectiva da Educação Continuada, já sinalizavam uma insuficiência no sentido de auxiliar os trabalhadores a superar as problemáticas da realidade concreta dos serviços (BRASIL, 2003). Ribeiro e Mota (1996, p.4) tecem a seguinte crítica:

Em seus cursos de atualização, os profissionais são elevados ao paraíso do "como deveria ser", tradução da verdade do conhecimento científico acumulado e atualizado, aplicável numa espécie de representação universal e única de pacientes e serviços. Quando retornam aos serviços, entretanto, se vêem confrontados em suas realidades cotidianas com a impossibilidade da aplicação do conhecimento adquirido.

O objetivo da nova política era então romper com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais de forma fragmentada, verticalizada e deslocada das necessidades dos serviços e, através da Educação Permanente, promover as transformações institucionais a partir da reflexão sobre os processos de trabalho, seus problemas e desafios cotidianos (BRASIL, 2009).

A compreensão do cuidado em saúde como uma prática de construção de encontros (CECCIM, 2005), exige uma formação que ultrapasse a ênfase na atualização técnico-científica e a busca eficiente ao diagnóstico, tratamento, prognóstico e etiologia das doenças. Para o desenvolvimento de profissionais que estejam aptos à escuta, ao acolhimento e à produção de saúde em ato, em encontro ao outro, através de um olhar integral que contemple a complexidade das necessidades de saúde das pessoas, faz-se necessário uma formação que englobe também aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento, assim como o adequado conhecimento do SUS (CECCIM, FEUERWERKER, 2004). Para Fernandes et al (2003), para garantir uma produção de cuidados com qualidade, eficiência e resolutividade, a formação dos profissionais

de saúde deve compreender “o *aprender a aprender, o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser*”. A Educação Permanente coloca-se então como uma proposta para atender à essa necessidade, constituindo-se como estratégia político pedagógica de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da Saúde. (BRASIL, 2005)

Ceccim (2005) traz diferentes perspectivas acerca das influências teóricas que contribuíram para a proposta da Educação Permanente em Saúde no Brasil:

- Para alguns educadores, a EPS pode ser considerada um desdobramento da Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos, perpassando pelos princípios e diretrizes desencadeados por Paulo Freire - Educação e Conscientização/Educação como Prática da Liberdade/Educação e Mudança, Pedagogia do Oprimido, Pedagogia da Esperança, Pedagogia da Cidade, Pedagogia da Autonomia, Pedagogia da Indignação e a Aprendizagem Significativa (FREIRE, 1989, 1995).
- Outros estudiosos também consideram a influência do Movimento Institucionalista em Educação, cuja produção é fundamentada por René Lourau e George Lapassade (LOURAU, 1975; LAPASSADE, 1983; LOURAU, LAPASSADE, 1972 *appud* CECCIM, 2005). Estes autores propuseram a substituição da noção de Recursos Humanos, típicos da Administração e Psicologia Organizacional, pela noção de coletivos de produção, propondo a criação de dispositivos para que o coletivo se reúna e discuta com vistas à produção de conhecimento, assim como a sustentação de ações institucionais que alcancem mudanças efetivas.
- Já para outro grupo, a Educação Permanente em Saúde se configura, como um desdobramento sem filiação, resultante de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, passando pelas análises das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada e na educação formal dos profissionais de saúde. Nessa perspectiva a EPS é, então, uma produção original e fruto de um intenso engajamento dos profissionais de saúde.

A Educação Permanente em Saúde, seja uma produção original ou fruto do desdobrar de outros movimentos, representa uma mudança de paradigma nas concepções e práticas de formação dos trabalhadores dos serviços de saúde, tendo alguns pressupostos centrais que a norteiam:

- Incorporar o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das instituições e serviços, no contexto real em que ocorrem;
- Modificar as estratégias educativas e, a partir dos pressupostos da aprendizagem significativa, reconhecer a prática e as situações reais de trabalho como fonte de conhecimento, através da problematização do próprio fazer;
- Promover ações reflexivas e participativas, voltadas à construção conjunta de soluções dos problemas cotidianos das organizações;
- Instituir-se de forma perene nos serviços, de forma que os diversos momentos e modalidades educativas se combinem em um projeto global de desenvolvimento ao longo do tempo;
- Considerar os profissionais de saúde como protagonistas no processo de construção do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores;
- Abordar a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar;
- Servir como instrumento para o desenvolvimento e a mudança institucional das equipes e dos grupos sociais, através da transformação das práticas coletivas;
- Ampliar os espaços educativos fora dos espaços formais de aprendizado, e inserindo as práticas formativas dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias.
- Atingir uma diversidade de atores, como os trabalhadores dos serviços, os grupos comunitários e os tomadores de decisão político-técnicos do sistema.

(DAVINI, 2009, BRASIL, 2009).

É importante a clareza de que a Educação Permanente, ao constituir-se como uma estratégia mais sistemática e global, pode abranger ações específicas de capacitação, mas não o inverso. Nem toda ação educativa ou de capacitação profissional implica um processo de Educação Permanente, uma vez que nem todas as ações dessa natureza compõem uma estratégia de mudança institucional ou promovem a aprendizagem organizacional, característica essencial nos processos de Educação Permanente (DAVINI, 2009).

O Quadro 3 a seguir apresenta as principais diferenças entre a Educação Permanente e a Educação Continuada, destacando a mudança de paradigma de uma abordagem tradicional à uma prática mais descentralizada, ascendente e porosa às diferentes realidades dos serviços e necessidades dos profissionais de saúde. Vale ressaltar que embora o quadro apresente uma polaridade entre a Educação Continuada e a Educação Permanente, é preciso certa cautela pois, na prática, muitas vezes estas podem se encontrar imbricadas. Além disso, não há o intuito de mostrar uma concepção como positiva e outra negativa, ressaltando-se que ambas possuem finalidades distintas, podendo ser úteis em diferentes momentos, contextos e situações vivenciados por uma equipe.

Referência Analítica	Educação Continuada	Educação Permanente
Pressuposto pedagógico	<p>O aprendizado define as práticas.</p> <p>A aprendizagem é proposta como transmissão de conteúdos, centrados no conhecimento</p>	<p>As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimentos, valores, relações de poder, organização do trabalho, etc.).</p> <p>A aprendizagem requer que se produzam sentidos para os atores envolvidos (aprendizagem significativa) assim como que se possibilite criar novos sentidos (criar e recriar relações), centrado nas relações.</p>

Objetivo Principal	Atualização de conhecimentos específicos	Transformação de práticas
Público	Profissionais específicos de acordo com os conhecimentos a trabalhar	Equipes de atenção e/ou gestão em qualquer esfera do sistema: docentes, estudantes, usuários.
Planejamento	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos para trabalhar com os profissionais, geralmente no formato de cursos.	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou gestão, na formação e na educação popular. Possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade de lugares e pessoas.
Atividades didático-pedagógicas	Cursos padronizados, carga horária, conteúdo e dinâmicas definidas centralmente. As atividades educativas são construídas de modo desarticulado em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e esgota-se em si mesma.	Muitos problemas são resolvidos ou enfrentados na situação. Quando são necessárias, as atividades educativas são construídas de modo ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de modo articulado com medidas para reorganizar o sistema (atenção-gestão-formação-controle social articulados), que implicam acompanhamento e apoio técnico.
Repercussões educativas	Acumulação cognitiva, erudição, racionalidade instrumental na condução de processos e métodos.	Constituição de equipes para apoio técnico em temáticas específicas minoritárias; instituição de processos de assessoria técnica para

		formulação de políticas específicas; desenvolvimento de habilidades assistenciais; desenvolvimento de capacidades pedagógicas; racionalidade ético-estético-política na condução de processos e métodos.
--	--	--

Fonte: MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006

Quadro 3: Paralelo entre a Educação Continuada e a Educação Permanente

Merhy (2015, p.9) afirma que nos processos de Educação Permanente

[...] há não só produção de novos conhecimentos construídos coletivamente, mas também novos processos de formação, sem que se tenha formalmente designado esse como lugar de formação ou capacitação do trabalhador para o exercício das suas funções. Ali, como uma escola permanente, o mundo do trabalho sempre implica em processos formativos, e mais, necessários para a própria atualização da prática de um certo grupo de trabalhadores. Esse território formativo não se iguala ao da educação continuada que está sempre marcado pela exposição a conhecimentos a priori para se preparar para a ação. Aqui, o agir em si é formativo conduzindo a produção de novos conhecimentos ou atualizando alguns, no ato do cuidar.

Merhy (2015) propõe então que a Educação Permanente parte de um reconhecimento da produção viva de práticas e saberes como parte constitutiva do mundo do trabalho em todas suas dimensões política, organizacional e do cuidado. O cotidiano do fazer em saúde, através do encontro com o outro e das trocas de agir e saberes, permanentemente produz e reafirma conhecimento, produzindo sentido ético e político para as práticas no campo da saúde. Acredita-se que a EPS, ao operar tecnologias de relações, traduz-se como uma micropotência inovadora para a transformação do trabalho e educação dos profissionais da saúde, possibilitando o enfrentamento criativo e a invenção de novos modos no cotidiano vivo e em ato do agir em saúde (CECCIM, FEUERWERKER, 2004; MERHY, 1994).

No entanto, é importante ter em vista que o êxito da Educação Permanente depende de uma complexidade de vetores que incidem na co-produção dos modos de fazer saúde. Ceccim e Feuerwerker (2004) propõem uma noção quadrilátera da

formação em saúde, destacando a necessidade da articulação entre ensino - gestão - atenção - controle social para que seja possível instituir uma educação capaz de operar mudanças, mobilizar caminhos e convocar protagonismos.

Embora seja indiscutível a importância da Educação Permanente ao promover um despertar ético-político para a consolidação do SUS, alguns desafios ainda se colocam, como a cultura hegemônica da lógica escolar e centrada na transmissão de conteúdos, que ainda encontra-se incorporada de forma habitual e sutil nos modelos mentais; a persistência da concepção mecanicista, biologicista, procedimento-centrada e medicalizadora na saúde; a lógica racionalista e tecnicista que privilegia a concentração da produção de conhecimento por centros de excelência, desconsiderando a produção dos serviços; a fragmentação da saúde em campos de saber especializados e a precarização crescente dos cenários de prática em saúde, relacionada aos fatores estruturais e materiais, ou em alguns casos, às condições mais subjetivas e complexas da organização do trabalho (CECCIM, 2005, DAVINI, 2009) .

A proposta da Educação Permanente, só se torna viável a partir de sujeitos implicados e dispostos a novos modos de subjetivação. É necessário desacomodar, ativar o olhar e dar visibilidade aos novos sentidos e à produção de conhecimento que se concretizam nos encontros cotidianos da produção de cuidado em saúde. Faz-se necessário então investir na articulação entre ensino - gestão - atenção - controle social, além do constante diálogo com as práticas e concepções vigentes para que o trabalhar e o educar em saúde estejam imbricados em um processo de aprendizado permanente, e assim, os cenários de prática sejam propícios para uma atuação crítica, reflexiva, engajada, criativa, propositiva, e tecnicamente competente.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa serão apresentados e discutidos a seguir. Optou-se pela organização dos dados a partir da sequência temporal com a pesquisa transcorreu, passando-se pelo grupo focal e entrevistas, oficina de restituição/narrativa, oficinas de Ecomapas e oficinas de Planejamento. Ressalta-se que esta foi uma escolha didática para facilitar a leitura e organização dos temas, mas que a análise dos resultados foi feita após o término de todas as etapas da coleta de dados, levando-se em consideração as informações advindas dos diferentes momentos da pesquisa. Esta análise a cada passo foi conduzindo as etapas subsequentes. Novamente afirmamos que na pesquisa intervenção não há neutralidade. O pesquisador está mergulhado no processo e deixa-se modificar por ele.

5.1 Grupo Focal e Entrevistas

5.1.1 Contextualizando o cenário da prática

Durante o grupo focal, embora o alvo da discussão fosse os processos de Educação Permanente, a equipe fez várias pontuações sobre o contexto do trabalho, caracterizando o cenário de prática e os modos de produção do cuidado no CAPSad. Fica aqui evidente a indissociabilidade entre a formação e o cotidiano do trabalho. Não há como separar um aspecto do outro, pois eles caminham juntos, influenciando-se mutuamente. As necessidades formativas estarão sempre relacionadas às necessidades locais da instituição e dos profissionais envolvidos no processo de cuidado. Ceccim (2005, p.165) coloca que um dos aspectos centrais da Educação Permanente é a sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde e que um aspecto fundamental para que as transformações ocorram é o contato e a reflexão sobre os desconfortos e desafios vivenciados do dia a dia de trabalho:

Condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto ou percepção de abertura

(incerteza) tem de ser intensamente admitido, vivido, percebido. Não se contata o desconforto mediante aproximações discursivas externas. A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações.

Considerando então os desafios do contexto local de trabalho como um aspecto intimamente relacionado aos processos de educação permanente, serão apresentadas algumas características do cotidiano de trabalho no CAPSad, a partir da perspectiva e relato dos profissionais participantes da pesquisa.

5.1.1.1 Descompassos na formação, incertezas e a busca pelo “comum”

Ao disparar a questão inicial no grupo focal, sobre qual era o sentimento dos profissionais ao chegarem no CAPS, destacou-se na fala do grupo a sensação de estranheza, de insegurança frente a um caminho desconhecido, chamado CAPSad. Alguns relataram a chegada ao serviço como uma experiência turbulenta e sem direção:

Eu me senti como os Kamikazes, desembarcando num lugar, sem saber o destino, sem saber o que fazer. Eu não tinha muita noção do que que era o serviço, o serviço não tinha estrutura e eu cheguei! Caí de paraquedas aqui. (equipe)

A sensação de início é um pouco atordoadora, cheguei completamente perdido. (equipe)

Mas a estranheza e o receio frente a esse caminho desconhecido, parece não ter paralisado a equipe. Pelo contrário, mobilizou os profissionais em busca de conhecimento e um direcionamento enquanto serviço. O verbo utilizado pelo grupo algumas vezes para representar/traduzir esse esforço coletivo foi “Desbravar”:

Era tudo realmente muito novo, a equipe toda muito nova, sem uma direção do que realmente era o nosso papel, e aí a gente foi buscando um conhecimento para a gente poder se encontrar e dar um caminho para o serviço. A gente tinha algumas orientações, mas foi construído na prática, meio às cegas mesmo. A gente não tinha apoio, ninguém sabia o que era o nosso trabalho, acho que a gente foi meio pioneiro, desbravador mesmo. (equipe)

Foi um tiro no escuro, um desbravamento. (equipe)

Talvez o que a equipe relata como “tiro no escuro” seja em parte explicado pelo déficit na formação em saúde mental e em álcool e drogas durante a graduação dos profissionais, aspecto que foi mencionado de forma unânime entre a equipe:

Foi muito teórico na faculdade o que que era saúde mental, algo muito superficial. Quando eu cheguei na prática, tive que aprender tudo ao mesmo tempo. Só mesmo o curricular dentro da faculdade. Considero que não tive nenhuma preparação para trabalhar aqui. (equipe)

Tive dificuldades em relação ao público que a gente estava atendendo. Nunca tinha tido contato, nem em estágio, com um CAPS. (equipe)

A questão é que na faculdade a gente tem muito pouco de saúde mental, é mais uma ideia superficial do que seja. Falta conhecimento prático, falta mais contato com o campo, desenvolvimento de habilidades. Tem muito pouco isso. A gente sai da faculdade sem muita noção de como cuidar mesmo. (equipe)

Quando eu formei eu não sabia que existia um serviço chamado CAPS. A faculdade foi bem deficitária nisso. E saúde mental em si, durante a faculdade, ela é bem superficial e a parte de álcool e drogas também é negligenciada. Eu falo que da mesma forma que os usuários são excluídos da sociedade, esse tema na faculdade também não é abordado de forma satisfatória. Você não sai com uma noção muito boa, e do ponto de vista de se tratar o alcoolismo, a dependência de fato, tem um déficit enorme. (equipe)

Os gestores durante as entrevistas também destacaram o déficit na formação dos profissionais:

Nós não fomos preparados para atuar na saúde mental, acho que nenhum curso de graduação, nenhuma área da saúde, têm a formação adequada para preparar os profissionais para lidarem com a saúde mental, muito menos álcool e drogas. O preparo se dá a partir da prática, no dia a dia de trabalho. Ninguém já vem pronto, é algo a ser construído. É quase impossível alguém chegar aqui seguro sobre a clínica, sobre políticas de álcool e drogas, até porque o próprio serviço e as políticas também estão em processo de construção. (coordenador CAPSad)

Existe uma lacuna muito grande na formação acadêmica, e especialmente na área da saúde mental, eu sempre senti muita necessidade e um vazio também em termos de educação... eu vivi isso como profissional e depois na gestão também pude perceber que as pessoas chegam para o serviço, contratadas ou concursadas, sem experiência e até sem o conhecimento da área que estão ingressando. Muitos não conhecem o modelo do serviço na saúde mental, que é

muito diferente do que vemos na graduação, que ainda é predominantemente biomédico, médico centrado, vertical demais. Essa proposta mais horizontal, de base territorial mesmo, que é a do CAPS, muitas vezes é desconhecida por quem está chegando para trabalhar. Eu sempre senti que os profissionais ficam bastante perdidos ao se depararem com essa nova forma de trabalhar, o que não deveria acontecer, mas infelizmente é assim. (gestora de Saúde Mental do município)

No campo saúde constata-se que a grande maioria dos cursos, sejam técnicos, universitários, de pós-graduação ou residências, ainda formam profissionais distantes das necessidades de saúde dos usuários dos serviços e de organização do SUS (BATISTA, GONÇALVES, 2011). Tal situação é especialmente crítica na Saúde Mental, sendo possível notar um distanciamento ainda maior entre a assistência e o ensino (GOMES *et al*, 2013). Muitas vezes embora a proposta seja a da reabilitação psicossocial, a perspectiva de intervenção permanece com ênfase nos aspectos sintomatológicos da doença em detrimento de uma perspectiva de afirmação da dialética do processo saúde doença (BARROS, EGRY, 2001).

Observa-se que o movimento da Reforma Psiquiátrica se apresenta em curso. Os problemas cotidianos dos serviços substitutivos de saúde mental são evidenciados com profissionais que ainda não têm uma prática condizente com o discurso e os pressupostos da reabilitação psicossocial: *“Sabe-se dos problemas, muda-se o discurso, mas superar as dificuldades tem se mostrado um processo tão lento, quanto árduo.”* (VILLA, CADETE, 2000, p.14)

Essa lentidão na transformação das práticas de assistência em saúde mental pode ser considerada um dos reflexos da insuficiência das instituições de ensino em saúde em preparar os profissionais que irão atuar nos serviços. Em uma pesquisa sobre a dinâmica educativa das equipes de saúde mental do Rio de Janeiro (GOMES *et al*, 2013), constatou-se que menos da metade das instituições de ensino pesquisadas apresentavam suas ações de formação voltadas para as necessidades atuais da rede de saúde mental. Embora alguns projetos pedagógicos das IES investigadas tratassem de temas relevantes para o debate da psiquiatria e, por vezes, da saúde mental, estes não se mostraram conectados com o SUS e sua organização, bem como seus desafios e agenda de trabalho. Um exemplo de proposta inovadora, que tem buscado reduzir essa distância entre os profissionais em formação e a realidade do SUS é o da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), no campus

Baixada Santista. Nesse campus, desde 2006 foram implantados cursos de graduação em saúde, com um desenho curricular que propicia a formação integrada entre as diferentes áreas profissionais (FEUERWERKER, CAPOZZOLO, 2013) e possibilita um contato maior dos alunos com as demandas de saúde do território e a realização de atividades práticas que os aproximam das múltiplas dimensões envolvidas no trabalho em saúde (MERHY, 2013). Mas ainda são poucos exemplos como esse, havendo muito para se avançar nesse sentido.

Gomes *et al* (2013) também verificaram, além da necessidade de adequação do ensino às demandas da rede, que a maior parte das propostas estudadas estão fundamentadas no modelo da educação tradicional, em que os processos de aprendizagem ocorrem a partir da transferência de conhecimento e isolados do contexto, com ênfase nos aspectos cognitivos e individuais. Em um contexto de prática profissional como os CAPSad, em que o exercício diário com os usuários exige dos profissionais um olhar integral e um cuidar complexo, tais práticas de ensino, baseadas na pedagogia transmissiva e em disciplinas compartimentalizadas, se mostram insuficientes e inadequadas para promover a transformação necessária na atenção aos indivíduos com transtornos mentais decorrente do uso de álcool e outras drogas. *“No campo da saúde mental é preciso ensinar as bases teóricas, mas ao mesmo tempo introduzir novos cuidados e relações”*. (CERQUEIRA, 1996, p.60)

O trabalho em saúde mental exige a valorização das tecnologias leves ou relacionais pelos sujeitos componentes da prática nos serviços, aliada à perspectiva emancipatória de operar o cuidado conforme os pressupostos da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial. (JORGE *et al*, 2011, p.3052)

No entanto, a formação ofertada pelas instituições de ensino não é congruente com as necessidades apontadas. Devido a essa dicotomia teoria-prática, grande parte dos profissionais, ao ingressarem nos serviços de saúde mental, se surpreendem com a falta de conhecimento sobre a área, expostos à uma situação de emaranhamento de papéis, dificultando o seu ajustamento (ESPERIDIÃO, *et al* 2013).

Silva e Costa (2008), em um estudo exploratório sobre a saúde mental de profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go, identificaram entre todos os participantes da pesquisa a demanda de maior investimento em capacitações para atuar no campo da saúde mental, pois se sentem despreparados apenas com a

formação de base, inseguros e confusos ao depararem com o cenário de prática, o que traz dificuldade de integração entre a equipe e no agir com os usuários. Outro aspecto também identificado junto aos profissionais é que os cursos de formação/graduação, em sua maioria, ainda são voltados para o modelo biológico e medicamentoso, desconectados com as novas formas de atenção à saúde. Os autores salientam a necessidade de reformas curriculares, visando a redução da distância entre a teoria e a prática.

Vargas, Oliveira e Duarte (2011) em uma pesquisa com enfermeiros que atuam no CAPSad, identificou que a maioria dos profissionais também se sente despreparada para atuar na saúde mental, especialmente no contexto das substâncias psicoativas, o que acaba por dificultar a inserção destes profissionais nos dispositivos CAPSad. Cerca de 70% dos participantes do estudo referiu não ter recebido preparo formal para atuar junto pessoa com transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas. Tal realidade também se mostrou presente junto à equipe participante deste estudo.

A precariedade da formação em saúde mental e em álcool e outras drogas torna-se preocupante, uma vez que a qualidade da assistência prestada aos usuários depende de profissionais que compreendam seus papéis na atenção psicossocial e que se sintam seguros para assumir a função de protagonistas na produção de cuidado dentro dos CAPSs. Embora as políticas de Saúde Mental apontem e confirmem a necessidade de estimular práticas de ensino, pesquisa e extensão que favoreçam novas atitudes profissionais no contexto da saúde mental (BARROS; CLARO, 2011), há muito para se avançar nesse sentido. Faz-se necessário revisar os modelos curriculares, os métodos de ensino e buscar novos pressupostos pedagógicos para a construção de competências nos profissionais em formação, preparando-os para o ingresso e atuação na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

E somado ao déficit na formação, outro ponto abordado pela equipe foi a dificuldade devido à ausência de um referencial teórico sólido na área da dependência química, uma área nova se pensarmos a partir da perspectiva de cuidado em saúde. A equipe menciona a existência de um modelo de serviço, baseado nos moldes do CAPS II, existente há mais tempo no município, mas pontua a ausência de um modelo teórico de cuidado, de terapêutica que norteie a equipe para atuar na complexidade da clínica em álcool e drogas:

Nós, enquanto equipe, a gente até estava discutindo esses dias, de como a gente ainda é muito perdido num direcionamento teórico. Até porque acho que é muito novo isso dentro dos estudos. Se for pensar em dependência química, nós estamos ainda aprendendo qual a melhor conduta. Nós, enquanto equipe, já entendemos que a redução de danos, com certeza, é a nossa diretriz, mas a gente não tem um referencial teórico que justifique, que nos dê um modelo de atuação. Vamos comparar com a Saúde Mental, que tem a psicanálise por exemplo, como um direcionador de condutas. Nós não temos muito isso ainda estudado dentro da dependência química. Tem sim muitos estudos, mas a gente não tem uma diretriz: “olha, vamos seguir isso aqui...”, não há ainda um consenso ou evidências do que seria um caminho mais eficaz na clínica ad. (equipe)

A nossa referência foi o modelo que já estava implantado no CAPS II. Então a gente teve o contato com as políticas, do que seria o serviço: o que é o CAPS, o que que tem que ser, vocês vão ser técnicos de referência... A gente começou a ter contato com uma nomenclatura política, para a partir daí montar o serviço. A gente montou o serviço em cima de políticas e não de terapêutica. (equipe)

No CAPSad, a gente não tem ainda um referencial, de como funcionar, inclusive de um referencial teórico, diferente do que a gente tem para o CAPS que atende ao transtorno mental. Em álcool e drogas é tudo muito novo ainda, pois até pouco tempo atrás álcool e drogas era algo mais da justiça e não da saúde. Estamos nos apropriando ainda. (gestora de Saúde Mental do município)

Observa-se através das falas, que a equipe se sente insegura, sem um “chão” teórico que sustente a prática dentro do CAPSad, com toda a sua complexidade e desafios. Pontuam sobre a clareza do direcionamento político do CAPSad, o qual se coloca como um dispositivo de atenção psicossocial, tendo como princípios o protagonismo dos usuários no tratamento, o envolvimento da família, o território e ênfase na reinserção social. No entanto sentem a ausência de um direcionamento voltado para o processo terapêutico em si, demonstrando acreditar que a falta de uma diretriz ou modelo comum pode vir a prejudicar o cuidado ofertado.

Silva e Silva e Knobloch (2016), em uma investigação que contemplou a implantação de um processo de educação permanente em um CAPSad em Campinas-SP, identificaram um movimento similar na equipe estudada, a qual manifestou uma busca pelo “*comum*” através da formação, no entanto questionam essa busca como uma tentativa de resposta dos profissionais diante das vicissitudes da clínica ad:

Todavia, o que seria o ponto comum na clínica ad? O consenso? Mas será que isso não seria uma alternativa encontrada pelo grupo para reduzir a clínica a algo simples? Porém, a clínica ad é bastante complexa e, portanto, exige um investimento tão elaborado quanto. Além do que, o complexo não tem um, mas vários pontos que o compõem. Talvez, a busca por um “comum” seja a tentativa da equipe de ter uma resposta diante da complexidade da clínica; “um chão” mais concreto, o que é aceitável, desde que provisório. (SILVA e SILVA, KNOBLOCH, 2016, p.329).

Esse comum, ou “chão” mais concreto, capaz de subsidiar a prática dos profissionais, é questionado por Silva e Silva e Knobloch (2016), os quais chamam atenção para o caráter complexo e dinâmico da clínica ad, com usuários e demandas heterogêneas, exigindo respostas também dinâmicas e diversificadas, cuidando-se para evitar a cristalização das ações em modelos pré-existentes. Defendem que na pluralidade e na diversidade de olhares encontra-se a potência para intervenções mais eficazes nesse contexto.

Uchida *et al* (2011) também apontam essa característica marcante do trabalho no CAPS, o qual é permeado por um trabalho prescrito “tênue e frágil”, o que por sua vez constitui-se em um grande desafio para os profissionais, que devem construir suas práticas cotidianamente, em meio às incertezas, sem referências muito concretas sobre qual caminho trilhar.

Trabalhar em um serviço como o CAPS, requer que o trabalhador construa cotidianamente um conjunto de práticas que deverá nortear seu trabalho. O trabalho prescrito é tênue e frágil tendo em vista que cada sujeito é singular e as intervenções também devem se constituir desta forma, ou seja, os profissionais e, conseqüentemente as equipes, devem construir seu processo de trabalho simultaneamente ao desenvolvimento da prática para realizá-lo. Este fato traz uma peculiaridade a este serviço e aos profissionais inseridos nele. Experimentar, viver o trabalhar é um desafio constante e exige o desenvolvimento de estratégias que se constituem numa inteligência astuciosa, própria a esses trabalhadores. (UCHIDA et al, 2011, p.31)

Surge então o seguinte questionamento: para o desenvolvimento de estratégias nesse contexto, não seriam necessárias bases mais sólidas de conhecimento acerca dos diversos determinantes da dependência, dos processos de recuperação, do tratamento, das recaídas e do próprio modelo de assistência psicossocial? A partir do relato da equipe investigada, observa-se que esse ainda é um ponto de tensionamento dentro do CAPSad. Atuar em um campo novo, em

construção, “*distante de um acordo conceitual, entrecortado por múltiplas referências e apartado da consagração de protocolos de atendimento*” (VASCONCELLOS, AZEVEDO, 2012), sem evidências concretas de quais práticas ou intervenções são mais adequadas, exigem muito da equipe que, por sua vez, percebe-se em algumas situações sem o conhecimento, sem recursos nem apoio suficientes para lidar com os desafios que surgem.

Infelizmente, observa-se ainda a existência de certo esvaziamento das discussões e produções sobre a clínica nos serviços substitutivos de saúde mental (ONOCKO CAMPOS, 2001) e as reflexões teóricas não acompanharam a proliferação das práticas dentro dos CAPSad na mesma proporção (SCHNEIDER et al, 2014). Entretanto, embora seja fato que a Saúde Mental em álcool e outras drogas apresentasse como um campo que carece de maior investimento em pesquisas e construtos teóricos, questiona-se aqui: apenas o avanço das discussões e o desenvolvimento de políticas, técnicas e teorias trariam as respostas e direcionamentos necessários para subsidiar as ações cotidianas dos profissionais no contexto do CAPSad? Haveria uma formatação adequada para a formação dos profissionais que atuam nesses serviços? Em uma clínica marcada pelo imprevisível e por encontros tão singulares, o conhecimento formal acadêmico daria conta de tamanha abrangência?

A realidade observada e também relatada pelos participantes do estudo nos aponta para uma construção coletiva e diária pelos profissionais, que ultrapassa o saber técnico, mas que se consolida a partir de uma atitude ética e reflexiva acerca das suas concepções de saúde e cuidado, para o modo com que estabelecem os vínculos e como vivenciam as relações entre a equipe e usuários. Nesse sentido, Ceccim e Fuerwerker (2004) reiteram que a atualização técnico-científica deve ser apenas um dos aspectos da qualificação dos profissionais de saúde e não seu foco central, englobando também aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento, além do adequado conhecimento do SUS.

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

E novamente indaga-se: os profissionais são preparados para este cenário? Como atuar em um contexto cujas tendências sejam o interdisciplinar, o indeterminado, o complexo, flexibilizado, crítico, singular e criativo (SILVA E TAVARES, 2003), justamente aspectos tão pouco explorados durante a formação? Como lidar com essas lacunas da formação no dia a dia do trabalho? Ainda há muito para se avançar. Para superar os desafios cotidianos da clínica ad, é de grande importância que os profissionais consigam se enxergar como produtores de conhecimento a partir de suas vivências, expondo-se ao olhar do outro, revisitando constantemente suas práticas e, assim, construindo em ato os sentidos do trabalho.

5.1.1.2 Superação de paradigmas: o papel da formação para novas formas de cuidado

A precariedade do processo de formação dos trabalhadores de saúde mental, já discutida anteriormente, explicita um outro aspecto importante que muitas vezes ainda permeia o imaginário dos profissionais que chegam para atuar no CAPSad: as ideias preconcebidas e os valores morais em relação aos usuários de álcool e drogas. Os dois gestores entrevistados ressaltam essa questão como algo central a ser trabalhado na formação dos profissionais que atuam no CAPSad:

Os profissionais não chegam preparados, principalmente em álcool e drogas. A pessoa às vezes já vem com uma visão, muito do que a gente adquiriu ao longo da vida inteira, de preconceito, da questão de álcool e drogas muito ligada à delinquência. Entender o usuário como sujeito que precisa de um cuidado integral de saúde, isso é difícil ainda, mesmo quando tratamos de profissionais da saúde, por incrível que pareça. Infelizmente isso não é trabalhado, não é desmistificado na graduação, ainda persiste uma questão moral muito grande dos profissionais em relação ao alcoolista, ao usuário de drogas. A primeira coisa ao chegar no CAPSad é desconstruir isso, é preciso entender que nós estamos aqui para cuidar, não para julgar. (gestora de Saúde Mental do município)

Não dá para negar que há um preconceito muito grande ainda e nem os profissionais estão ilesos a isso, pois ainda é uma questão desconhecida. A própria política de saúde voltada para álcool e drogas é muito recente, sendo criada em 2003. Então é um desafio para nós aprendermos a olhar para o usuário para além do rótulo da dependência química, ver a pessoa na sua integralidade, em todas as suas necessidades de saúde, buscando

compreender o sofrimento, a vida dela, suas relações etc. (coordenador do CAPSad)

Observa-se através das falas uma urgência na necessidade de mudança de paradigma em relação à dependência química e ao usuário de substâncias psicoativas, aspecto que não é abordado de modo satisfatório durante a formação dos profissionais, e que influencia de forma direta o cuidado no contexto do CAPSad (SILVA, KNOBLOCH, 2016). Os gestores participantes da pesquisa apontam que essa mudança se dá de forma gradual, durante a prática cotidiana dos profissionais inseridos no serviço. Destaca-se mais uma vez então a importância dos espaços e tempos formativos e de reflexão dentro da rotina da equipe para que um novo olhar em relação ao usuário de álcool e drogas seja construído:

Olha um exemplo de uma técnica que começou a trabalhar com a gente a pouco tempo... Ela disse assim: "...na hora que falaram que era para vir para o CAPSad eu fiquei com medo de vir, porque dependente químico, a gente não sabe como que é, mas como eu precisava muito do trabalho eu acabei vindo." Veja como é o imaginário social a respeito da dependência química. No início eu percebia que a profissional estava um pouco desconfortável, mas após um tempo no serviço ela disse estar adorando o CAPSad, que não era o que ela estava imaginando. Então, a transformação do pensamento se dá a partir da prática e a Educação Permanente tem um papel fundamental nesse processo. (coordenador do CAPSad)

Quando o profissional muda este olhar, para além do preconceito, é algo realmente transformador e essencial no nosso trabalho aqui.. (gestora de Saúde Mental do município)

Essa mudança de paradigma passa também pela Redução de Danos, que é uma das políticas atuais privilegiadas pelo Governo Federal para o tratamento do abuso e dependência de álcool e outras drogas e apontada como uma nova ética do cuidado no âmbito do CAPSad. A partir da perspectiva da Redução de Danos, a abstinência deixa de ser o único objetivo a ser alcançado no tratamento, privilegiando-se a defesa da vida, juntamente com um maior nível de liberdade e de corresponsabilidade daquele que está se tratando (BRASIL, 2003). Embora a proposta aponte um caminho promissor, reconhecendo cada usuário em suas

diferenças e singularidades, é imprescindível que os profissionais se apropriem dessa nova forma de cuidar, desconstruindo olhares e repensando as formas de lidar com a dependência química:

Outra questão, também muito importante, que eu sempre coloco como foco de formação no CAPSad é a redução de danos. A gente não trabalha com foco na abstinência, a gente trabalha hoje com a redução de danos, hoje ela é uma ética do cuidado. (gestora de Saúde Mental do município)

A gente precisa estudar, pois é muito desafiador atuar com uma política que é muito diferente do modo que nós tradicionalmente aprendemos e trabalhamos, que é a redução de danos. É uma política muito nova e às vezes mal compreendida por muitos, arrisco dizer que a maioria dos profissionais que chegam ao serviço não sabem nem o que é, assim como tem gente também que não conhece o CAPSad. Por isso a necessidade da gente ter uma formação continuada, da gente abrir campos para discussão, porque é isso que vai viabilizar o avanço do trabalho. (coordenador do CAPSad)

Os gestores reconhecem a Redução de Danos como uma ferramenta estratégica para a produção de cuidados no CAPSad, assim como preconizado pela Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003). Apontam, no entanto, que grande parte dos profissionais desconhecem a Redução de Danos ao chegarem no CAPSad, sendo este um tema que deve ser priorizado nas ações formativas junto aos profissionais, possibilitando a transformação das práticas:

É interessante ressaltar que eu entrei aqui acreditando na política proibicionista, convicto de que a abstinência era o único caminho. E hoje eu defendo a redução de danos, não consigo pensar em outra alternativa mais inclusiva para atender usuários tão múltiplos em suas demandas e disponibilidade para o tratamento. (equipe)

Silveira, Rezende e Moura (2010, p.191) em uma pesquisa-intervenção em um CAPSad identificaram dificuldades dos profissionais em construir novas ferramentas terapêuticas para viabilizar o potencial terapêutico da Redução de Danos, “*em função de uma rigidez pessoal e institucional que busca obsessivamente pautas, regras e protocolos salvacionistas para lidar com as dificuldades enfrentadas*”. Essa rigidez muitas vezes sustenta-se numa lógica excludente e preconceituosa em relação aos

usuários, que através de um discurso cientificista acaba por tentar legitimar a abstinência como terapêutica exclusiva a ser adotada nessa clínica. Para o avanço de um novo modo de cuidado, mais inclusivo e democrático, faz-se necessário então colocar em discussão *o poder instituído dos especialismos, dos profissionalismos e dos valores sociais instituídos, tipicamente segregadores e excludentes, que atravessam a problemática suscitada pela crise e pelo cuidado ao usuário de drogas* (SILVEIRA, REZENDE E MOURA, 2010, p.191).

5.1.1.3 Trabalho vivo em ato, seus desafios e a equipe como dispositivo de alívio

Muitos são os desafios impostos no cotidiano do trabalho em um CAPSad e mesmo em meio à ausência de um referencial teórico estabelecido, às inseguranças e incertezas no dia a dia do serviço, a equipe busca se adaptar conforme as demandas e necessidades que surgem:

É difícil a gente ficar ainda em meio a essa nuvem de conhecimento, mas a gente vai buscando aquilo que é mais conveniente, mais pertinente naquele momento e ajustando ao que o serviço tem a propor. (equipe)

Cada dia aqui é diferente do outro. Nunca sabemos o que nos espera quando chegamos para trabalhar. (equipe)

Tem que ser criativo para sobreviver aos desafios que o serviço impõe. (equipe)

A fala da equipe reflete as características descritas por Merhy (2005) ao descrever o *trabalho vivo em ato* em saúde, definindo-o como o trabalho humano no exato momento em que é executado e que se estabelece através de tecnologias relacionais, marcado pelas subjetividades, pela imprevisibilidade do encontro com o outro, construído pelos atores em cena e portando um grau significativo de liberdade nas escolhas do modo de se efetivar a produção do cuidado.

Nesse contexto do trabalho vivo em ato, dinamicidade, flexibilidade, agilidade são mencionadas então como características essenciais ao profissional que se dispõe a atuar nesse contexto:

Vejo aqui uma equipe coesa, proativa, muito dinâmica, dentro das suas especialidades, e isso é o que mais me chamou a atenção na saúde mental, é uma área que exige um profissional mais ágil, flexível, mais dinâmico, mais criativo, mais aberto a outras funções. (equipe)

A equipe não é uma equipe parada, é uma equipe proativa, que está sempre em movimento. O serviço aqui exige isso. (equipe)

Para Merhy (2007) o CAPS é o lugar do novo e do acontecer em aberto e experimental, onde se tem que inventar coisas não pensadas e não resolvidas, onde os trabalhadores constroem suas caixas de ferramentas, muitas vezes em ato, inventando maneiras de ser antimanicomial. Para o autor, os trabalhadores dos CAPS estão no “*olho do furacão*”, pois lidam com o desafio de atuar em um dispositivo que promete ser alternativo e substitutivo a um outro modo de produzir ações de saúde, posicionando-se de forma crítica às formas hegemônicas de produção de cuidado em saúde mental.

O cotidiano de trabalho dos profissionais que atuam nos CAPS mostra-se atravessado por distintas e importantes intencionalidades:

[...]de um lado, a existência de um cotidiano fortemente habitado por intensas demandas de cuidado, que usuários, muito múltiplos e, facilmente, em estados de crises, têm sobre a equipe; e, do outro, pela presença marcante de um imaginário do trabalhador, de que o seu agir clínico é suficientemente ampliado e a sua rede de relações intra e intersetorial, para além da clínica, é suficientemente inclusiva[...]Caminhar nestas linhas tem colocado, sobre o ombro dos trabalhadores, “pesos” importantes para o seu agir, e que facilmente geram fazeres árduos, que os fazem experimentar, o tempo todo, sensações tensas e polares, como as de potência e impotência, construindo no coletivo de trabalhadores situações bem paradoxais, nas quais cobram de si e do conjunto posicionamentos profissionais e estados de ânimos muito difíceis de serem mantidos, durante todo o tempo do trabalho; particularmente, para aqueles que ofertam seu trabalho vivo para vivificar o sentido da vida no outro.” (MERHY, 2007, p.8)

E nesse cenário desafiante, de incertezas e *fazeres árduos*, o acolhimento e a parceria entre os profissionais aparecem como uma forma de apoio e encorajamento, tanto na chegada, para os novos profissionais, quanto no decorrer do percurso, para os que já compõem a equipe há mais tempo:

Desde que cheguei ao serviço, a equipe foi muito calorosa, muito cuidadora, a equipe me acolheu e isso é fundamental para nossa permanência no serviço. (equipe)

E uma das coisas que me marcou muito aqui foi o modo com que a equipe me recebeu... porque trabalho é com o tempo, você vai tirando dúvida, vai se adaptando... o mais importante é você se sentir acolhido, se sentir fazendo parte daquilo ali. (equipe)

É igual um carro de boi, quando os dois da frente estão cansados, passa para trás e põe os novos, os que estão mais fortes para frente, então existe uma troca, em que a gente fica, ora na frente, ora atrás... e essa mudança, né, na disposição, porque uma hora sou eu que estou mais cansada, quero largar tudo, aí vem uma outra pessoa, com um ânimo novo, me anima, me deixa um pouco mais tranquila, vem outro com outra linha, com outra abordagem, e isso faz a gente conseguir respirar um pouco, tomar fôlego para poder continuar... então eu acho que isso é muito bom, o trabalho em equipe é muito positivo. (equipe)

O trabalho em equipe mostra-se então como um dispositivo de fortalecimento e alívio para os profissionais, auxiliando-os no enfrentamento dos desafios e incertezas na atenção psicossocial em álcool e outras drogas. Na diversidade que marca os campos de conhecimento e prática dos diferentes profissionais de saúde no CAPSad, foi possível identificar pontos comuns, como a valorização do outro e das relações dentro da própria equipe, a parceria e a ênfase no trabalho coletivo para a superação dos problemas do cotidiano e produção de novas possibilidades no atendimento ao usuário. Observou-se que a equipe estudada adota um modelo de trabalho horizontal, sendo a cooperação um aspecto fundamental para a organização do serviço e produção das ações de cuidado, aspecto que também é reiterado por outros autores:

Uma das características organizacionais marcantes destes serviços é a adoção de um modelo hierárquico mais horizontal onde a cooperação nas equipes é fundamental para a consecução dos processos de atenção. Há ainda o desafio de criar e instaurar formas de conexão com os outros serviços dos vários níveis de atenção que compõem a rede de assistência à saúde. Como essas conexões são muito frágeis, a organização do trabalho tem sido constituída muito mais por acordos internos da equipe. Assim, cada serviço vai construindo e definindo seu processo de trabalho a partir da realidade em que está instalada e dos recursos de que dispõe. (UCHIDA et al, 2011, p. 33)

O modelo de atenção psicossocial pressupõe uma atuação mais plural dos profissionais e a equipe mostra-se como fundamental em meio à configuração do

serviço (SILVA, COSTA, 2008), revelando-se como um dos instrumentos-chave no contexto de trabalho do CAPSad.

5.1.1.4 Sozinhos na rede?

O Ministério da Saúde, na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003) é enfático ao apontar o fortalecimento da rede de assistência, baseada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, como estratégia fundamental para o enfrentamento coletivo dos problemas decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas:

[...] torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2003, p.6).

A recomendação do Ministério da Saúde é que o atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas se dê em todos os níveis de atenção do SUS, de modo que o usuário possa contar com uma rede de cuidados diversificada, podendo acessar diferentes locais que lhe ofereçam apoio para lidar com o seu problema (BRASIL, 2003; VARELA et al, 2016).

No entanto, na prática, a constituição dessa rede de cuidados mostra-se bastante desafiadora, havendo sinais de fragilidade, como as desconexões entre os serviços de atenção básica e de saúde mental e o não reconhecimento de alguns profissionais e de determinados serviços de saúde ou de assistência social como responsáveis pelo cuidado a esse tipo de demanda, o que acaba por prejudicar a efetivação desse processo (VARELA, 2016; SCHNEIDER et al, 2013).

A equipe do CAPSad reconhece a intersetorialidade como necessária para o cuidado dos usuários, assim como a diversidade de fatores que contribuem para o êxito das ações destinadas a este público, afirmando que essa consciência é importante para o profissional que atua nesse contexto:

São um conjunto de fatores que contribuem para o sucesso do tratamento: o desejo da pessoa é fundamental, a própria estruturação do serviço, o trabalho em rede [...] A família tem que assumir o cuidado também. Por que se não olharmos todos esses aspectos vamos sofrer, achando que o problema é só do CAPS e na verdade não é. (equipe)

O usuário ele pode vir aqui 100 vezes, nas 100 vezes, nós estaremos aqui para acolhê-lo, para escutá-lo, para ajudá-lo. Esse é o nosso papel. A nossa parte nós vamos fazer, mas tem que ter a consciência que não somos só nós que vamos ter que fazer acontecer o resultado. Depende do usuário também, e de todos os fatores que conversamos aqui [...]. Precisamos trabalhar justamente essa nossa angústia, das expectativas que depositamos e muitas vezes não são alcançadas no tratamento. Pois senão a gente pode se colocar nesse lugar de super-herói mesmo, de achar que somos a salvação das pessoas. Não somos. (equipe)

O apoio dos outros serviços, de outros pontos da rede é que fortalecem a nossa caminhada no CAPSad. Precisamos trabalhar em conjunto. (equipe).

No entanto, apesar de reconhecerem a necessidade do estabelecimento dessa rede de cuidados, envolvendo a família, a comunidade, os serviços de saúde, da assistência social, educação, dentre outros, os profissionais do CAPSad afirmam dificuldades no cotidiano do serviço, muitas vezes com o sentimento de estarem sozinhos na atenção aos usuários de substâncias psicoativas, numa rede ainda a se estabelecer no município:

Até então tudo que era relativo à dependência química era despejado na nossa mão. Todos os serviços encaminhavam para o CAPSad: “ah, é álcool? pedra? maconha? Joga pro CAPSad” A gente se sentia muito sobrecarregado, com muito peso e perdidos. O que que a gente vai fazer? (equipe)

Relatam, então, o esforço da equipe, desde o início do CAPSad, para transformar essa realidade, tecendo conexões com outros dispositivos e serviços:

Com o tempo nós fomos realmente entendendo que sozinhos a gente não ia conseguir e nós fomos acionando a rede para que a gente

construísse a solução juntos. Eu acho que nós começamos a despertar esse movimento, a incomodar mesmo, acho que eu posso usar essa palavra, a gente começou a incomodar a rede. A partir do momento que eles davam para a gente uma responsabilidade a gente retornava, pedindo para compartilhar uma solução. Começamos a acionar os outros serviços para reuniões de rede: “vamos discutir o caso juntos, vem aqui para a gente conversar? O que que você pode fazer na sua área e o que que nós podemos fazer na nossa área?”. (equipe)

A gente começou mesmo a disseminar isso, acho podemos falar isso até com um certo orgulho, pois acredito que nós que fomos muito pioneiros nessa questão da discussão em rede, do trabalho em rede. Até então todo mundo ficava muito ilhado no seu próprio serviço, no seu próprio dispositivo, sofrendo com aquele problema, e aí a gente começou a chamar, “não, vamos então resolver isso juntos. Então hoje eu acho que a gente não tem mais um peso, a gente tem mais um certo respeito, acho que a gente conseguiu adquirir isso com a nossa prática. (equipe)

A equipe afirma que muito já foi conquistado em relação à articulação com a rede e não se sentem mais tão ilhados no cuidado aos usuários. No entanto ressaltam que ainda há pontos a serem melhorados e que este é um trabalho que deve ser feito dia a dia, de forma constante na rotina do serviço:

Hoje a gente tem mais facilidade de estabelecer um diálogo aberto com a rede. Ainda não é o ideal, acho que a gente ainda tem muito a caminhar, porque eu acho que cada setor tem a sua própria dificuldade, cada serviço já tem as suas próprias limitações. Mas apesar das limitações a gente tem que trabalhar todos os dias para continuarmos avançando nessa discussão em rede e conseguir articular melhor com os outros dispositivos. (equipe).

5.1.2 Educação Permanente: concepções, ações e expectativas

5.1.2.1 Concepções de Educação Permanente

Ao serem questionados sobre a compreensão da Educação Permanente os profissionais da equipe do CAPSad apresentaram diferentes concepções e representações acerca do termo. Parte do grupo apontou para um processo contínuo e construído no cotidiano do trabalho:

Eu acho que [a Educação Permanente] é uma coisa continuada, que tem que estar acontecendo sempre, é uma caminhada, não tem tempo certo. (equipe)

Vejo a Educação Permanente como algo que está sendo construído. Não está nada pronto ainda não, a gente aprende todos os dias. (equipe)

Por outro lado, parte da equipe apresentou a Educação Permanente como um conjunto de ações mais sistematizadas e planejadas, indicando a necessidade de uma organização mais formal para que esta se efetive:

Ao meu ver a Educação Permanente tem que ser um projeto onde a gente tenha programações estruturadas de aprendizagem em determinadas áreas de conhecimento. (equipe)

Acredito que a E.P [Educação Permanente], deve ter um horário específico: “aquele horário vai ser da educação continuada, vamos falar do tema tal”. (equipe)

Cabe também ressaltar que em vários momentos os termos Educação Continuada e Educação Permanente foram utilizados pela equipe como processos similares ou equivalentes, sem distinção no uso dos mesmos. No entanto, em determinado momento a equipe destacou uma diferenciação entre a Educação Permanente e estudos e treinamentos:

Eu presumo que para usar a palavra Educação, ela precisa ter diretrizes, pois senão vira estudo... e educação e estudo, na minha concepção, são coisas diferentes. (equipe)

As pessoas fazem as vezes treinamento e acham que estão fazendo Educação Permanente e ai eu vejo uma diferença grande no serviço, porque treinar não é educar. (equipe)

Especificamente sobre os processos educativos no CAPSad alguns profissionais acreditam que a EP não esteja estabelecida de uma forma concreta no serviço:

Eu acho que existe um movimento sim, em torno da educação e da aprendizagem, mas não é um projeto de Educação Permanente. (equipe)

Se eu tiver que responder: ‘o que você consegue apresentar do que você aprendeu em Educação Permanente?’ Sinceramente, eu não tenho nada concreto para apresentar. (equipe)

A estruturação da educação continuada no serviço, eu não consigo ver. Eu não consigo ver o projeto, uma questão sistemática de abrir e se iniciar por uma demanda, de ter aquilo de uma forma sequencial, onde uma portinha vai abrindo e encaixando na outra. Educação Permanente, ainda precisam me apresentar, eu não conheço. Eu acho que o que existe hoje é a intenção de se ter uma Educação Permanente, porque permanente é permanente, não pode ser ocasional. (equipe)

O grupo ainda pontua que na percepção deles esta não é uma dificuldade exclusiva do CAPSad, mas dos serviços de saúde em geral:

Eu vejo assim, que é extremamente necessário, deveria mesmo ser continuado, mas ainda não é algo concreto para os serviços não. (equipe)

Eu nunca passei por um serviço que tivesse uma Educação Permanente, uma Educação Continuada realmente eficaz, sabe? Isso ainda está em construção. (equipe)

Conforme explicitado anteriormente no referencial teórico, considera-se a Educação Permanente e Educação Continuada como formas distintas de se estabelecer processos educativos no trabalho:

Enquanto a Educação Continuada é centrada na transmissão de saberes, em cursos, e realizada de forma fragmentada, a Educação Permanente em Saúde busca a valorização do trabalho, a participação dos profissionais no processo de ensino aprendizagem e a transformação de suas práticas (BARTH et al, 2014).

A partir dessa perspectiva, observou-se que a equipe mantém certa associação entre os conceitos de Educação Permanente e Educação Continuada, compreendendo-as como uma busca de atualização de conteúdos específicos, através de programas com carga horária, conteúdo e dinâmicas pré-estabelecidos. Embora pontuem uma diferenciação entre Educação Permanente e treinamentos, apontando o primeiro termo como uma estratégia educativa mais abrangente, observa-se que persiste entre grande parte dos profissionais uma concepção mais tradicional do que seria a formação nos serviços de saúde. A equipe, ao expressar sua compreensão sobre o que seria a Educação Permanente, considera mais o domínio técnico-científico da formação e não menciona a organização do trabalho, as

relações dentro do CAPSad e o próprio trabalho como um instrumento educativo, como espaço de problematização, reflexão, diálogo e construção de saídas e alternativas aos problemas vivenciados no cotidiano do serviço (CECCIM, 2005; CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Talvez essa concepção, centrada numa postura mais passiva, de recebimento de conhecimentos, possa explicar a “ausência” da Educação Permanente percebida e pontuada por alguns membros da equipe. Como no serviço não há uma programação, um cronograma de atividades planejadas e definidas, isso pode levar os profissionais a concluírem que a Educação Permanente é algo ainda distante da realidade da equipe. Mas será que, de fato, a Educação Permanente não existe no serviço? Ou a Educação Permanente não é reconhecida pelos profissionais como tal? Esta questão trouxe alguns inquietamentos, acompanhando o desenrolar da pesquisa e sua discussão será retomada adiante, quando serão apresentados os resultados da oficina de restituição.

Cabe ressaltar que esta questão conceitual envolvendo a Educação Permanente em Saúde e a Educação Continuada também encontra divergências na literatura. Miccas e Batista (2014) em um estudo de metassíntese sobre os principais conceitos e práticas relacionados à Educação Permanente em Saúde, encontram em várias publicações a EPS relacionada diretamente à Educação Continuada, baseada em ações de caráter mais pontual, fragmentadas, com métodos tradicionais de ensino, sendo os dois conceitos comumente utilizados como sinônimos. Observaram em alguns estudos, profissionais de serviços de saúde narrando a realização de cursos, reuniões de equipe para repasse de informações administrativas e capacitações específicas como sendo conceitos e práticas de EPS. Nesses casos, a aquisição de competências estava mais voltada às características individuais dos profissionais, com menor ênfase na problematização coletiva como centro do processo de aprendizagem. Outros estudos, por sua vez, defendem que a EPS engloba a educação continuada, revelando conceitos distintos, no entanto, ainda o que observaram é que “há a intencionalidade no discurso de se produzir EPS, mas a prática permanece restrita à educação continuada” (MICCAS, BATISTA, 2014, p. 174).

5.1.2.2 Ações formativas existentes no CAPSad

Durante as discussões no grupo focal os profissionais elencaram diversas iniciativas, ações e espaços educativos que contribuem para a formação da equipe no contexto de trabalho do CAPSad. As ações mencionadas foram listadas no Quadro 4 e caracterizadas a partir das variáveis adaptadas de Peduzzi et al (2009), incluindo: a origem da demanda (interna ou externa à equipe); estratégias de ensino (tradicionais ou participativas); Local de Realização (interno – dentro do CAPS; externo – fora do CAPS; externo – na comunidade); Frequência (ocasional, mensal, bimestral, etc) e Duração (curta – menor ou igual a 20 horas; média – 21-60 horas e longa – a partir de 61 horas).

Ação/ Espaço Formativo	Origem da demanda	Estratégias de ensino	Local de Realizaçã o	Frequência	Duração
Cursos EAD – MS/UFSC	Externa – Oferta do MS	Tradicional/ Participativa	Externo (fora do CAPSad)	Anual	Longa
Pós Graduação Lato Sensu em Saúde Mental	Interna	Tradicional/ Participativa	Externo (fora do CAPSad)	Quinzenal	Longa
Percurso Formativo na RAPS – Intercâmbio Profissional	Externa	Participativa	Externo (fora do CAPSad)	Ocasional, ação ofertada uma única vez e já finalizada.	Longa
Matriciamento	Interna	Tradicional/ Participativa	Externo (fora do CAPSad)	Mensal	Curta

Fóruns Intersetoriais	Interna	Tradicional	Externo (fora do CAPSad)	Bimestral	Curta
Compartilhamento e trocas nas redes sociais	Interna	Participativa	Externo (fora do CAPSad)	Indeterminado	_____
Reuniões de equipe	Interna	Participativa	Interno (dentro do CAPSad)	Semanal	Curta

Fonte: própria autora

Quadro 4: Caracterização das ações e espaços formativos mencionados pela equipe do CAPSad

Observa-se que a maior parte das ações mencionadas partem de uma demanda interna da equipe, são ações desenvolvidas a partir da detecção de necessidades pelos próprios profissionais, que por sua vez buscam formas de suprir tais demandas. As estratégias de ensino alternam-se entre participativas e tradicionais e a maior parte das ações ocorrem fora do espaço de trabalho, sugerindo que o cotidiano do trabalho ainda é pouco valorizado ou reconhecido pela equipe enquanto espaço de formação e educação permanente. Nenhuma ação realizada na comunidade foi mencionada. A frequência das atividades é diversificada, variando entre periodicidades anual à semanal. A maior parte das ações em andamento tem duração curta (menor ou igual a 20 horas), com exceção dos cursos à distância, da pós-graduação realizada por alguns integrantes da equipe e do Percorso Formativo, que foi uma ação com início em 2013 e já se encontra finalizada. Cada estratégia será apresentada e discutida a seguir.

5.1.2.3 Cursos de atualização à distância

Os cursos de atualização à distância foram mencionados como uma ação formativa utilizada pela equipe. Os cursos são realizados a partir de uma parceria entre a SGTES, CGMAD e a Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC, por meio do Sistema Universidade Aberta/UNA-SUS:

Nós tivemos a oportunidade de fazer alguns cursos a distância pela Universidade Federal de Santa Catarina, teve um curso, acho que todo ano tem, sobre álcool e drogas na atenção psicossocial, muito bom o curso. (equipe)

Os cursos envolvem profissionais de nível médio e superior de todos os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), abrangendo três temas:

- Saúde mental Infanto-juvenil;
- Atenção à crise e urgência em saúde mental.
- Demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas;

Foram ofertadas cerca de 14.500 vagas nos anos de 2014 e 2015, certificando aproximadamente 9.000 profissionais da RAPS em todo o território nacional (BRASIL, 2016), conforme apresentado no Quadro 5.

Curso de atualização EAD	Vagas (2014-2015)	Certificação
Saúde mental Infanto-juvenil	3.000 vagas	1.990 profissionais
Atenção à crise em saúde mental	3.000 vagas	1.617 profissionais
Demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas	8.500 vagas	5.430 profissionais

Fonte: Relatório de Gestão de Saúde Mental 2011-2015 (BRASIL, 2016)

Quadro 5: Oferta de vagas e certificação nos cursos de atualização EAD

A equipe menciona os cursos à distância ofertados pela UNA/SUS como uma forma de atualização válida, enfatizando a qualidade do mesmo, no entanto alguns

profissionais apontam dificuldades de conciliar a rotina pessoal para a execução desta atividade, uma vez que ela é realizada fora do ambiente de trabalho, sem uma janela de tempo protegida para tal:

Eu particularmente comecei, mas eu não dei conta, não tive disciplina de fazer à distância. Talvez se tivéssemos um tempo dentro do horário de trabalho para isso, seria mais fácil conciliar. (equipe)

Eu tenho todo o material salvo no computador, mas eu não consegui concluir os módulos. É um curso excelente, uma pena.... No meu caso eu tentei em dois anos, mas acabou não dando certo. Mas vai de cada um né, cada um vai buscando individualmente. (equipe)

Infelizmente não vão te liberar durante 1 hora do serviço para você entrar no site e fazer o curso. Então são iniciativas que vem através do Ministério da Saúde, mas que você tem que se virar, se adaptar para você fazer, achar uma hora a mais no seu dia. E aí é o que a gente fala, vai depender muito da disponibilidade individual de cada pessoa para aprender. (equipe)

A modalidade de ensino à distância tem se mostrado como um instrumento estratégico no âmbito da Educação Permanente em Saúde, pois permite flexibilidade e abertura no acesso ao conhecimento e à informação, superando barreiras geográficas e de acesso, potencializando a circulação de dados e o desenvolvimento de debates, de forma dinâmica e personalizada (BRASIL, 2009).

A educação a distância permite atingir um grande número de pessoas e, a partir daí, proporcionar ao profissional a aquisição de conhecimento que permita que o mesmo demonstre capacidade crítico-reflexiva, habilidades e competências para o desenvolvimento de suas funções (SILVA et al, 2015, p. 1100)

Atualmente torna-se possível potencializar a Educação Permanente através das tecnologias de Educação a Distância, enriquecendo os processos formativos ao integrar as contribuições de ambas as estratégias para a formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2009). Mesmo à distância, os cursos, desde que pautados em propostas que privilegiem a problematização das práticas, podem trazer aos profissionais a oportunidade de reflexão crítica sobre as práticas reais, a partir de situações que ilustram a atuação dos profissionais na rede de serviço. A proposta didático-pedagógica dos cursos oferecidos pela UNA/SUS ilustram isso, ao prezar por um processo de aprendizagem ativa, levando os profissionais à construção de

conhecimentos a partir de saberes que eles trazem de sua prática cotidiana, de suas experiências no trabalho e na vida.

A proposta é que o próprio trabalhador coordene seus estudos, conforme seu tempo disponível, com as tecnologias que tem acesso e prioridades do SUS (FERRAZ et al, 2012). No entanto, essa autonomia que é vista como uma vantagem, algumas vezes pode se tornar uma sobrecarga ao profissional, que pode não dispor desse tempo para dedicar ao estudo dentro do serviço onde atua. E essa foi uma questão apontada pela equipe do CAPSad, que se queixou em relação à escassez de tempo/disponibilidade para dedicar aos cursos ofertados na modalidade à distância. Sobre este aspecto, SILVA *et al* (2015) em uma revisão integrativa sobre os limites e possibilidades do ensino à distância na Educação Permanente em Saúde, ressaltam que, especialmente tratando-se de profissionais da saúde, não se pode deixar de considerar as dificuldades temporais para a realização das atividades propostas, tendo em vista o duplo ou triplo vínculo de trabalho comumente praticado por eles. GODOY *et al* (2004) destacam que não ter que deixar o seu local de trabalho ou participar do treinamento/curso dentro dos horários praticados pela instituição consiste um fator de motivação para que os profissionais utilizem e aprendam com o uso da tecnologia à distância. Essa possibilidade de utilizar o próprio horário de trabalho permitiria inclusive que os profissionais utilizassem esse tempo de forma coletiva, realizando atividades de ensino, estudos de caso e exercícios, podendo caracterizar-se como mais uma estratégia de Educação Permanente. Infelizmente, essa não é a realidade da equipe participante deste estudo, os quais necessitam investir um tempo extra para realizar as atividades, o que pode explicar algumas dificuldades mencionadas pelos profissionais para concluir os cursos iniciados.

5.1.2.4 Pós-Graduação Lato Sensu em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Outra ação formativa mencionada pela equipe foi a pós-graduação lato sensu em saúde mental e atenção psicossocial, com início em março de 2017. O curso de especialização foi organizado por uma instituição de educação do município a partir de uma demanda que surgiu dentro da própria equipe. Alguns profissionais do CAPSad se reuniram com representantes da instituição de ensino e o curso foi estruturado para atender essa demanda da equipe, a qual também coincidia com a

necessidades de outras instituições e profissionais da região, permitindo a abertura da turma. O curso tem como proposta formar recursos humanos a partir dos pressupostos da reforma psiquiátrica, com vistas à superação do modelo assistencial centrado na atenção hospitalar. Com carga horária total de 450 horas, tem duração de 18 meses, com aulas quinzenais aos fins de semana.

Vamos começar uma pós [graduação] em Saúde Mental, que vai ser uma oportunidade e um tempo a mais de aprendizado. Porque nós estaremos fora do nosso tempo de trabalho, nos doando de certa maneira, de 15 em 15 dias, para aprender algo diferente. Vai ser um momento de estarmos em contato com outras pessoas, com outras experiências, então acho que vai ser um suporte muito bom para a equipe, uma oportunidade de trazer e também levar conhecimento. (equipe)

Parte significativa da equipe está hoje cursando a especialização, no entanto, essa é uma iniciativa dos próprios profissionais, sem contar com alguma parceria ou investimento do município como incentivo. O estímulo foi a necessidade identificada pela própria equipe de buscar um aprofundamento teórico, com vistas a uma maior segurança e efetividade na realização das ações dentro do CAPSad:

Eu lembro muito de uma professora da faculdade que dizia “É necessário buscar fora, não dá para focar só no que vocês veem aqui dentro”. Foi isso que sentimos aqui, uma necessidade de buscar algo além... E eu acho que esse desejo que a gente está, de buscar mais conhecimento, ele refletiu na pós graduação que vamos iniciar. O intuito é ofertarmos um trabalho melhor, além de conhecer mais a área. Infelizmente nós não temos onde buscar isso hoje na prefeitura, até agora a gente não tem nenhuma contrapartida do município. Mas isso não nos impede de buscar e é aí que a gente percebe o quanto a equipe gosta de atuar na Saúde Mental, porque senão não iríamos investir. A gente está investindo em um curso, para poder estar ofertando um trabalho melhor. (equipe)

Observa-se que a equipe se mobiliza para suprir as lacunas de conhecimento advindas da formação deficitária em saúde mental, sendo a especialização uma estratégia para melhor prepará-los frente aos desafios que a prática no CAPSad impõe. Outra marca presente na fala dos profissionais é o comprometimento com o usuário, na medida em que se preocupam em ofertar um trabalho melhor, mais qualificado e que vá ao encontro das necessidades de saúde dos usuários do serviço. A equipe mostra-se disponível e motivada para investir na sua própria formação,

aberta a novas atitudes, soluções, ideias, conceitos e modificação de hábitos e comportamentos, com vistas a aperfeiçoarem cada vez mais suas práticas profissionais.

5.1.2.5 Percursos Formativos na RAPS: intercâmbios entre experiências

Os “Percursos Formativos na RAPS” foi uma estratégia inovadora desenvolvida pela Coordenação Nacional de Saúde Mental para educação permanente e intercâmbio entre trabalhadores nos territórios. O projeto foi lançado através de uma chamada pública em novembro de 2013, como proposta para viabilizar a implementação de um processo de qualificação abrangente e horizontalizado nas redes de atenção psicossocial (BRASIL, 2016).

Entende-se o Projeto Percursos Formativos como uma formação que possibilita tanto reflexões coletivas sobre os paradigmas em saúde mental como construções individuais que superam o paradigma asilar, sendo assim coparticipante na transformação das instituições. O projeto tem como potência trazer novos sentidos às equipes, que encontram no espaço do “encontro entre pares” à possibilidade para compartilhar angústias que vão desde problemas de estrutura do serviço a conflitos relativos ao funcionamento do grupo e reavaliação dos impasses no processo de trabalho. (ASSIS et al, 2016, p. 2654)

O projeto contou com apoio financeiro a municípios para o desenvolvimento de ações de educação permanente voltadas aos profissionais que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, participando dessa chamada RAPS de 21 estados das cinco regiões do Brasil. O projeto subdividiu-se em quatro ações distintas:

- Intercâmbio profissional entre redes de atenção psicossocial;
- Oficinas de integração do processo de trabalho em rede;
- Desenvolvimento de um plano de educação permanente;
- Articulação de saberes e experiências através da mediação de um profissional (engrenagens da educação permanente).

As linhas de ação norteadoras para as proposições formativas foram:

- Saúde Mental na Atenção Básica;
- Atenção à crise e urgência em saúde mental;
- Saúde Mental Infantojuvenil;

- Demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas;
- Desinstitucionalização;
- Reabilitação Psicossocial.

O intercâmbio entre experiências se estabeleceu a partir de módulos de formação com foco em uma das linhas de ação acima e constituídos por uma rede receptora e cinco redes visitantes. As redes receptoras foram selecionadas a partir das potencialidades evidenciadas para desenvolver propostas e estratégias de intercâmbio na RAPS do seu território, favorecendo a troca de experiências profissionais. As redes visitantes foram as que indicaram interesse em aprimorar e aprofundar as experiências e conhecimentos relativos a uma das linhas de ação e cujos profissionais participaram da experiência de intercâmbio de 160 horas na rede receptora de referência (BRASIL, 2016). Cada rede receptora recebeu 10 profissionais, de 5 redes visitantes diferentes, ao longo de 10 meses. Os profissionais das redes visitantes iam em duplas, permanecendo em imersão na rede receptora durante 30 dias, totalizando 160 horas de atividades, conforme explicitado na Figura 1:



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas/DAPES/SAS/MS
Figura 1: Organização dos Percursos Formativos na RAPS.

O município de Pouso Alegre foi selecionado como rede visitante, na linha de ação “Atenção à crise e urgência em saúde mental”, participando do intercâmbio 20 profissionais dos dois CAPS do município (CAPS II e CAPSad), além de alguns

profissionais da rede básica de saúde. A rede receptora foi a do município de Coronel Fabriciano – MG e através dessa experiência formativa, os profissionais de Pouso Alegre puderam ter contato com diferentes realidades de trabalho, convivendo com trabalhadores da RAPS de diferentes estados do país (Minas Gerais, Bahia, Piauí, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul).

Há 2 anos atrás a gente participou do intercâmbio através do Percurso Formativo, em que nós tivemos a oportunidade, alguns profissionais da equipe ad, inclusive do outro CAPS também, e foi uma experiência maravilhosa. (equipe)

Após os 10 meses de intercâmbio, cada uma das redes visitantes ofertou uma oficina de integração para trabalhadores, gestores e usuários em seu território, com a participação da rede receptora. Em Pouso Alegre as atividades da oficina de integração ocorreram durante uma semana, com carga horária de 40 horas, envolvendo diversos atores da RAPS, gestores do município e representantes do Ministério da Saúde. Aconteceram diversas ações em diferentes espaços formativos, onde os trabalhadores da rede puderam refletir sobre os problemas locais e possíveis estratégias de melhoria.

Após as oficinas de integração, a terceira etapa do projeto previa a elaboração de um plano de Educação Permanente para a RAPS de cada município participante, concatenado com o contexto de implantação e qualificação da RAPS e com as necessidades de formação da rede de saúde. Em Pouso Alegre foi realizado um planejamento pela gestão local, incluindo ações de formação como a Supervisão Clínica, visitas técnicas a instituições de referência e a realização alguns cursos de capacitação. Os profissionais deram algumas sugestões de ações para compor o plano e a gestora também contou com o auxílio de uma tutora do Ministério da Saúde para priorizar as ações. No entanto as ações em sua maioria não foram plenamente executadas, devido a entraves burocráticos do município:

Além do custeio do intercâmbio, o MS disponibilizou uma verba para ser utilizada com ações de Educação Permanente. Fizemos uma programação com diversas ações, mas, infelizmente, devido a esses atravessamentos políticos, esse ano foi bem complicado e não foi possível efetivar todo o projeto. Inclusive a supervisora clínica, que é um desejo há muito tempo da equipe, foi uma longa negociação, mas por causa do momento político, infelizmente foi inviabilizada a vinda da profissional... (gestora de Saúde Mental do município)

As “Engrenagens de Educação Permanente”, constituiu-se como mais um componente do projeto “Percurso Formativos na RAPS”, traduzindo-se em uma estratégia de ativação das redes com as seguintes finalidades:

- discussão e estudo de Projetos Terapêuticos Singulares – PTS;
- propostas de atuação dos pontos de atenção;
- articulações com o território e os processos de trabalho;
- fortalecimento do itinerário do usuário no território;
- fomento e apoio ao desenvolvimento e transferência de tecnologias inovadoras entre serviço-comunidade-usuário.

(BRASIL, 2016)

O componente Engrenagens de Educação Permanente foi planejado com o intuito de permitir a continuidade das ações nas redes que participaram do intercâmbio profissional, sendo selecionada a figura de um ativador de rede para conduzir as ações em cada município. O ativador de rede tinha como objetivo realizar rodas de educação permanente, estimulando processos reflexivos e de aprendizagem nas equipes. Para isso, contava com a tutoria de uma expertise na linha de ação do projeto, os qual mediava a discussão dos temas pertinentes aos territórios junto aos ativadores em reuniões presenciais mensais.

Depois do intercâmbio, nos questionamos “E agora? Como dar continuidade para não se perder tudo o que foi conquistado com o percurso formativo?” Então o MS lançou o projeto do ativador de rede, que é uma pessoa do município, para estar atuando junto com o MS, com a supervisão de um tutor, para desenvolver as ações de educação permanente. A proposta foi levantar as necessidades do município, discutir com ela e pensar em que ações a gente poderia poder fazer para atender essas demandas. (gestora de Saúde Mental do município).

Em relação às ações realizadas em Pouso Alegre e que envolveram a equipe do CAPSad, através do Engrenagens de Educação Permanente, a ativadora de rede relatou que um dos aspectos mais trabalhados na RAPS de Pouso Alegre foi concernente às internações compulsórias, as quais têm ocorrido ainda com uma frequência elevada, decorrentes de um processo cada vez maior de “judicialização da saúde mental”.

Focamos muito na questão das internações compulsórias e o que o município poderia fazer para reduzir essa prática. Esse tema acabou sendo a proposta do último fórum, onde discutimos a internação compulsória, junto com todos os outros setores, o judiciário, a defensoria pública, sendo uma ação também dentro da educação permanente. (gestora de Saúde Mental do município)

Outras ações também foram desenvolvidas junto às equipes do CAPS II e CAPSad, utilizando o espaço das reuniões semanais das equipes:

Realizamos algumas oficinas de estudo e no CAPSad, especificamente, foi feito também uma capacitação com a equipe nova, pois chegaram novos integrantes (4 técnicos de enfermagem, 1 psicólogo e 1 médico clínico) e nessas oficinas de capacitação falamos sobre o serviço, a reforma, as políticas de álcool e drogas, o que foi importante para os profissionais entenderem o contexto atual, como era antes e como está o cenário hoje, etc. (gestora de Saúde Mental do município)

Segundo Tonin, Barreiros, Barreiros (2016, n.p.) os Percursos Formativos revelaram-se uma estratégia efetiva para *“resgatar e divulgar história, valores, princípios fundamentais e a vida política da RAPS, criticar, corrigir e/ou validar tecnologias e estratégias desenvolvidas no decorrer da Reforma Psiquiátrica e estruturação da RAPS”*. O relato dos profissionais de Pouso Alegre que participaram da formação também foi muito positivo:

O Percurso Formativo foi um projeto muito ousado de Educação Permanente, algo totalmente novo e inusitado. Quando a proposta foi apresentada, a reação da maioria era: “isso não dá para fazer! 30 dias em outro município é muito difícil”, além do alto custo para financiar este projeto. Mas depois todos os municípios relataram que foi de uma grandeza! Realmente foi uma experiência fantástica, que desencadeou e potencializou muitos movimentos em prol da RAPS por todo o país e felizmente aqui também aqui em Pouso Alegre. (gestora de Saúde Mental do município)

Participar do intercâmbio nos ajudou a perceber que as dificuldades não são apenas nossas, elas estão em outros locais também... E aprender com o outro, vendo modos de trabalhar diferentes e que dão certo, nos deu um ânimo maior ao retornar para o nosso município e buscar rotas alternativas para lidar com os desafios que surgem. (equipe)

A partir do Percurso Formativo, muitas ações foram disparadas na equipe, como o início do matriciamento e a realização das rodas de conversa, que posteriormente se transformaram nos fóruns. (equipe)

Foi muito rica essa troca de experiências, de ver como cada região do Brasil está lidando com a saúde mental, foi muito importante. Eu vejo que a partir do intercâmbio, a impressão que eu tenho, é que a saúde mental do município começou a movimentar mais, começou a aparecer mais, a ter uma cara, uma identidade, se apropriando mais dos espaços. (gestora de Saúde Mental do município)

O projeto “Percurso Formativos na RAPS”, frente ao desafio urgente e necessário de qualificação de profissionais para o trabalho dentro das diretrizes da atenção psicossocial no SUS, mostrou-se então como uma estratégia eficaz para mediação, discussão e problematização do trabalho, a partir da reflexão sobre o cotidiano das equipes no território, assim como a sua articulação com a gestão e com a Política em Saúde Mental. Observou-se que embora tenha sido uma estratégia pontual, que ocorreu apenas uma vez e com um número relativamente restrito de profissionais (20 trabalhadores de toda a RAPS do município, sendo 8 do CAPSad), o Percurso Formativo teve uma potência muito grande, repercutindo também nos profissionais que não participaram diretamente do processo, além de possibilitar transformações na rede e o surgimento de novas ações formativas como o matriciamento e as rodas de conversas/fóruns intersetoriais.

Embora no transcorrer do projeto algumas dificuldades tenham surgido e algumas etapas não tenham sido executadas de forma plena no município, a partir das falas dos profissionais e gestores participantes do estudo, foi possível perceber que o Percurso Formativo contribuiu para uma maior consciência da equipe do CAPSad sobre a importância dos espaços de reflexão e aprendizado, valorizando-se as experiências e o saber partilhado entre pares. Além disso, permitiu a ampliação da percepção dos profissionais em relação às necessidades do território, provocando-os à novas ações e conquistas de novos espaços, potencializando as ações de Educação Permanente na rede local.

5.1.2.5 Fóruns Intersetoriais

Os fóruns intersetoriais constituem-se em uma estratégia de formação que surgiu a partir das inquietações provocadas na equipe a partir da experiência no Percorso Formativo, no ano de 2013. A rede receptora, de Coronel Fabriciano – MG, tinha os fóruns como espaços instituídos e que traziam bons resultados. O contato da equipe do CAPSad com essa experiência, somado à necessidade já existente de partilha das questões envolvidas na assistência aos usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, inspirou os profissionais a criarem o espaço dos fóruns no município. A iniciativa, inicialmente intitulada como “Rodas de Conversa” teve como objetivo ampliar a participação dos outros dispositivos da RAPS, assim como outros setores envolvidos, nas discussões relevantes para o avanço das políticas em saúde mental no município.

Vejo os fóruns, que nós começamos a organizar, como uma forma muito proveitosa de Educação Permanente. (equipe)

Os fóruns são um espaço muito rico de troca de experiências, de trocas de saberes, enfim, de discussão, de discussão dos casos. Ali a gente vai discutir os temas, o que que aparece de mais urgente, mais importante ou que está demandando mais do serviço, é uma ferramenta muito útil que a gente pode utilizar, envolvendo toda a rede. (equipe)

Nós tivemos a iniciativa dos fóruns, justamente para levar as discussões para mais gente, pois os profissionais da equipe já estavam cansados de conversar sozinhos. Então aí a gente tentou através dessas rodas de conversa, chamar mais gente de outros setores. Para não ficarmos sufocados com tanta coisa, a gente começou a estudar algumas questões e a levar esse estudo também para fora do CAPSad. (equipe)

Através das falas, é possível observar que a equipe reconhece o fórum como um espaço legítimo de Educação Permanente, possibilitando o aprofundamento de questões importantes para o serviço, ao mesmo tempo que torna possível o envolvimento de mais atores e dispositivos da rede na busca de soluções para os problemas enfrentados.

É preciso entender que a questão do álcool e drogas é uma questão multifatorial, ela tem que ser trabalhada em rede, ela não pode ser exclusiva do CAPSad, ela não pode ser exclusiva da saúde. Então eu

acho que os fóruns contribuem muito com essa essa visão, da clínica ampliada, da intersectorialidade, e eu vejo que o CAPSad tem caminhado muito nesse sentido... (gestora de Saúde Mental do município).

Tratando-se de uma perspectiva de saúde integral, como é a proposta da atenção psicossocial e partindo do pressuposto que

[...]o processo de trabalho em saúde mental está pautado em uma concepção ampliada de saúde com base no SUS, implicada numa relação com o contexto econômico, social e cultural do país; ou seja, abrangendo situações de moradia, saneamento, renda, alimentação, educação, acesso ao lazer e bens. (SCHEFFER, SILVA, 2014, p.367),

não há como desconsiderar o caráter intersectorial das ações nesse contexto. Os fóruns surgem então como uma estratégia formativa para auxiliar a equipe nesse sentido, ampliando as discussões e reflexões, fortalecendo as redes e estabelecendo parcerias, com vistas à integralidade do usuário e a superação da lógica histórica da fragmentação das políticas públicas no enfrentamento das questões de saúde (SEVERO, DIMENSTEIN, 2011).

5.1.2.6 Matriciamento (Apoio Matricial)

O Apoio Matricial, também chamado de matriciamento, é um modo compartilhado de realizar a atenção em saúde com vistas à integralidade e à resolubilidade da atenção, por meio do trabalho interdisciplinar. Esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, no processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira (BRASIL, 2004; CHIAVERINI et al, 2011). O apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos (1999), tem contribuído na estruturação de um modo de cuidado colaborativo, aproximando dispositivos e serviços, com vistas à integralidade e à resolubilidade da atenção em saúde mental.

A equipe do CAPSad reconhece o matriciamento como mais uma das estratégias possíveis de Educação Permanente:

O matriciamento, iniciado através do Percurso, também é uma estratégia de formação muito válida. (equipe)

A equipe relata estar se apropriando desta estratégia na rotina do serviço e que a mesma tem sido fortalecida desde a experiência do Percurso Formativo em 2013. Uma das ações de matriciamento realizada ocorre nas reuniões de equipe, em que mensalmente dedicam uma das terças feiras para receber as referências técnicas dos municípios atendidos pelo CAPSad, e outra terça feira para receber profissionais dos outros dispositivos da rede de atenção para discutir casos em comum, que necessitam de uma abordagem compartilhada. Nesses momentos são discutidos casos clínicos mais urgentes, assim como propostas mais eficazes de intervenção. Os profissionais também se dirigem aos outros serviços sempre que necessário para reuniões com esta finalidade. Já as reuniões de matriciamento com a rede básica também têm acontecido mensalmente, e são organizadas em conjunto com o CAPSII do município. As reuniões ocorrem em um auditório da Superintendência Regional de Saúde e os profissionais da rede básica são convidados a participar e levarem dúvidas e casos relacionados à saúde mental. A reunião e a discussão dos casos são conduzidas por profissionais do CAPSad e CAPSII. O matriciamento ainda não ocorre nos territórios, devido à dificuldade de os serviços disponibilizarem um número maior de profissionais para este fim.

5.1.2.7 Meios de comunicação virtual e Redes Sociais

As tecnologias de informação e comunicação, em especial os softwares colaborativos disponibilizados por meio da internet, integram a rotina de uma maioria crescente das pessoas na atualidade, oferecendo recursos e possibilidades no âmbito da educação, possibilitando novos caminhos que para complementar o ensino formal, ampliando a interatividade e a flexibilidade de tempo nos processos educativos (JULIANI et al, 2012; CAPOBIANCO, 2010). No contexto da saúde também se observa o crescimento do uso de novas tecnologias de informação e comunicação, especialmente nas últimas décadas. As mídias sociais têm possibilitado a dinamização do fluxo de dados e informações, assim como ampliado espaços de produção de conhecimento e canais de comunicação para acesso aos serviços de saúde (PINTO, ROCHA, 2016).

As mídias sociais apresentam-se então como meios convenientes de comunicação através dos quais as pessoas criam, compartilham e trocam informações e ideias em comunidades e redes baseadas na Internet em todo o mundo, sendo o seu uso crescente também no contexto da saúde. A popularidade dos sites de mídia social pode ser explicada pela facilidade com que os usuários podem gerar conteúdo e instantaneamente tornar esse conteúdo amplamente disponível e acessível (AL MAMUN, IBRAHIM, TURIN, 2015), podendo ser uma ferramenta útil para incremento dos processos formativos e de Educação Permanente.

A equipe do CAPSad reconhece o uso do email e mais frequentemente das redes sociais (WhatsApp e Facebook) como uma estratégia formativa que integra a rotina dos profissionais:

A gente usa muito o meio de comunicação virtual também. Acho que o compartilhamento de informações é algo que acrescenta muito. (equipe)

A gente compartilha muito texto, a gente sempre disponibiliza no nosso grupo de WhatsApp. O pessoal geralmente vem com alguma informação nova, se tem algum simpósio se tem a algum curso, se tem alguma publicação interessante, a gente acaba compartilhando isso até por email também, além do WhatsApp e da página do CAPSad no Facebook. (equipe)

O uso das mídias sociais ocorre de maneira livre e não estruturada, no entanto não deve deixar de ser considerada como mais um recurso que contribui para a Educação Permanente da equipe do CAPSad. Considerando a abrangência, acessibilidade, comodidade e flexibilidade deste recurso, cabe destacar a importância de que estes meios sejam alvo de mais estudos e pesquisas, com vistas a potencialização dos benefícios da Educação Permanente nesse contexto, explorando-se novas possibilidades das redes sociais enquanto espaço formativo.

5.1.2.8 Reunião Clínica-administrativa semanal

A reunião de equipe, prática comumente observada nos CAPSs, constitui-se como instância de comunicação e discussão institucional, manifestando-se como espaço formal de coordenação do trabalho, por sua regularidade e também por possibilitar o consórcio de todos os profissionais e promover pactuações e arranjos

organizacionais que pautam a realização das atividades no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial. Além disso, a reunião também contribui para difusão da reforma psiquiátrica, colocando-se como um *locus* privilegiado para o compartilhamento dos ideais que pautam a atenção psicossocial, reduzindo as dissonâncias entre as disciplinas e aglutinando os profissionais em torno de um mesmo eixo de cuidado (VASCONCELOS, 2010). Segundo Anjos Filho e Souza (2017), a reunião de equipe constitui-se também como elemento facilitador do trabalho interdisciplinar, mostrando-se um dispositivo potente para propiciar uma maior integração e interação entre os profissionais, possibilitar melhor discussão dos casos atendidos, operar o planejamento e elaboração dos Projetos Terapêuticos Individuais (PTI) e permitir que sejam abordadas as questões administrativas do serviço

A equipe do CAPSad também reconhece a reunião clínica-administrativa como um espaço de aprendizado, elaboração e produção de conhecimento:

A reunião, para mim, também seria uma forma de educação continuada. (equipe)

Silva e Costa (2008) destacam que as reuniões para discussão de casos e práticas do serviço, contribuem para o sentimento de apoio e realização com o trabalho, constituindo-se um instrumento de conquista importante para o espaço do trabalhador. E, partindo do pressuposto que o trabalho em equipe é uma das bases essenciais da proposta do CAPS, reunir-se é uma ação necessária e estratégica, possibilitando o pensamento e a tomada de decisões em conjunto pelos profissionais, a partir das prioridades locais e recursos disponíveis.

No CAPSad este espaço é instituído desde o início do serviço, e todas as terças feiras, das 08:00 às 12:00 horas, os profissionais têm uma agenda reservada para a reunião da equipe. O serviço permanece aberto, porém nenhuma atividade é programada para o período, sendo atendidas apenas as situações de urgência/emergência. Toda a equipe participa das reuniões, sendo adequado os horários de trabalho de cada profissional de forma a viabilizar a presença maciça da equipe. Cabe destacar que essa organização também evidencia a importância do momento das reuniões no serviço.

A equipe reconhece o espaço protegido para o encontro semanal da equipe como conquista:

É um ganho a gente ter a reunião, já é uma conquista, a gente nunca abriu mão disso, isso é um ponto positivo. Desde o início do serviço, este espaço é valorizado e respeitado. (equipe)

A reunião tem dupla finalidade, discutir as questões administrativas do serviço, assim como as questões clínicas, através da discussão de casos. No entanto, a equipe pontua que a reunião ainda é subutilizada enquanto estratégia de formação e de Educação Permanente, devido aos atravessamentos que se colocam no seu desenrolar. Afirmam que são muitas demandas para um tempo restrito de discussão, as quais muitas vezes não são aprofundadas, sem espaço suficiente para a reflexão e aprendizado coletivo:

Acontece que tem tantas questões administrativas, tanto caso, tanta coisa pra falar que fica difícil aprofundar. A gente tem que apagar muito incêndio aqui. (equipe)

O tempo fica limitado, fica difícil aprofundarmos nas questões clínicas. O espaço é importante, o tempo é que é curto para tantas demandas. (equipe)

É o único momento que a equipe consegue que todos estejam juntos e sempre com muitas urgências a resolver, então a gente fica realmente com esse tempo prejudicado no que se refere à formação. (equipe)

A cada semana a gente se organiza para priorizar alguma coisa, mas às vezes naquela terça que se programou de fazer tal coisa, não deu tempo nem de terminar o que se propôs na terça anterior, é muito corrido. (equipe)

Alguns profissionais chegam a defender que o momento da reunião não seria o espaço ideal para a Educação Permanente, entendendo que a reunião se destina à resolução de aspectos mais burocráticos, relacionados às necessidades mais emergenciais do serviço:

São tantas demandas que a gente precisa desse espaço da reunião como um espaço de vazão, de compartilhamento para não trabalhar sozinho. Se coloca a Educação Permanente como parte disso, a gente não foca nem na necessidade da reunião em si, nem na educação permanente, o que gera angústia. Eu acho que este espaço, ele é também de aprendizagem, mas uma questão mais prática. A reunião tem um aspecto muito prático, deliberativo, de ação, de intervenção e,

ao meu ver, não é um momento que as pessoas estão inteiras para estudar, porque você tem outras questões do serviço. (equipe)

Silva, Knobloch (2016) ressaltam sobre a importância de que as reuniões sejam institucionalizadas, mas com o cuidado para que não se estabeleça um espaço meramente formal. Para que se configurem em espaços potentes de formação e aprendizado, as reuniões precisam ser dinâmicas, reflexivas, formadoras e deliberativas. Talvez a angústia apontada por alguns profissionais da equipe, que durante a reunião mostram-se divididos entre as necessidades administrativas e as necessidades de formação, ocorra devido a não priorização de um tempo exclusivo da reunião, dedicado a ações educativas e de Educação Permanente. E nesse ponto, voltamos à questão conceitual da equipe sobre a Educação Permanente: será que o tempo para a discussão e reflexão é realmente exíguo, predominando-se um caráter mais formal e burocrático nas reuniões, ou a equipe não reconhece o caráter formativo das discussões e elaborações coletivas que ocorrem naturalmente neste espaço?

Mais adiante parte da equipe pontua sobre esse aprendizado não formal que ocorre durante as reuniões. Alguns profissionais afirmam que mesmo que as reuniões acabem tendo uma ênfase maior às questões da rotina do serviço, o aprendizado acontece. No entanto, ainda assim a reunião deixa a desejar em relação às necessidades e às expectativas formativas da equipe:

A gente acaba aprendendo alguma coisa uns com os outros, justamente por ter essa oportunidade onde todo mundo fala e contribui com alguma coisa, mas não que seja o ideal. (equipe)

A gente acaba usando [a reunião] como espaço de Educação Permanente porque a gente não tem outro espaço. (equipe)

A gestão também reconhece a reunião de equipe como um espaço formativo, embora ainda seja pouco explorado nesse sentido:

Eu entendo as reuniões como um espaço de Educação Permanente da equipe, mas eu vejo que ainda é necessário aprofundar um pouco mais na formação, nos estudos. É um momento que a equipe está toda reunida, a gente tem dificuldade de reunir todo mundo em um período só, então eu acho que tínhamos que investir e aproveitar para estudar um pouco mais. Isso fortaleceria mais as práticas. Mas acho que a equipe fica muito voltada para apagar os incêndios e não valoriza muito esse espaço enquanto espaço de formação. (gestora de Saúde Mental do município)

Desde que eu entrei para a coordenação, eu faço uma proposta para as equipes, de ter um momento específico de estudo na reunião clínica, de 'vamos estudar, vamos pegar o referencial teórico', mas eu sempre senti difícil dar continuidade. Eu não sei se a demanda do serviço é muito grande e aí chega na hora da reunião, está todo mundo querendo falar e muitos incêndios para apagar, mas eu sempre senti muita dificuldade da equipe se apropriar desse momento da reunião como um momento de estudar, de discutir um caso a fundo, e aprofundar nas questões. Então eu me sinto um pouco frustrada porque eu acho que eu nunca consegui isso. (gestora de Saúde Mental do município)

Os relatos da gestão apontam certa resistência em relação ao estudo formal, à leitura e ao acesso a novos conteúdos. Diante das dificuldades de se desenvolver ações com ênfase na formação no momento da reunião, foi mencionada inclusive a possibilidade que a EP tenha momentos distintos e exclusivos para tal, fora da reunião de equipe:

A gente precisa ter esse momento reservado para a EP, que não seja a reunião de equipe. (equipe)

Questiona-se aqui se a dificuldade quanto à apropriação da reunião como um momento de estudo e aprofundamento teórico seria apenas uma questão relativa à disponibilidade de tempo. Haveria uma forma de organizar este estudo formal, de modo a envolver toda a equipe? Como tornar esse momento de estudo em algo vivo? Ao considerarmos que *“os conhecimentos e competências vão se transformando rapidamente, torna-se essencial pensar em uma metodologia para uma prática de educação libertadora, na formação de um profissional ativo e apto a aprender a aprender (MITRE, et al, 2008, p. 2135).* Mas como isso se desdobra na prática cotidiana dos serviços de saúde? Como superar as resistências?

Alves (2003) afirma que a atividade desenvolvida com o propósito de ensinar deve ser apreciada por todos aqueles que dela participam. Mas como criar uma cultura em que o aprender a aprender seja algo estimulante e apreciado por toda a equipe? Talvez se faça necessário rever as estratégias e métodos adotados para conduzir estes estudos, uma vez que para alcançar a dialética da ação-reflexão-ação é importante lançar mão de práticas inovadoras e métodos ativos, além de conteúdos que estejam conectados com as demandas dos profissionais, de forma que eles não

se sintam apenas como recebedores das ações formativas, mas como protagonistas nesse processo.

Mitre e colaboradores (2008) nos apontam alguns princípios para enfrentar possíveis resistências e conflitos:

A proposta de uma prática pedagógica inovadora é um ponto de partida para o desconhecido, representando, muitas vezes, uma ameaça ao posto conquistado. O desconhecido abre, porém, novos horizontes e possibilidades de transformação. A participação coletiva e democrática é fundamental na implantação de qualquer mudança, já que todos os sujeitos estão interligados em uma rede. A discussão em torno da transformação é a pedra filosofal do processo. A reflexão coletiva, o diálogo, o reconhecimento do contexto e de novas perspectivas são a base para a reconstrução de novos caminhos, na busca pela integralidade entre corpo e mente, teoria e prática, ensino e aprendizagem, razão e emoção, ciência e fé, competência e amorosidade. Somente por meio de uma prática reflexiva, crítica e comprometida pode-se promover a autonomia, a liberdade, o diálogo e o enfrentamento de resistências e de conflitos. (MITRE et al, 2008, p. 2141).

Em um estudo conduzido por Anjos Filho e Souza (2017), os profissionais também apontam que embora a reunião de equipe tenha um papel fundamental no contexto do CAPS, vários problemas acabam por reduzir sua potência enquanto espaço de diálogo e reflexão:

- descumprimento do que é acordado na reunião;
- tempo insuficiente para tratar de todos os assuntos necessários;
- discussão pouco aprofundada dos casos, sem utilização de textos para dar embasamento ao que é debatido;
- a falta de discussão de todos os casos acompanhados pela equipe, sendo abordados, geralmente, aqueles casos que exigem uma ação emergencial de toda a equipe;
- dificuldade para concluir todos os assuntos iniciados.

Grande parte dos problemas identificados por Anjos Filho e Souza (2017) também são comuns à equipe do CAPSad, especialmente o tempo exíguo, que segundo os profissionais dificulta contemplar todas as pautas e necessidades, assim como o aprofundamento das discussões de caso. No entanto, a equipe ressalta que têm conseguido avançar em termos da organização da reunião, e que há um

movimento contínuo dos profissionais em prol da melhoria do uso desse espaço enquanto espaço de formação:

Apesar das dificuldades em relação à reunião, vemos que já conseguimos otimizar e dinamizar. Se formos olhar as atas iniciais, a gente abria um tema, abria outro, abria outro, abríamos várias janelas, era muito desgastante e nada se concluía. A gente tem aprendido, aos poucos, a como conduzir essas reuniões. O nosso sonho é ter tempo suficiente para discutir cada caso, é ter tempo suficiente para aprender fora e trazer esse conhecimento para dentro das discussões nas reuniões clínicas, e conduzir cada vez melhor as nossas ações. (equipe)

Desde o início do serviço a equipe experimentou diferentes formas de conduzir e realizar as reuniões semanais. Na tentativa de otimizar o uso desse espaço, frente às inúmeras demandas que se colocam para serem discutidas a cada encontro, os profissionais do CAPSad criaram um modo próprio de organizar as reuniões, dividindo algumas ações específicas e/ou pautas para cada semana do mês, conforme Quadro 6 a seguir:

Reunião	Ações
1ª Terça feira do mês	Momento 1: Reunião Administrativa Momento 2: Reunião com Referências Técnicas dos municípios de abrangência do CAPSad. Discussão de casos clínicos. Momento 3: Reunião Clínica
2ª Terça feira do mês	Momento 1: Reunião Administrativa Momento 2: Projeto Ativamente – ação de cuidado com a saúde dos profissionais, desenvolvida pelos próprios trabalhadores, através de diferentes estratégias. Momento 3: Estudo dirigido sobre alguma temática, selecionada previamente pela equipe ou gestora e/ou apresentações pelos profissionais sobre os diferentes projetos e oficinas que são desenvolvidos no serviço.
3ª Terça feira do mês	Momento 1: Reunião Administrativa

	<p>Momento 2: Reunião de Rede (discussão de casos clínicos com profissionais de diferentes dispositivos/serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)).</p> <p>Momento 3: Reunião Clínica</p>
4ª Terça feira do mês	<p>Momento 1: Reunião Administrativa</p> <p>Momento 2: Reunião para discussão dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) dos usuários dos serviços.</p> <p>Momento 3: Reunião Clínica</p>

Fonte: própria autora.

Quadro 6: Planejamento das Reuniões Clínico-Administrativas do CAPSad.

O planejamento não é rígido, podendo ser revisto de modo a acrescentar ou substituir atividades conforme as necessidades e prioridades do serviço. As reuniões nunca são iguais umas às outras e podem ser inventadas de diferentes formas a partir das bagagens dos diferentes profissionais que a compõem, em um processo vivo. Alguns desafios que se colocam constantemente aos profissionais são: como explorar e organizar as reuniões de forma a propiciar o diálogo e trocas interdisciplinares? Como evitar que o espaço formativo na reunião seja sobrepujado pelas demandas imediatas do serviço? Como potencializar o papel da reunião como disparadora de reflexões e críticas sistemáticas sobre o processo de trabalho, permitindo recomposições e transformações de práticas? Como estabelecer as reuniões de equipe como um espaço legítimo de formação, aprendizado e Educação Permanente?

5.1.3 O papel do desejo na busca pela formação

Medeiros (2011) afirma que o desejo de aprender relaciona-se à necessidade humana de autonomia, pertencimento e à participação social organizada, que são fontes de promoção da saúde dos profissionais. No contato com a equipe do CAPSad e através da análise das suas falas no grupo focal, o desejo revelou-se como um elemento indissociável dos processos formativos e de Educação Permanente. Observou-se que o interesse e afinidade pela área da saúde mental, o desejo e

motivação pessoal dos trabalhadores são fatores importantes para impulsionar os processos educativos e a busca por conhecimento no dia a dia do trabalho no CAPSad.

Guattari e Rolnik (1986, p.215-216) trazem uma definição de desejo, a qual apresenta grande afinidade com a tônica da Educação Permanente abordada neste estudo:

Desejo é sempre um modo de produção de algo, desejo é sempre um modo de construção de algo... O desejo permeia o campo social, tanto em práticas imediatas quanto em projetos muito ambiciosos. Por não querer me atraparalhar com definições complicadas, eu proporia denominar desejo a todas as formas de vontade de viver, de vontade de criar, de vontade de amar, de vontade de inventar uma outra sociedade, outra percepção do mundo, outros sistemas de valores.

Se compreendemos a Educação Permanente como uma estratégia potencial para a transformação das práticas de cuidado em saúde, não há como desvincularmos sua prática do desejo, que como citado acima, é condição para a produção e a criação de novas formas, percepções e cenários.

Nessa perspectiva, Almeida (1993, p.31) também contribui com essa discussão, ao teorizar sobre a vinculação da afetividade e do desejo nos processos de aprendizagem, em contraponto à visão da pedagogia tradicional, que baseada no racionalismo, relaciona a aprendizagem como um processo exclusivamente consciente e produto da inteligência:

Consideramos que a afetividade, que se expressa na relação vincular entre aquele que ensina e aquele que aprende, constitui elemento inseparável e irreduzível das estruturas da inteligência. Acreditamos, ainda, que na transmissão e apropriação do conhecimento, que ocorre numa relação sujeito a sujeito, intervêm processos conscientes e inconscientes dos pares em relação. Não há ato de ensinar-aprender sem a mediação concreta de sujeitos humanos, não havendo, portanto, relação ensino-aprendizagem sem que haja atuação indissociável entre inteligência, afetividade e desejo.

Em vários momentos, ao discorrer sobre as condições que favorecem a Educação Permanente no serviço ou sobre os desafios e entraves que a prejudicam no cotidiano dos profissionais, a equipe mencionou o desejo, a implicação e o interesse como elementos decisivos para que os processos formativos ocorram:

Com a saúde mental, posso falar que sou apaixonada, eu fui picada pela saúde mental. Isso com certeza me motiva a buscar e a aprender mais a cada dia. (equipe)

Esse desejo pessoal pelo aprendizado é muito importante. A busca pela formação varia para cada um, depende muito da demanda e da disponibilidade individual de cada pessoa para aprender. (equipe)

Acho que existem várias iniciativas. Mas vai de cada um, cada um vai buscando individualmente. (equipe)

Esse desejo que a gente tem, de buscar mais conhecimento, reflete o quanto a equipe gosta de atuar na saúde mental, porque senão não iríamos investir na nossa formação. (equipe)

Ressalta-se aqui que a maior parte das falas remete a um movimento libidinal individual, o qual ocorre de forma heterogênea entre os profissionais. A visão da gestão também confirma essa percepção de que a busca pela formação e aprendizado não ocorre da mesma forma no interior da equipe, uma vez que depende do envolvimento e desejo individual de cada trabalhador:

Eu acho que no geral a equipe demanda e busca o conhecimento de forma ativa, eu vejo que isso dá uma segurança para a equipe, respalda o trabalho. Mas o que eu tenho percebido, é que depende muito também da pessoa, depende muito do profissional, é de cada um... Tem gente que tem mais dificuldade, mais resistências, tem gente que demanda mais, que tem mais vontade mesmo de buscar. (gestora de Saúde Mental do município)

A Educação Permanente é um processo que perpassa por sujeitos, que por sua vez podem ter um maior ou menor desejo, abertura ou disposição interna para investir na formação pessoal, assim como em contribuir com a formação coletiva em serviço. Algumas questões que surgem aqui: Como “contagiar” toda a equipe nesse movimento de busca pela formação? Como tornar os desejos individuais em desejo coletivo? Quais ações seriam mais estratégicas para possibilitar experiências de aprendizagem significativas que mobilizem toda equipe?

A aprendizagem que perpassa a auto iniciativa, alcançando as dimensões afetivas e intelectuais, torna-se mais duradoura e sólida (ROGERS, 1986). Não há, portanto, como desconsiderar o envolvimento, o desejo e o interesse pessoal como aspectos fundamentais para que as experiências formativas ocorram e produzam transformações no cotidiano do trabalho. Vários elementos, como um modelo de

gestão favorável, espaços e tempos que propiciem o aprendizado e a reflexão crítica, recursos materiais, dentre outros, mostram-se importantes para que os processos formativos se efetivem, mas sem o engajamento, sem a afetividade e o desejo dos profissionais, que são os protagonistas da Educação Permanente, todo o processo poder ficar comprometido.

5.1.4 Desafios e entraves à Educação Permanente

Embora seja evidente o desejo da equipe pela busca pelo conhecimento e formação coletiva, além do reconhecimento dessa busca como algo importante e necessário pelos profissionais, algumas barreiras, dentre elas algumas mencionadas acima, colocam-se como empecilhos aos processos de Educação Permanente no dia-a-dia do CAPSad, os quais serão discutidos a seguir.

5.1.4.1 Falta de conscientização sobre a real importância da EP

Os profissionais apontam que a Educação Permanente ainda não ocupa o espaço que deveria no serviço, devido a uma má compreensão do seu valor e potência enquanto dispositivo facilitador do trabalho em saúde e de transformação das práticas, o que acaba por prejudicar a incorporação efetiva dessa estratégia no cotidiano do trabalho:

Não vejo ainda uma consciência das pessoas da necessidade da Educação Permanente, como algo indispensável ao nosso trabalho. (equipe)

Falta conscientização mesmo, pessoal, de cada um, porque a formação tem que acontecer. Nós, profissionais de saúde, precisamos valorizar mais essa ferramenta. Nos serviços que eu já passei, e acredito que até aqui, existe a Educação Continuada porque tem que ter, porque algum órgão superior exige que tenha, entendeu? Mas eu ainda não passei num serviço que tivesse educação permanente e que todos tivessem a consciência de que aquilo é necessário e os trabalhadores se apropriassem disso de verdade. (equipe)

Realmente a Educação Permanente, para a gente, ela não tem o valor que ela deveria ter. A atividade de Educação Continuada acaba virando uma sobrecarga, pois não é valorizada como deveria ser. Infelizmente, não é só aqui, eu já trabalhei em muitos lugares, mas é

isso, não valorizamos e muitas vezes a Educação Permanente acaba pegando carona em alguma coisa. (equipe)

Os profissionais afirmam que muitas vezes a Educação Permanente (ou seria nesse caso Educação Continuada?) não é uma ação que parte do interior da equipe e que acaba sendo vista como uma sobrecarga, tornando-se mais uma atividade dentre as tantas que os profissionais têm que executar, em um tempo exíguo na rotina de trabalho. Parece-nos aqui, entretanto, que ao relatarem estes desconfortos os profissionais remetem-se mais às ações típicas da Educação Continuada - a qual preza pela aquisição de competências individuais através a realização de cursos e capacitações específicas -, do que às ações de Educação Permanente - que têm como objetivo a problematização do trabalho para transformação da realidade. A compreensão inadequada da Educação Permanente pode ser refletida inclusive na alternância presente nas falas dos profissionais citadas acima, que ora nomeiam E.P, ora nomeiam a E.C, remetendo-se aos mesmos como processos similares. De qualquer modo, os profissionais apontam a necessidade de uma ampliação da compreensão acerca da importância dos espaços formativos e de Educação Permanente entre a equipe, com vistas à maior apropriação e potencialização desses espaços, não como mais uma atividade ou tarefa a ser cumprida, mas como instrumentos de transformação do trabalho e da produção de cuidado.

Os profissionais também relatam a mesma percepção em relação à gestão municipal, que segundo a equipe também não possui uma compreensão adequada da Educação Permanente, o que acarreta uma não priorização das atividades formativas como algo crucial, além de dificultar a sua capilaridade no serviço:

Eu acho que a questão dos gestores, eles não têm essa visão a longo prazo, então investir em EP [Educação Permanente] acaba sendo um investimento que não é tão viabilizado. É preferível eu apontar coisas pontuais e que deem um “retorno” mais rápido do que uma questão a longo prazo, processual, como a Educação Permanente. (equipe)

De forma convergente ao apontado pela equipe, Ceccim (2005, p.163) reitera que um dos entraves à melhoria e ampliação da capacidade resolutiva dos serviços de saúde é a dificuldade de compreensão por parte da gestão, que insiste em tratar a formação como atividade secundária e não como atividade finalística da política setorial:

Parece-nos impostergável assegurar à área da formação, então, não mais um lugar secundário ou de retaguarda, mas um lugar central, finalístico, às políticas de saúde. A introdução desta abordagem retiraria os trabalhadores da condição de “recursos” para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde.

Essa visão restrita do papel da formação em serviço pela alta gestão, inviabiliza ou dificulta o estabelecimento de prioridades e o direcionamento de verbas para as ações de Educação Permanente, o que também foi apontado pela equipe, que relata sentir falta de maior investimento e apoio por parte do município nesse sentido:

Seria muito bom se eles investissem no profissional que quer se formar, que quer se habilitar, mas parece que não enxergam que isso irá possibilitar um serviço mais resolutivo e até uma possível redução de gastos no futuro. Isso poderia entrar como parte da carga horária, ou com algum incentivo financeiro, mas a gente não tem nada disso. A gente tem lá o curso disponível, quem quiser que vai lá, se organiza, investe seu próprio salário - que já é baixo, e aí volta a questão pessoal de novo. (equipe)

Essa participação nos fóruns, em eventos, estar conhecendo novas ideias, maneiras de trabalhar novas, visitar outros serviços que sirvam de referência, é muito importante e muitas vezes não vamos por falta de meios, de recursos financeiros para ir, né. (equipe)

O que acontece é uma iniciativa das pessoas, dos próprios profissionais. Porque nós não temos onde buscar isso hoje na prefeitura, a gente não tem nenhuma contrapartida do município. Estamos investindo em uma pós-graduação, seria muito bom se o município nos ajudasse, se houvesse algum convênio, algum recurso, pois fica difícil sem contrapartida. (equipe)

Cabe destacar aqui que a queixa dos profissionais se atém à alta gestão do município, no caso à prefeitura, que na percepção da equipe não oferece maiores subsídios para a prática da Educação Permanente nos serviços de Saúde Mental. Quanto ao coordenador do CAPSad e à gestora de Saúde Mental, que estão mais próximos à realidade do serviço, estes demonstram interesse e envolvimento com as propostas, embora também sintam dificuldades e limitações para a execução das ações, por ser algo ainda não priorizado na política pública do município:

Para mim, nesse trabalho da Educação Permanente, o que dificultou mais foi a questão burocrática do município. Não sei também se é uma falta de entendimento também da importância. Eu tenho tentado sensibilizar, mas ainda temos muito pra avançar. Falta dar prioridade para isso, falta às vezes boa vontade também, porque fica parecendo que é tudo tão difícil. (Gestora de Saúde Mental do município)

Na coordenação vejo meu papel como um facilitador mesmo, tanto de incentivar, de divulgar, de verificar meios possíveis de realizar as ações, apesar das dificuldades que a gente tem. É não deixar esfriar isso na equipe, trazendo sempre a questão da formação como algo importante. É fazer o possível para que essas ações aconteçam, embora a gente saiba que é tudo muito complicado, serviço público é muito burocrático, então eu acho que meu desafio enquanto coordenador é trabalhar como um facilitador de propostas, minimizando as dificuldades existentes em relação à Educação Permanente. (Coordenador do CAPSad)

Silva e Knobloch (2016) destacam a importância do investimento e o empenho da gestão local, a qual deve funcionar como um fio condutor, mesmo que organizativo, para propiciar os momentos formativos e de Educação Permanente, *“o que diz a favor de um dever de um modelo de gestão favorável à formação coletiva em serviço.”* (SILVA, KNOBLOCH, 2016, p.328). Nas entrevistas com os gestores, observou-se esse engajamento dos dois profissionais para propiciar e facilitar os processos formativos na equipe.

A equipe mostra-se disposta e os gestores locais apoiam e incentivam a formação em serviço. No entanto, observa-se um distanciamento da política pública e alta gestão, que não investe ou prioriza as ações formativas. Cabe aqui uma discussão acerca desse cenário, que talvez seja comum a realidades de muitos outros serviços de saúde. Embora a política pública do município possa não priorizar e não direcionar recursos financeiros para as ações de formação da equipe, a disposição e desejo dos profissionais, somada à postura facilitadora do coordenador do serviço e da gestora de Saúde Mental, não seriam os elementos mais importantes e talvez até suficientes para que a Educação Permanente se efetive no serviço? O que não quer dizer que o investimento do município não seja válido e que não irá contribuir ainda mais para a formação dos profissionais. Como discutem Ceccim e Feuerwerker (2004), no artigo *“O quadrilátero da formação de profissionais de saúde”*, vários aspectos são importantes para se efetivar mudanças nos processos formativos dos profissionais, incluindo-se a Gestão, Ensino, Atenção e Controle Social como parte dessa geometria.

Mas que se propõe discutir aqui é: a falta de verbas e financiamento podem, por si só, inviabilizar os processos formativos que emanam do interior das equipes? Talvez na perspectiva da Educação Continuada, a falta de verbas e recursos traga maiores prejuízos, uma vez que nesse modelo há uma prioridade para cursos e capacitações específicas, as quais têm um custo. Mas ao pensar a Educação Permanente como um movimento que emerge no exercício cotidiano do processo de trabalho, como uma prática transformadora, solidária e emancipatória, em que há o desenvolvimento do pensamento livre e da consciência crítico-reflexiva, e que tem a própria práxis como fonte de conhecimento, a falta de recursos financeiros pode inviabilizar a sua existência? Defende-se aqui a Educação Permanente como um instrumento legítimo dos trabalhadores da saúde, com potencial para a transformação de realidades que não está tão sujeito ao capital e que não pode ser refém do subfinanciamento da saúde, com o qual nos deparamos de forma veemente em todo país, podendo-se configurar como um verdadeiro ato de resistência no contexto de precarização da saúde em que vivemos.

5.1.4.2 Ausência de espaço e tempo protegido para as ações formativas

Os profissionais expressam sentirem falta de uma agenda regular e protegida na rotina de trabalho para as ações formativas no âmbito da Educação Permanente:

Não tem um tempo destinado especificamente para reflexão e aprendizado da equipe, para as ações de Educação Permanente. As pessoas não veem ainda a necessidade de se programarem para isso. Então, para mim, é uma coisa muito teórica, eu acho que falta ver acontecer. (equipe)

Eu acho que deveria ter um tempo específico, não a gente estar fazendo uma coisa com o pensamento em outra. (equipe)

Como é uma necessidade, então uma vez por mês, pelo menos, deveria ter obrigatoriamente um espaço reservado para a Educação Permanente. Mas não existe isso. (equipe)

Silva e Knobloch (2016, p.330) também identificaram uma demanda similar no estudo que realizaram com outra equipe de um CAPSad e ressaltam a importância desses espaços protegidos e legitimados para o avanço dos processos formativos

dentro das equipes, desde que se tenha o devido cuidado de não engessar as práticas de formação coletiva dentro desses espaços:

Há limites nos processos de formação e algumas prerrogativas podem auxiliar mais ou menos nos avanços dessas fronteiras. Uma delas, reconhecida pela equipe, é a garantia de reserva de agendas regulares para se investir em reflexões coletivas, sem desconsiderar a elaboração individual. Já a consistência da contribuição de um processo de formação só pode ser medida – se é que isso é possível – a posteriori, o que pode resultar em uma percepção equivocada de fragmentação da formação, se o processo de ensino-aprendizagem for considerado apenas nos espaços legitimados. Está, na capacidade da equipe em negociar suas propostas, a chave para delimitar processos institucionais que não engessem as práticas de formação coletiva; e essa postura mais flexível pode auxiliar em uma melhor compreensão dos fenômenos, dinâmicas, não só relacionadas ao uso de SPA, mas, também, da complexidade do ser humano.

Ressalta-se então, que embora a agenda regular possa ser algo positivo para a equipe, uma vez que dá mais garantias de um período de tempo exclusivamente destinado à formação e reflexão sobre o trabalho, deve-se atentar para que o processo de ensino aprendizagem não seja considerado apenas dentro desses espaços legitimados, uma vez que a Educação Permanente deve transcender estes espaços.

É interessante observar que ao mesmo tempo que demandam uma agenda regular de encontros para atividades reflexivas e formativas, a equipe também acha difícil encontrar um meio de viabilizar que isso se concretize, devido a dinâmica do próprio serviço:

Tirar tempo para essas reuniões de Educação Permanente, causa um transtorno muito grande no serviço. É uma das coisas que impedem. Gasta tempo, é preciso reunir, ajuntar o pessoal, numa equipe, num local em que não se pode parar. (equipe)

Vale também colocar em discussão se apenas uma agenda regular de encontros ou um cronograma de atividades é suficiente para garantir a efetivação da Educação Permanente em um serviço. Provavelmente não. Pouco valerá a garantia de uma agenda se estes espaços coletivos estiverem esvaziados de potência, sendo de grande importância que os profissionais estejam abertos ao diálogo, às trocas, expondo-se a críticas, dispostos a revisitar suas práticas, abrindo mão de saberes

prévios e dando espaço aos efeitos da experiência e à construção de novas formas de produção do cuidado.

5.1.4.3 Sobrecarga de trabalho

A Saúde Mental pública brasileira é marcada pela falta de investimento, pela precarização do trabalho, multiemprego, a deterioração da infraestrutura, além de forte exigência de produtividade quantitativa, o que traz sofrimento e prejuízos aos trabalhadores inseridos neste contexto (VASCONCELOS, 2008). Como já descrito anteriormente, o contexto de trabalho de um CAPS exige muito dos profissionais, em um cotidiano atravessado por muitas tensões, imprevistos e impasses. A equipe pontua que tal cenário se intensifica devido, em sua percepção, a um mal dimensionamento do número de profissionais e da carga horária de trabalho em relação às atividades a serem executadas, o que acaba por prejudicar as ações de Educação Permanente no serviço:

A Educação Permanente, às vezes se torna algo muito difícil da equipe sustentar no cotidiano do serviço, com tantas pressões. (equipe)

Nós não temos tempo hábil para tratar os problemas que surgem a nível educacional, a nível de análise, a nível de discussões, de reflexões. Às vezes parece que somos uma equipe grande, o pessoal vê e fala 'olha quanta gente tem no CAPSad', mas se a gente pudesse fazer descrições específicas das atividades que temos que fazer, com a carga horária que cada um tem, a gente vai ver que cada vez mais a questão da educação, da aprendizagem, de linkar a teoria, ela vai ficar de lado, porque não dá, aqui a gente trabalha em ritmo de produção. (equipe)

A Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), estabelece que a equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de até 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, deve ser composta por:

- a - 01 (um) médico psiquiatra;
- b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional,

pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Conforme explicitado no Quadro 7 a seguir, a equipe encontra-se adequada em relação ao que prevê a Portaria 336/2002. Embora o CAPSad tenha 9 profissionais de nível superior*, aparentando exceder ao previsto na legislação, deve-se levar em conta a carga horária destes profissionais, que é de 15 horas semanais para os psicólogos e 20 horas semanais para os demais profissionais de saúde. Desta forma, a equipe atual do serviço é compatível com a equipe mínima exigida, que é de 4 profissionais de nível superior, em cada turno de trabalho.

Categorias Profissionais	Previsto na Portaria nº336/2002	Existente no CAPSad
Médico Clínico	1	1
Médico Psiquiatra	1	1
Enfermeiro com formação em Saúde Mental	1	1
Profissionais de Nível Superior	4	9*
Profissionais de Nível Médio	6	6

Fonte: própria autora.

Quadro 7: Dimensionamento da Equipe do CAPSad

No entanto, embora a equipe do CAPSad contemple os requisitos mínimos previstos na Portaria 336/2002, compondo a equipe mínima prevista, os profissionais relatam sentirem-se sobrecarregados – objetiva e subjetivamente - pelas múltiplas demandas, que se dividem entre os grupos e oficinas, atendimentos individuais e de familiares, plantões de acolhimento, fora o atendimento às crises, que são imprevisíveis, e as atividades administrativas, como o registro em prontuários, preenchimento da folha de produção individual e de formulários como o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) e Boletim de Produção Ambulatorial (BPA):

Você faz um grupo, opa! Cheio de gente:30 pessoas! Aí você pensa: “o tanto de RAAS que eu vou ter que preencher”! É escutar 25, 30 pessoas em grupo, em 1 hora e pouco, depois evoluir a participação de todos os pacientes no prontuário, trabalhando apenas 3 horas por dia, fora as outras tarefas que aparecem no serviço, não dá tempo. Chega até a ser conflitante: oba, o grupo está cheio! Depois: que pena, vou ter tanto papel para preencher! E aí, onde está o papel da educação nisso? Não existe gente! Porque é mecânico, não tem como não ser mecânico. (equipe)

Eu acho que aqui a gente vê uma equipe muito numerosa, mas com uma carga horária muito baixa, então, realmente o tempo é realmente primordial, porque está todo mundo aqui, você vê, vamos pegar os nossos psicólogos, nós temos 15 horas dentro do CAPS, com tanta demanda! Então até para fazer uma análise de 1 paciente, nós não temos tempo. Fica difícil pensar em Educação Permanente, se eu não consigo nem preparar um estudo de caso de um paciente meu no meu horário de trabalho no CAPS. (equipe)

Eu faço 20 horas, já fico com a corda no pescoço, não sei como os psicólogos com apenas 15 conseguem dar conta! (equipe)

A gente tem que tirar a corda do pescoço, senão a gente enforca! [risos] (equipe)

Observa-se que os trabalhadores se sentem submersos em meio às atividades do serviço, em uma rotina tão intensa que acaba por prejudicar os tempos e espaços reflexivos, de elaboração subjetiva e de aprendizado durante o trabalho. Impera entre a equipe uma sensação negativa de que não conseguem atingir de forma plena a finalidade do cuidado que é proposta no CAPSad. Os profissionais acreditam que seria necessária uma equipe maior para que tivessem tempo hábil para atender às demandas dos usuários e também para dedicarem-se mais às atividades reflexivas e formativas no serviço, podendo assim, também alcançar maior satisfação no trabalho.

Sobre este aspecto, Silva e Knobloch (2016, p.329) fazem um apontamento interessante:

É frequente a afirmação de que as demandas do contexto consomem o tempo dos profissionais. Isso se dá por se tratar de uma clínica de muita intensidade, causando a sensação de absorção. A formação em serviço pode ser um espaço de elaboração subjetiva dos trabalhadores, desde que responda às angústias que emergem da clínica. Contudo, o cotidiano, com seus impasses, sempre se impõe, e não se pode contar o tempo no trabalho com a subjetividade, como é na clínica ad, da mesma ordem com que se cria um objeto em uma linha de produção. O primeiro apresenta diversas variáveis, que não apenas a cronologia.

Nessa perspectiva, se o CAPSad é um território onde o trabalho é marcado pela produção de subjetividades, onde as práticas de saúde operam essencialmente no campo dos processos de subjetivação, como dimensionar de forma adequada o tamanho das equipes para atuar nesses dispositivos? Vários estudos (BALLARIN et al, 2011; FERRER, 2007; LEÃO, BARROS, 2008; SILVA, COSTA, 2008) apontam a escassez de recursos humanos com um problema comum à realidade dos CAPS, sendo este um motivo de queixa frequente e fonte de sofrimento para os profissionais que atuam nesse contexto.

Leão e Barros (2008) também afirmam que a promoção da inclusão social dos usuários do CAPS esbarra no desafio de suprir as demandas dos recursos humanos. Questiona-se então: como superar o modelo asilar e alcançar uma clínica ampliada, integral, que permita o estar próximo, o estar junto, a escuta, o acolhimento e a produção de vida, em um cenário em que os profissionais se encontram super atarefados e esgotados física e mentalmente? Para modificar esta situação, que não é particular apenas do CAPSad aqui estudado, não seria necessário revisitar o tamanho da equipe mínima previsto na Portaria 336/2002, considerando a complexidade e especificidade da clínica na atenção psicossocial? Acredita-se que estudos que contemplem essa questão seriam de grande importância no sentido de viabilizar e garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica no país.

Por outro lado, somente o aumento do número de profissionais seria suficiente para efetivar a mudança paradigmática tão desejada? Além de uma equipe com tamanho compatível, faz-se necessário uma equipe segura, com fôlego para lidar com os desafios que se impõem. E neste ponto a Educação Permanente mostra-se como uma estratégia político-pedagógica fundamental para potencializar esse processo. Fato é que não há como negar a necessidade urgente de reorganização dos processos de trabalho dentro dos CAPS com vistas a minimizar o sofrimento dos trabalhadores, promover um ambiente em que haja mais espaço para as ações formativas e assim, uma conseqüente melhoria do cuidado ofertado aos usuários.

5.1.4.4 Burocratização do serviço

Um outro aspecto apontado pela equipe como fonte de sobrecarga é a burocratização do serviço, com um excesso de atividades administrativas e preenchimento de papéis, o que acaba por desviar o profissional da sua atividade finalística, comprometendo o processo de cuidado e também o tempo que poderia ser destinado às atividades formativas:

A gente gasta muito, muito, muito tempo com burocracias. Se for analisar, a maior parte do tempo a gente gasta com preenchimento de papel, mais até do que com o atendimento ao usuário. Se você economizasse tempo em burocracia, sobraria tempo também para a gente fazer uma discussão de caso, para poder preparar um estudo, refletir sobre situações importantes para a melhoria do serviço, teríamos mais momentos para isso. (equipe)

Porque a gente não consegue nem linkar as coisas. Você escuta um paciente, é tanta coisa que você tem que fazer depois, tanto papel, que você não consegue, você não processa a escuta e uma escuta não processada, ela não é terapêutica. Essa questão atrapalha a qualidade do serviço que ofertamos e também dificulta em relação à nossa formação em serviço. A gente tenta separar um tempo para estudar, mas tem um milhão de coisas administrativas para fazer e aí acaba que a gente não consegue ter a concentração, aproveitar da forma que deveria ser, da forma que gostaríamos. (equipe)

Bleger (1998) afirma que os grupos tendem a se estabilizar como organização, tendendo à burocratização, com padrões fixos e próprios. Nesse processo, os meios se tornam fins, havendo resistência a mudanças e qualquer deslocamento de enquadre, levando à anti-terapêutica. Mas, no caso do CAPSad, seria esse um movimento inconsciente da própria equipe? De certa forma, lidar com os papéis não seria uma saída mais amena do que lidar com o sofrimento, a crise e as inconstâncias dos usuários? Ou seria a burocracia algo realmente inerente à organização do serviço? As respostas a tais questões não serão respondidas aqui, mas merecem ser levantadas e discutidas no interior das equipes e serviços.

Veronese (2015, p.129-130) em seu estudo sobre a burocracia no campo da saúde mental pública brasileira, aponta os prejuízos que os serviços têm devido aos excessos da burocratização:

Em contextos burocratizados, a máquina pública investe na redução de custos de projetos criativos e no aumento da máquina de controle. Quem sofre os efeitos dessa estrutura vive a agonia de precisar se adaptar à tirania do totalmente pensado. A camisa de força burocrática conduz a uma vida restrita, sem a possibilidade de imaginar novas formas de trabalho. (equipe)

Esteves *et al* (2016) reiteram a necessidade de uma regulação dos serviços de saúde que produza mais rede e menos burocracia, alertando para o fato de que a questão da burocracia não se limita apenas a um empecilho de excesso de papéis e planilhas, mas é um fator que impossibilita o surgimento de outras formas de produzir a rede de cuidado, tendo o usuário como centro do processo. Martins (2015, p.148) também adverte quanto ao risco da burocratização dos serviços de atenção psicossocial:

Os primeiros serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e as equipes que neles trabalharam 'nasceram dotados de uma alma antimanicomial e com vontade de experimentação' (LANCETI, 2008, p.44 apud MARTINS, 2015) que tingiu estes serviços de cores vibrantes. Essas são qualidades que devemos manter em nosso horizonte e que devem ser cultivadas dia após dia frente aos riscos de que os CAPS sigam uma linha técnico-burocrática, da normalização da burocracia e da burocratização da técnica, e, assim, envelheçam prematuramente, tornando-se serviços tingidos de cinza.

Os profissionais do CAPSad questionam a burocracia, assim como apontam a necessidade de reformulação das práticas e reorganização do serviço:

Se tivéssemos um gestor aqui nos escutando, numa situação ideal, seria a gente conseguir reduzir um pouco dessa burocracia ou pelo menos encontrar algumas maneiras de agilizá-la, para a gente poder ter mais tempo para as demandas do serviço. (equipe)

Vejo que precisamos encontrar um caminho para rever o modo com que o dispositivo funciona, minha sugestão seria uma reorganização do serviço, do jeito que está, nossa atuação fica muito restrita. (equipe)

A queixa dos profissionais é pertinente na medida em que a burocracia vivenciada no contexto do CAPSad coloca-se como uma força contrária às exigências que a atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas exige. Ao

dispositivo burocrático interessa a lentidão, a paralisação ou a repetição do movimento (VERONESE, 2015, p. 131). Questiona-se, então, como uma clínica que convoca à abertura ao criativo, ao flexível, ao singular, pode sobreviver aos efeitos de uma estrutura marcada pela burocracia? Há algo contraditório nessa questão. Como, então, a Educação Permanente pode auxiliar os profissionais a não perderem as cores vibrantes da criatividade, inventividade e experimentação de novos modos de produção de saúde? Como os profissionais podem se posicionar como instituintes de novas práticas e não apenas como reprodutores dos processos instituídos? Acredita-se que a própria reflexão realizada pela equipe durante o grupo focal, ao identificar essa questão, já seja um primeiro passo para avançar em direção à superação das práticas cristalizadas ainda presentes no cotidiano de trabalho do CAPSad.

5.1.4.5 Desvalorização Profissional e dupla jornada de trabalho

A dupla jornada de trabalho (ou tripla), é comum a muitos dos trabalhadores dos SUS e é mencionada por Silva e Costa (2008), associada com a baixa remuneração e a falta de reconhecimento no trabalho, como fonte de insatisfação e sofrimento dos profissionais. Os profissionais do CAPSad pontuam que esse aspecto também se coloca como um dificultador para a dedicação às atividades formativas e de Educação Permanente:

Praticamente todo mundo aqui tem outro trabalho, outras atividades profissionais. Com certeza, isso impacta na busca, na disponibilidade para a formação profissional, mas a gente tem que correr atrás, porque o salário. [Faz gesto com as mãos, indicando salário baixo]. (equipe)

O salário daqui não nos sustenta por si só, então a gente tem que correr atrás de outras coisas. Assim o tempo para formação específica para a clínica ad fica ainda mais restrito. Por exemplo, eu trabalho em duas áreas totalmente opostas, trabalho aqui com DP [dependência química] e trabalho no consultório, basicamente com crianças. Então é liga o botão, desliga o botão, liga o botão, desliga o botão. São áreas muito diferentes e que nos exige competências e habilidades também muito distintas. (equipe)

E a gente tem que investir nas duas áreas, não é? Eu não posso ficar só estudando dependência química e chegar lá no consultório e não saber nada para fazer a terapia do meu paciente. Então a gente fica dividido também. (equipe)

Os profissionais relatam sentirem-se divididos frente às demandas dos diferentes serviços que atuam. A visão da gestão também é convergente nesse sentido, a qual identifica um prejuízo das atividades formativas e de Educação Permanente devido aos múltiplos vínculos de trabalho da equipe:

A maioria dos profissionais que trabalha aqui no CAPSad tem outros serviços, outros vínculos de trabalho, o que acaba dificultando em relação à Educação Permanente. E grande parte dos cursos, eventos e outras ações formativas ocorrem durante a semana, em períodos integrais, ficando muito difícil das pessoas serem liberadas de seus outros locais de trabalho para participar de uma formação que não seja de lá. Os profissionais ficam divididos, pois não estão dedicados exclusivamente para esse serviço, o que acaba interferindo e reduzindo a disponibilidade e o investimento em formação. (coordenador do CAPSad)

Eu acho que o fato deles trabalharem em outros locais, como a carga horária deles aqui é apenas meio período, dificulta um pouco. Para fazer as ações formativas, fica difícil reunir toda a equipe. Eu gostaria de fazer mais ações formativas fora do horário da reunião, mas a gente não consegue por causa desses outros limites, como a incompatibilidade dos horários entre os profissionais, alguns trabalham de manhã, outros à tarde. Quando você propõe fazer um curso ou fazer um percurso fora, uma visita técnica, o fato dos profissionais terem outros empregos dificulta bastante. (gestora de Saúde Mental do município)

Essa discussão envolve a precarização do trabalho dos profissionais de saúde do SUS, não sendo restrita apenas aos profissionais dos serviços de atenção psicossocial. A dupla jornada, a desvalorização profissional e a baixa remuneração são problemas que deixam o vínculo profissional-instituição enfraquecido, impactando negativamente na vida pessoal, profissional (SILVA, COSTA, 2008) e, como explicitado pela equipe, prejudicando também os processos formativos vivenciados pelos trabalhadores.

Este problema já era apontado em 1987, pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária como um desafio a ser superado, com vistas à efetivação do SUS:

A ausência de planos de carreira, a diversidade de parâmetros para definição de quadros de lotação, o despreparo das chefias em relação à gerência de recursos humanos, constituem-se em algumas

dificuldades a serem enfrentadas quando se pretende a construção do novo Sistema Nacional de Saúde [...]. A implantação de plano de carreira, com possibilidade de progressão horizontal e vertical para todas as categorias profissionais deve ser entendida como indispensável para o setor saúde. (BRASIL, 1987, pp.34-35).

E ainda na atualidade, lidamos com esse desafio. Em uma nota técnica da CONASS (BRASIL,2013), também é ressaltada a necessidade de um Plano de Carreiras, Cargos e Salários com as seguintes características: sejam atualizados; garantam mobilidade; tenham uma parte fixa e outra variável, sendo que esta última privilegie o esforço de formação e qualificação e a avaliação de desempenho; além de conter também estímulos para tempo integral e dedicação exclusiva dos profissionais.

Horta, Esswein e Horta (2013) afirmam que a precarização das condições de trabalho já é condição reconhecida como parte do processo de expansão da atenção em saúde mental, envolvendo salário insatisfatórios, desvalorização da força dos trabalhadores, assim como insegurança, instabilidade e vínculos fragilizados, o que gera repercussões evidentes sobre o exercício profissional e o resultado das práticas de cuidado. Dessa forma, para que o contexto de trabalho seja potencializado enquanto espaço formativo e propício a experiências significativas e com potencial de transformação de realidade, faz-se de grande importância um maior investimento em programas voltados à valorização e reconhecimento dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção psicossocial do SUS, contemplando as suas necessidades de estruturas de carreira, condições de trabalho e remuneração adequadas.

5.1.4.6 Atravessamentos políticos

A realização deste estudo abrangeu o período das eleições municipais, havendo a troca de governo no município. A equipe menciona os “atravessamentos políticos”, os quais estavam sendo vivenciados de forma intensa pelos profissionais do CAPSad à época deste estudo, como um fator que desencadeia consequências negativas para o serviço, sendo um aspecto muito presente na fala do grupo:

Acho que todo momento de transição política é muito difícil. Tem essas questões políticas, que afetam bastante. Afetam, porque tem o serviço em andamento, a gente começa as vezes um projeto, um trabalho, que depende de iniciativas às vezes externas, às vezes não depende apenas da gente enquanto profissional, a gente precisa de um apoio, de respaldo da prefeitura, dos nossos gestores, ai de repente muda, balança, sacode tudo. A equipe tenta lidar da melhor forma com isso, mas a gente sofre, atrapalha bastante. (equipe)

Eu, sinceramente, nunca tinha visto tanta desordem, tanta falta de responsabilidade, de respeito com o ser humano, como nesses momentos de transição política. Tem coisas que são extremamente essenciais, eles cortam coisas como o telefone, do mesmo jeito que cortam o leite, falta o mínimo de bom senso. Acho que o grande problema do nosso país é que os gestores fazem política para 4 anos, tinha que ser feito para 20. Fulano saiu, mas o outro que entra deveria dar continuidade, porque são coisas que são extremamente importantes, que impactam na vida de muitas pessoas, e acabamos ficando à mercê dessas mudanças. (equipe)

No serviço público a gente fica à mercê dessas questões políticas, administrativas. O problema maior é que quando isso acontece, a gente está falando de um projeto terapêutico singular interrompido, de um projeto terapêutico onde o assistente social, ou o psicólogo, onde o psiquiatra se doou, investiu, o usuário e a família se envolveram. Então, é inconcebível, não tem como você não ficar triste frente a esse descaso, quando o que está em jogo são futuros, são pessoas, são seres humanos. (equipe)

Acho que essa é a nossa dificuldade dentro de um serviço público, né? As propostas são lançadas, mas nem sempre continuadas. (equipe)

Segundo Nogueira (2006), quando há troca de governo, a descontinuidade administrativa é dada como fato, traduzindo-se na interrupção de iniciativas e projetos, mudanças de prioridades e engavetamento de planos futuros. Como consequência, observa-se o desperdício de recursos públicos, a perda de memória e saber institucional, aumento da tensão entre técnicos e gestores que vêm e vão, além do desânimo das equipes envolvidas, que foi um aspecto mencionado pelos profissionais do CAPSad. Tais aspectos refletem negativamente no trabalho dos profissionais, que se veem sem suporte e condições mínimas de trabalho. Esse cenário de insegurança e instabilidade, somado à interrupção de processos e projetos em andamento traz como consequências o desagaste, a frustração e desmotivação para o trabalho:

Eu acho que o mais grave de tudo isso é a desmotivação, porque quando a gente tem projetos rompidos, a gente lida diretamente com a motivação pessoal de cada um, é um balde de água fria. Toda vez

que a gente tem essas mudanças a gente não é olhado pelos gestores, o serviço está lá, só que no individual, cada um tem uma demanda, e isso gera esgotamento. E naquilo que você poderia ser 100%, você vai ficando com a potência gradativamente menor a cada dia, e é o serviço que perde, infelizmente. Isso tudo esgota o profissional mentalmente, suga do profissional muito mais. Um profissional que renderia 10 anos, vai render 5, porque ele está trabalhando no limite da frustração. (equipe)

A gente esbarra muito nisso, nas questões políticas. As coisas não acontecem do jeito que a gente almeja. É tudo muito fragmentado, a gente está se doando, com o pouco que a gente consegue fazer. (equipe)

Aponta-se aqui, então, um outro desafio a ser superado, uma vez que a descontinuidade administrativa pode também acarretar certa descontinuidade das ações formativas e de Educação Permanente. Um exemplo prático disso no contexto estudado foram os Fóruns Intersectoriais, os quais deveriam ser bimestrais e ficaram interrompidos durante um intervalo superior a 10 meses, até o serviço voltar à “normalidade” após as eleições municipais e, assim, serem retomados. As trocas de governo são inerentes ao serviço público, mas como evitar que as equipes fiquem vulneráveis em meio a esse processo? Como garantir que as ações formativas e de Educação Permanente não sejam interrompidas? Como minimizar os impactos negativos da transição política? Acredita-se que seja de grande importância o envolvimento das equipes no planejamento das ações, a partir da adoção de modelos de gestão democráticos e participativos, além de uma postura compromissada dos profissionais, que devem se apropriar desses espaços e estar aptos a defender os programas e ações relevantes ao serviço perante as novas gestões.

5.1.5 Sofrimento no trabalho: barreira ou mola propulsora?

Dejours e Abdoucheli (1990) apontam a possibilidade do trabalhador, ao não suportar o sofrimento, transformá-lo em criatividade, ao invés de utilizar as estratégias defensivas como único recurso. Segundo os autores, o sofrimento, advindo das condições inadequadas e rigidez da organização do trabalho, depende de dois fatores para se transformar em criatividade: a ressonância simbólica e o espaço público de discussão coletiva. A ressonância simbólica é apresentada pelos autores como a

conciliação entre o inconsciente do sujeito e os objetivos/realidade do trabalho. Já o espaço público é aquele construído pelos próprios trabalhadores, estando presente a partilha, a cooperação, confiança e regras comuns. É também o espaço da fala e da expressão coletiva em torno do sofrimento e da busca por estratégias de transformação das situações vivenciadas.

Vê-se aqui uma convergência entre o espaço público apresentado por Dejours e a Educação Permanente, a qual também se configura como um espaço coletivo de discussão sobre o trabalho real vivenciado pelos trabalhadores. E nessa perspectiva, assim como o espaço público, pode-se afirmar que a Educação Permanente também é um fator que contribui para amenizar o sofrimento no trabalho, auxiliando os profissionais a superarem os desafios da prática de forma criativa, evitando o uso de estratégias defensivas frente aos problemas e intempéries experimentados, na medida em que possibilita a transformação da clínica da frustração na clínica do possível (SILVA, KNOBLOCH, 2016).

Muniz (2011, p.11) também defende a Educação Permanente como uma válvula de escape ao sofrimento no trabalho, sendo uma estratégia que desencadeia e estimula o uso da criatividade para a reestruturação produtiva e transformação do trabalho:

Diversos impasses podem desencadear ações criativas, mudanças, melhorias, como uma espécie de efeito catalizador, através da EP. Entretanto, a maneira como o trabalho é organizado e são definidas as tarefas, criam uma verdadeira barreira a esse processo. Os resultados obtidos não são reconhecidos, o sofrimento não é notado, a fala das pessoas não é estimulada, pelo contrário, é frequentemente combatida. Dessa forma, em detrimento do uso de problemas de qualquer natureza no processo produtivo como fonte de inovações e progressos, os profissionais acabam por se proteger e se defender, utilizando mecanismos de defesa... Como solução para esta problemática poder-se-ia transformar o sofrimento potencialmente patogênico em sofrimento criativo, através de um espaço de Educação Permanente destinado a uma reestruturação produtiva. Ou seja, haveria vivência de um intenso prazer, quanto maior fosse o desafio a ser superado.

Para transformar o sofrimento, os trabalhadores fazem uso do que Dejours (1995) chama de *intelligence de la pratique*, também chamada de inteligência prática ou astuciosa, a qual permite o constante ajustamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real, entre o que é imposto ou esperado e aquilo que é possível, de fato

experimentado na prática cotidiana. Acredita-se que a Educação Permanente seja capaz de potencializar essa inteligência astuciosa dos trabalhadores, auxiliando-os a superar as vicissitudes do trabalho de forma criativa, como foi colocado pela equipe do CAPSad. Os profissionais, em conformidade ao que foi exposto acima, também reconhecem que de certa forma as dificuldades vivenciadas no cotidiano do serviço levam à potencialização da capacidade criativa da equipe. Este processo os auxilia a sobreviver em meio às intempéries políticas, precariedades e demais desconfortos do trabalho:

Por outro lado, eu vejo também que passar por todas essas dificuldades faz com que a gente desenvolva um potencial criativo muito grande, enquanto equipe. Eu acredito que se a gente tivesse tudo no lugar, a gente não teria desenvolvido tantas habilidades. Estamos em evolução e a dificuldade acaba sendo como uma mola propulsora, que nos leva para frente. Não acho que seja bom, eu acho que a gente precisa ter as coisas acessíveis a nós, mas se hoje o serviço chegou onde chegou, a gente nunca teve material, a gente nunca teve nada, então, assim, a gente constrói, tem um poder de criação maior também. (equipe)

Silva e Knobloch (2016) reconhecem essa dificuldade das equipes que atuam no CAPSad, que além de se sentirem constantemente atravessadas pelos imprevistos e intercorrências cotidianas, também precisam lidar com as dificuldades institucionais ao seu entorno. Os autores defendem que falar dessas questões nos espaços de trabalho contribui para amenizar o sofrimento dos profissionais, atentando para o fato de que as angústias da equipe em certa medida podem mobilizá-la, mas, em demasia, paralisá-la. Destaca-se mais uma vez, então, o papel da Educação Permanente para auxiliar os profissionais, não deixando que as dificuldades os paralisem, mas os mobilizem a transformar o sofrimento e desconfortos enfrentados nos serviços através de soluções criativas e inovadoras, servindo como molas propulsoras para o avanço das equipes.

5.1.6 Supervisão clínico-institucional: uma solução para todos os problemas?

Durante o grupo focal a equipe mencionou em vários momentos a supervisão clínico-institucional como uma ação formativa que seria de grande valia para o

desenvolvimento da equipe e melhoria do serviço, embora nunca tivessem vivenciado esta experiência no CAPSad.

A proposta da supervisão clínico-institucional tem seu financiamento previsto pela Portaria GM 1.174, publicada pelo Ministério da Saúde em 7 de julho de 2005 (BRASIL, 2005), estando em implantação nos CAPS desde então. Tal portaria foi promulgada após uma deliberação do I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), realizado em 2004, sobre a implantação de supervisão clínico-institucional, e da avaliação nacional dos CAPS. Foi verificado neste encontro a ausência de acompanhamento e supervisão clínico-institucional de forma regular na maioria dos CAPS, juntamente com outras necessidades de qualificação (GRIGOLO, DELGADO, SCHMIDT, 2010).

O objetivo da implantação da supervisão clínico-institucional nos serviços substitutivos foi fortalecer e consolidar a política de atenção em Saúde Mental, em consonância com os eixos norteadores da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

A Portaria 1.174 7 de julho de 2005 (BRASIL, 2005, p.38) aponta

Art.3º Definir como supervisão clínico-institucional o trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática, que trabalhará junto à equipe do serviço durante pelo menos 3 a 4 horas por semana, no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada.

A supervisão clínico-institucional visa possibilitar aos profissionais procedimentos mais afinados de intervenção e de abordagens terapêuticas, facilitando a escuta e compreensão mais ampliada dos problemas (SILVA, et al, 2012, p.311):

[A Supervisão clínico-institucional] é um dispositivo de formação permanente que deve sustentar a responsabilidade compartilhada da equipe, facilitar o diálogo para que as diferentes questões possam ser expostas, os casos e as situações sejam manejados com seus desafios e surpresas inerentes ao trabalho clínico na perspectiva da atenção psicossocial. A supervisão atua de forma a sustentar a proposta de uma gestão partilhada da clínica, que auxilie os profissionais a enfrentarem os impasses institucionais frequentes no cotidiano do trabalho coletivo.

A supervisão pode ser exercida por profissionais de formação teórica e prática diversas, e caracteriza-se como “clínico-institucional”, na medida em que a discussão e estudo dos casos clínicos está sempre imbricada com o contexto institucional, incluindo-se neste: o serviço, a rede, a gestão, a política pública. Cabe ao supervisor operar como um facilitador do trabalho, promovendo a integração da equipe de cuidado, auxiliando-os na construção do projeto terapêutico e articulando os conceitos-base da Saúde Mental: sujeito, rede, território e autonomia (BRASIL, 2007).

A equipe do CAPSad demonstrou depositar muitas expectativas em relação à supervisão clínico-institucional, afirmando ser um desejo e uma demanda de longa data dentro da equipe:

Uma expectativa da equipe? Supervisor! Nós precisamos de um supervisor. (equipe)

Sentimos muita falta de uma supervisão técnica para acompanhar e orientar a equipe. (equipe)

Nossa, a supervisão é o nosso sonho de consumo. (equipe)

Além de ser um desejo da equipe há algum tempo, mais recentemente, no projeto do Curso Formativo do Ministério da Saúde, que o CAPSad participou entre 2013 e 2016, no plano de Educação Permanente elaborado pela gestora de Saúde Mental e encaminhado para o Ministério da Saúde, a Supervisão clínico-institucional foi uma das ações previstas para auxiliar na formação da equipe do CAPSad:

Dentro do projeto do Curso, a gente tinha também uma verba para ser utilizada com a Educação Permanente, seja para contratar cursos, custear ações de formação para os profissionais, etc. O Ministério solicitou um planejamento e a supervisão clínica foi uma das primeiras ações que listamos nessa planilha, pois foi até uma sugestão de uma das idealizadoras do projeto que orientou para Pouso Alegre, uma supervisão clínico-institucional, para o CAPSad principalmente, devido às dificuldades específicas dessa clínica que é tão complexa... Acredito que a supervisão clínica também é uma ferramenta de Educação Permanente, então foi sugerido para a gente ter essa supervisão...” (gestora de Saúde Mental do município)

No entanto, devido a dificuldades burocráticas relativas ao uso da verba pelo município, a contratação do supervisor não pôde ser efetivada até o momento. Este

fato trouxe certa frustração à equipe, que como mencionado, espera pela supervisão clínico-institucional há algum tempo, depositando expectativas de que a presença de um supervisor amenize algumas das angústias, além de aplacar alguns impasses vivenciados no cotidiano da clínica ad. Através da fala da equipe é possível perceber um anseio por alguém, por um “olhar estrangeiro” que possa nortear a equipe, incitando o ânimo e entusiasmo, frente a situações que se sentem impotentes ou desamparados.

Silva e Knobloch (2016, p.330) ressaltam a importância de um terceiro, externo ao grupo para apontar sintomas imperceptíveis aos trabalhadores e mediar algumas situações difíceis, *“uma vez que este não está tão envolvido e pode jogar luz em certos embaçamentos.”* O estudo conduzido por Silva e Costa (2008) aponta que a supervisão serve como suporte tanto para os atendimentos quanto nas relações interpessoais, garantindo a continuidade do trabalho e das dificuldades encontradas, além de amenizar o sofrimento psíquico a que os profissionais estão sujeitos no cotidiano laboral. UCHIDA et al (2011) também pontuam que a supervisão atua como uma estratégia de fortalecimento das equipes, assim como de cada trabalhador em sua individualidade.

Muitas vezes a supervisão pode ocupar um imaginário de potência para as equipes, sendo colocada, de certa forma, na condição de ‘solução’ dos problemas. No entanto, cabe aqui algumas ponderações e cuidados, uma vez que se trata de um dispositivo delicado, que pode contribuir ou, se mal conduzido, prejudicar o processo formativo das equipes:

Há um risco de que, onde falha o saber da instituição, do projeto da equipe, o supervisor responda como aquele que sabe e não como o que interroga, suturando o único ponto em que o sujeito poderia advir e no qual o clínico poderia se inventar e calcular as estratégias de direção de um tratamento, assim como os dispositivos institucionais que lhe deem sustentação. Se a relação se sustentar no imaginário de que o supervisor vem trazer o saber que falta à equipe, e o supervisor, capturado nesse engodo, colocar-se na posição de mestria, fazendo ‘mostração’ de saber ou tentando agenciar o projeto da equipe ou, ainda, apontando os furos do trabalho, a supervisão se transforma numa ‘superviseira’. (FERREIRA, GOYATÁ, 2010, p.159).

Um dos integrantes da equipe mostrou esta preocupação, de que o supervisor deve ter uma postura flexível e esteja aberto trabalhar com a equipe sem desconsiderar sua realidade, em um processo de construção conjunta:

Eu vejo assim, a supervisão não seria a solução, até porque depende, o supervisor vem com uma formação, com um direcionamento técnico, que nem sempre vai ser coerente com o que a equipe tem construído ou pode oferecer. Mas eu acho que a escolha de um supervisor adequado, que entenda a nossa realidade, que realmente possa nos ajudar a construir um modelo, acho que seria fundamental, seria um grande passo para a gente. (equipe)

Seria então a supervisão clínico-institucional, a solução para todos os problemas? Provavelmente não. Acredita-se que ela pode ser sim um dispositivo válido no contexto do CAPSad, auxiliando as equipes em meio ao cotidiano atravessado por tantas dúvidas e impasses. Mas cabe ressaltar que ele pode se aproximar ou não da proposta da Educação Permanente. Se aproxima quando sua condução promove a problematização das situações vivenciadas no cotidiano das equipes, possibilita o diálogo horizontal entre os profissionais, permitindo que sejam ouvidos em sua diferença e inventividade, provocando assim, novas perguntas, novas reflexões, novos acordos e caminhos. Por outro lado, pode se distanciar da Educação Permanente quando se coloca como um espaço de resolução de problemas, de forma verticalizada e uníssona, sem valorizar o saber presente no interior das equipes.

5.1.7 O grupo focal e os efeitos iniciais do pesquisar-intervir.

Eu não sabia de fato como que seria conduzido o grupo focal, mas eu queria agradecer, pois proporcionou para a equipe um momento de reflexão, que às vezes a gente não consegue ter. A gente até tenta fazer uma autoanálise do nosso grupo, da nossa equipe, mas hoje eu acho que esse encontro para a gente foi muito bom. Porque a gente viu desde as nossas dificuldades iniciais e ao mesmo tempo acho que ficou muito claro o quanto que a nossa equipe é forte, o quanto que a nossa equipe é coesa, tenta fazer o melhor em prol do usuário e, com todas as dificuldades, a gente ainda está de pé, então, acho que foi muito positivo este tempo. Achei que a gente ia te ajudar na sua pesquisa, mas não, você nos ajudou muito, de verdade. (equipe)

O relato acima reflete um pouco da riqueza do grupo focal, que não se restringiu a servir como mais um método de coleta de dados ou etapa da pesquisa, mas desdobrou-se em um encontro marcado por saberes insurgentes e “afetações” entre os diferentes atores envolvidos no processo de pesquisar-intervir. O encontro

transformou-se em um campo de visibilidades, em um espaço privilegiado de expressão e escuta. Dessa forma, possibilitou a produção de conhecimento em ato, a partir de diferentes vozes que foram tomando corpo e produzindo ecos entre o coletivo ali reunido. Diferentes conexões foram se tecendo e, de forma gradativa, provocando problematizações, ressignificações e (re)descobertas acerca dos desafios cotidianos do CAPSad, acerca da equipe e da sua relação com a Educação Permanente.

5.2 Oficina de Restituição: a narrativa como estratégia de (re)construções

Santos (2014) e Ribeiro (2013) trazem algumas reflexões acerca das narrativas histórico-organizacionais e da memória institucional, bem como sobre o papel que estas desempenham no interior das instituições. Embora as autoras se refiram às narrativas e memórias de organizações empresariais, suas proposições mostram-se pertinentes para o contexto desse estudo, permitindo-nos “importar” alguns construtos que contribuem para traduzir um pouco da função que a narrativa adquiriu nesta pesquisa intervenção no CAPSad.

Segundo Santos (2014), a história de uma instituição “se (re)constrói também no presente, através das lembranças, narrações e reconstituições mnemônicas” (p.62). Para a autora, a narrativa permite humanizar a instituição, destacar sua trajetória, assim como exaltar os atores que contribuíram para sua construção. Nesse processo, são evidenciados os valores e princípios do grupo, atribuindo identidade e singularidade, constituindo-se a narrativa, desta forma, como um elemento de legitimação da organização. O exame das vivências e experiências através da narrativa, pode levar a uma compreensão do presente, em um enfoque retrospectivo, mas também à antecipação, preparando a instituição para o futuro, em uma abordagem prospectiva. A narrativa coloca-se, assim, como um objeto concreto, que pode servir como fonte para a construção de novos sentidos e caminhos:

É a narrativa que assume a materialidade sobre a qual pode-se fazer um trabalho analítico ou interpretativo. É por meio da narrativa que podemos ter acesso ao que foi selecionado e construído por uma pessoa a partir de sua experiência vivida e memorizada. (RIBEIRO, 2013, p.21)

Ribeiro (2013) afirma que os registros das vivências de uma instituição, capturados a partir das memórias e experiências de trabalhadores, possibilitam a criação de elos de identidade e pertencimento, além de contribuir para preservar o patrimônio imaterial de uma coletividade. Nesse processo, ocorre a valorização do protagonismo de pessoas comuns, na vivência cotidiana de suas experiências de trabalho.

Observou-se que a narrativa, construída a partir da coleta, transcrição, análise e organização das falas dos profissionais durante o grupo focal, teve um impacto muito positivo na equipe do CAPSad. O objetivo inicial era oferecer à equipe uma restituição ou devolutiva dos dados coletados, assim como validar as informações obtidas no grupo focal, a partir da organização e análise feitas pela pesquisadora. No entanto, observou-se que a narrativa se desdobrou em um processo muito mais rico e potente, extrapolando os objetivos iniciais.

A leitura da narrativa provocou os profissionais a reconstruir imagens e (re)montar ou (re)compor experiências vivenciadas e experimentadas no cotidiano do trabalho, através das passagens organizadas e interpretadas a partir de um novo ponto de vista. Ao se depararem com o narrado daquilo que eles mesmos produziram, ocorreu um processo similar ao descrito por Miranda et al (2008), em que “...*indagados pelo presente e seus interesses, os sujeitos de pesquisa destacaram seu objeto e passaram duas vezes pelo mesmo lugar, mas o fizeram em altitudes diversas, compreendendo de maneira sempre ampliada.*” A narrativa teve, portanto, uma função social, auxiliando o grupo de profissionais a (re)descobrir potências e identidades da equipe:

Acho que a narrativa refletiu muito do que acontece aqui no nosso dia a dia e me surpreendeu, pois a forma com que você sintetizou e organizou as falas, possibilitou vários insights durante a leitura da narrativa, de coisas que eu ainda não tinha parado para pensar e fazem muito sentido. Muito bom nossa prática ser revista por outros olhares. (equipe)

Achei muito bom, é muito importante esse olhar de fora, pois a gente que está aqui na rotina, no cotidiano, é muita correria. Todo mundo faz, reclama, faz, faz, e não paramos para pensar. Olha, para você ver, a narrativa capturou nossas expectativas, falou das nossas dificuldades, da questão política e outros aspectos, sobre como respeitamos o usuário, sobre o comprometimento da equipe, de como nós nos apoiamos, principalmente em relação a essa questão interdisciplinar... Foi muito importante e válido, pois é claro que a gente

pontua e identifica algumas questões, mas quando vem alguém de fora, parece que clareia mais. (equipe)

A narrativa, através da materialidade que a mesma possibilitou às falas, anseios e questões dos profissionais, possibilitou a produção de novos sentidos identitários e de pertencimento no interior da equipe:

Como assim, nós somos tudo isso, e a gente não sabia?! [risos].
(equipe)

Além disso, mostrou-se um instrumento muito válido ao revelar à própria equipe o quanto a produção de conhecimento permeia todo o cotidiano do trabalho, extrapolando os espaços reconhecidos e legitimados de Educação Permanente. A equipe, que no primeiro encontro lamentava não ter um referencial teórico para dar subsídio às ações, que em suas falas traduziam uma perspectiva mais passiva em relação ao processo de ensino aprendizagem, como que à espera de algo, passou a se enxergar mais como protagonista nesse processo, visualizando a prática cotidiana como espaço potencial para a produção de conhecimento:

A gente não consegue colocar isso, acho que primeiro a gente não consegue enxergar a riqueza que permeia nosso trabalho todos os dias, não valorizamos isso. Através da leitura da narrativa, penso que temos que reconhecer mais o potencial do nosso trabalho em equipe.
(equipe)

E pensando no aspecto da Educação Permanente, a partir da narrativa, dá para enxergar que ela está aí, em lugares que as vezes não pensamos. Estamos produzindo conhecimento o tempo todo, isso é de certa forma Educação Permanente, não é? (equipe)

Além do reconhecimento e valorização dos saberes produzidos no dia a dia do trabalho, a equipe pontua uma questão importante, que é a dificuldade que os profissionais têm de sistematizar suas práticas, de compartilhar e tornar acessível aquilo que produzem em seu cotidiano:

Fiquei pensando na riqueza da narrativa e no quanto a gente perde em não produzir material científico, em não colocar nossas experiências e saberes no papel. Na verdade, o que a gente está fazendo, nossos relatos, as experiências, tudo isso é conhecimento sendo construído todo dia, o tempo todo na nossa prática, e fica

evadido, dentro dessas 4 paredes. É algo muito potente que fica perdido. A Nise da Silveira falava muito isso, que a gente precisa aprender a projetar os nossos trabalhos, as nossas experiências práticas, de forma que elas se tornem acessíveis aos outros. É assim que a gente vai divulgando conhecimento. E aí, essa questão que colocamos como uma dificuldade, de poucos referenciais teóricos na clínica ad, se todo mundo que está no campo entendesse e fizesse isso, os profissionais chegariam aos serviços com mais noção, a partir da vivência do outro, mas a gente perde isso! A gente está produzindo o tempo todo, mas não consegue concretizar. Achei muito interessante a narrativa, pois deu para ver quão científica é a nossa prática. (equipe)

É interessante mesmo, pois quando a gente pega artigos de revistas, com publicações, relatos de outras experiências para aprender e a gente tem uma experiência riquíssima aqui, não é? Já estou imaginando a nossa vivência aqui sendo publicada. Muitos dos nossos desafios e dificuldades, creio que são comuns a outras equipes e nossas estratégias e formas de organizar o serviço podem contribuir para outros profissionais, em outros contextos. (equipe)

Sistematizar as experiências coloca-se como um desafio para quem se encontra nos cenários de prática profissional. Algumas perguntas que permeiam essa questão: Quais as razões para a permanência ainda de um hiato tão grande entre a prática e a pesquisa? Como promover essa integração? Como as próprias equipes poderiam realizar uma interpretação ou análise crítica dos processos vivenciados em suas rotinas? Como utilizar a própria experiência como objeto de estudo, possibilitando reflexões, perguntas, aprendizado, formulação de lições e a sua disseminação? Será sempre necessário um olhar externo para possibilitar essa análise mais criteriosa? Como incorporar a sistematização das práticas como um exercício de aprendizagem dentro das equipes? Como utilizar a sistematização das práticas como um instrumento para reinventar os cotidianos e protagonizar reflexões? Não seria isso também Educação Permanente?

Na busca por respostas, o trabalho de Palma (1992) e Holliday (2006) trazem luz a algumas questões, ao apontar a sistematização de experiências como um caminho para possibilitar essa reconstrução ordenada e crítica das próprias vivências e permitir a síntese das aprendizagens coletivas e individuais, a partir do vivido, do experimentado na prática. A sistematização de experiências, discutida pelos autores, é uma estratégia de conhecimento utilizada na Educação Popular e que, na perspectiva da pesquisadora, apresenta uma aproximação conceitual muito grande com a Educação Permanente e pode ser uma ferramenta útil também no cotidiano

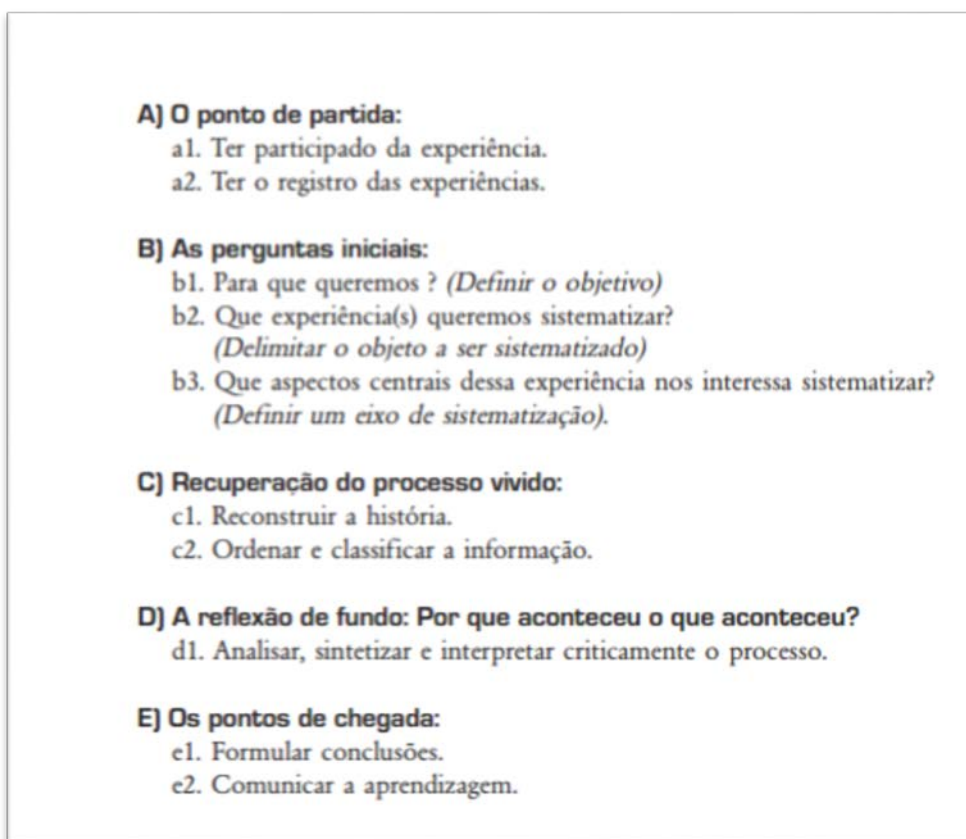
dos serviços de saúde, auxiliando os profissionais a terem uma visão mais ampliada e crítica das suas próprias vivências.

Holliday (2006) afirma que é crescente a constatação do desejo e da necessidade de sistematizar os saberes que permeiam as experiências, porém poucos ainda o fazem, segundo ele por 3 razões básicas: 1 – Parece ser uma tarefa complexa demais, aparentando demandar um esforço extraordinário e especializado; 2 – Não se conta com definições claras, sobre o que significa exatamente fazer uma sistematização e quem são os indicados para fazê-la.; 3 – Na prática é dada pouca prioridade à sistematização. Normalmente não são destinados momentos para isto, sendo comum a fala de que não se tem tempo para sistematizar, devido ao ritmo intenso das atividades. *“Isto reflete, muitas vezes, uma carência nas instituições no que diz respeito a refletir criticamente sobre o nosso fazer”* (HOLLIDAY, 2006, p.11).

Segundo Palma (1992) a sistematização busca compreender e tratar com o qualitativo da realidade, presente nas situações particulares. Seu exercício, de forma participativa, favorece o intercâmbio de experiências; possibilita às equipes melhor compreensão de seu trabalho; produz conhecimentos teóricos a partir da experiência, assim como possibilita o aperfeiçoamento da prática.

A sistematização é aquela interpretação crítica de uma ou várias experiências que, a partir de seu ordenamento e reconstrução, descobre ou explicita a lógica do processo vivido, os fatores que intervieram no dito processo, como como se relacionaram entre si e porque o fizeram desse modo. (HOLLIDAY, 2006, p. 24)

Os profissionais do CAPSad, após a leitura da narrativa, puderam perceber e se atentar para a riqueza das suas práticas e das múltiplas possibilidades de aprendizados a serem extraídos a partir das suas próprias experiências, enxergando a si mesmos como potenciais produtores de conhecimento. Acredita-se que a narrativa contribui de certa forma para a sistematização do vivido, descortinando processos que talvez não estivessem tão claros à equipe. Observou-se também uma similaridade entre as etapas propostas por Holliday (2006) para a sistematização e os passos que foram seguidos até dar forma à narrativa apresentada aos profissionais nesta oficina, conforme explicitado no quadro 8, a seguir:



Fonte: HOLLIDAY, 2006

Quadro 8: Etapas da sistematização de experiências

Como afirma Holliday (2006), apropriar-se da experiência vivida e dar conta dela, compartilhando com os outros os saberes apreendidos, é o que a própria riqueza das experiências pede que se faça. Espera-se que esta prática seja incorporada pela equipe, de modo que os benefícios identificados pelos profissionais através da narrativa possam ser experimentados no cotidiano do trabalho de forma contínua através da sistematização de suas vivências por si próprios. Espera-se que a narrativa tenha servido como uma provocação aos profissionais para se debruçarem de forma crítica sobre o próprio fazer, pois a partir de uma prática permeada pela sistematização, acredita-se ser possível superar o “faz, reclama, faz, faz...” mencionado pelos profissionais, deixando o ativismo e a repetição rotineira, e assim resgatar os sentidos e revelar as riquezas da clínica ad.

Por fim, para sintetizar a experiência que a narrativa propiciou, uma metáfora pode ilustrar um pouco da delicadeza e ao mesmo tempo a potência do processo desencadeado a partir dela: A narrativa é como uma colcha de retalhos, em que cada

pedaço de tecido representa as diferentes vozes. Em meio a essa polifonia, a costura deve ser atenta e cuidadosa, incorporando as diferentes experiências, vivências e percepções, de modo a fazer conhecida a pluralidade que a compõe. A “costura” da narrativa, ao transformar os “retalhos” em “colcha”, mostrou-se como um fio condutor, possibilitando, através da sua materialidade, uma (re)construção simbólica da realidade, a produção novos sentidos às ações e práticas cotidianas da equipe, o reconhecimento e a valorização dos saberes que permeiam o dia a dia de trabalho dentro do CAPSad, assim como dos profissionais que protagonizam essas ações.

Cabe destacar também que a escuta e o trabalho de organizar e sintetizar as informações narradas pelos profissionais, perpassam pelo pesquisador, que nesse processo não tem como ser neutro. O posicionamento do pesquisador, seja a partir de suas perspectivas teóricas ou de vida, marca os limites de sua visão. Suas experiências e motivações explicam o porquê e para que ele se debruça sobre o que foi narrado e, no processo de “costura” das falas e histórias, tudo isso encontra-se, de certa forma, imbricado. Tal aspecto traz enorme responsabilidade a quem se propõe a construir uma narrativa. Tendo isso em vista, buscou-se aqui, ao narrar as perspectivas da equipe do CAPSad sobre suas vivências em relação à Educação Permanente, contribuir para a sistematização das experiências relatadas e vivenciadas no cotidiano, contemplando ao máximo a complexidade e heterogeneidade presentes nas suas falas. Buscou-se reproduzir a pluralidade da equipe, assim como possibilitar em seu interior, reflexões e (re)construções a partir de uma perspectiva crítica e emancipatória.

5.3 Oficina de Ecomapas de Educação Permanente

5.3.1 O Ecomapa de Educação Permanente e o seu papel intercessor.

Após a análise dos dados do grupo focal e da oficina de restituição, observou-se a necessidade de aprofundar um pouco mais os aspectos conceituais da Educação Permanente junto à equipe. Como descrito anteriormente, em muitos momentos os profissionais remetiam-se a processos típicos da Educação Continuada como equânimes à Educação Permanente, ou então apresentavam dificuldade de reconhecer o conhecimento que produziam em ato, no cotidiano de trabalho,

apontando para uma necessidade de ampliação da compreensão e das possibilidades no contexto da Educação Permanente. Mas como provocar novas reflexões na equipe, sem atropelos, em um processo de construção coletiva? Um novo grupo focal poderia ajudar? Talvez um segundo grupo focal pudesse esclarecer melhor alguns pontos em torno da pergunta de pesquisa. Mas do ponto de vista da equipe, como explorar essas questões de modo livre e ao mesmo tempo ofertar *elementos intercessores* que favorecessem novas possibilidades de construção em torno da Educação Permanente?

Abrahão et al (2016) apresentam os *elementos intercessores* a partir do conceito de Deleuze (1998), que define como intercessão aquilo que traz divergências, desvios, interferências e assim, possibilita novas criações:

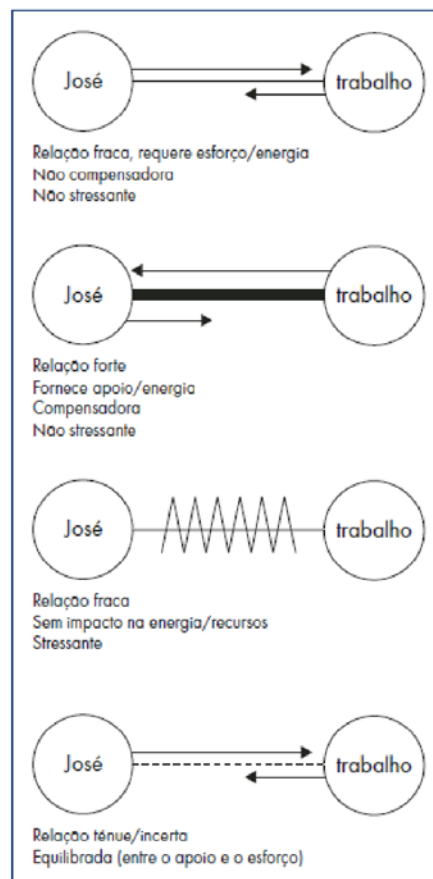
Os intercessores se constituem como interferências, artifícios que incitam a diferenciação de elementos, saberes e acontecimentos, que deslocam e desacomodam outros planos nas relações de saber-poder, desterritorializando-os, criando novos territórios e modos de existência. Um intercessor produz movimento para a descoberta, para o não saber. Parte-se do que se tem, do que se sabe para o que não se tem, o que não se sabe, como, por exemplo, sustentar novas formas de cuidar em liberdade. (ABRAHÃO, et al, 2016, p. 28).

Foi então, com esse propósito que a oficina com os Ecomapas de Educação Permanente foi pensada e elaborada: aprofundar as reflexões em torno da Educação Permanente e ao mesmo tempo ofertar elementos intercessores na equipe, provocando movimentos para novas descobertas e possibilidades de Educação Permanente no CAPSad.

5.3.2 O Ecomapa e a sua adaptação para o contexto da Educação Permanente

O Ecomapa é uma ferramenta tipicamente utilizada para avaliação familiar, sendo útil para identificar as relações e ligações entre o indivíduo, a família e o meio social (AGOSTINHO, 2007). O Ecomapa é capaz de qualificar os tipos de vínculos que um sujeito estabelece com seu ambiente, suas atividades e com as pessoas

significativas em seu cotidiano. Este instrumento foi desenvolvido em 1975 por Ann Hartman, com a finalidade de auxiliar as Assistentes Sociais do serviço público dos Estados Unidos da América (EUA) no trabalho junto às famílias (HOLMAN, 1983). Uma das vantagens de sua utilização é que permite uma linguagem acessível e comum, através de suas representações gráficas, tanto para os sujeitos envolvidos quanto para os profissionais que o assistem, auxiliando na percepção dos recursos e necessidades. Tem sido utilizado em diferentes contextos e serviços, como saúde, assistência social, educação, cultura e outros. Um exemplo de ecomapa pode ser visto na Figura 2:



Fonte: AGOSTINHO, 2007

Figura 2: Exemplo de Ecomapa

A ideia de adaptar o Ecomapa para o uso no contexto da Educação Permanente em Saúde (EPS) surgiu a partir da percepção de que muitas vezes as equipes sentem necessidade de maior investimento em ações de EPS, mas não dispõem de ferramentas que auxiliem na identificação e avaliação das demandas e

recursos disponíveis, assim como da relação estabelecida entre a equipe e tais recursos. O ecomapa veio ao encontro dessa necessidade, mostrando-se uma ferramenta simples, de tecnologia leve, e que poderia ser útil para ampliar a percepção das equipes de saúde sobre as ações de EPS. Adaptou-se então a ferramenta do Ecomapa, a partir da hipótese de que o seu uso propiciaria esse efeito intercessor na equipe, permitindo a sistematização das ações de Educação Permanente, a otimização da linguagem e estratégias comuns à equipe de trabalho, além do suporte para estabelecimento de prioridades, elaboração de projetos e de políticas públicas.

5.3.2.1 Desenvolvimento da Oficina

A oficina com o uso dos Ecomapas de Educação Permanente transcorreu em diferentes momentos, os quais serão detalhados a seguir.

- Momento 1 – Explanação sobre a proposta e posteriormente divisão da equipe em 2 grupos.



- Momento 2 – Aquecimento: Cada grupo recebeu uma caixa com recortes de falas produzidas pelos próprios profissionais (coletadas no grupo focal), que mencionavam as diferentes estratégias de Educação Permanente utilizadas

pela equipe, assim como outras inexistentes, mas que eram desejadas pelos profissionais, fazendo-se assim a introdução do tema a ser abordado na oficina. Os grupos foram orientados a ler e conversar sobre as falas, com vistas às reflexões iniciais e ao aquecimento do grupo para o trabalho. Duração: 15-20 minutos.

- Momento 3 – Entrega dos Materiais: Foi entregue aos grupos cartolina, canetas coloridas, lápis, tesouras e cola branca. Também foram distribuídos aos grupos papéis com alguns nomes de dispositivos/estratégias de Educação Permanente, conforme Quadro 9. Além das ações formativas mencionadas pelos próprios profissionais no grupo focal, foram incluídas outras ações mencionadas na Política de Educação Permanente (BRASIL,2009), visando a ampliação de possibilidades a serem discutidas e avaliadas pela equipe.

Nomes de dispositivos/estratégias de Educação Permanente	
<ul style="list-style-type: none"> ● Cursos de Atualização Presenciais ● Cursos de atualização - EAD 	<ul style="list-style-type: none"> ● Reuniões de Rede ● Matriciamento

<ul style="list-style-type: none"> ● Fóruns Intersetoriais ● Interconsulta e Atendimentos Compartilhados ● Visita domiciliar conjunta ● Estudos de Caso ● Supervisão Clínica ● Reuniões de Equipe ● Especialização ● Intercâmbio Profissional ● Oficinas de programação local ● Avaliação de processos e resultados ● Projeto Engrenagens de EP / MS 	<ul style="list-style-type: none"> ● Encontro com o outro – trabalho interdisciplinar cotidiano ● Redes sociais ● Prática Colaborativa ● Ações comunitárias ● Construção e priorização de problemas ● Seminários de estudos ● Grupos de Discussão ● Teleconferências e redes interativas ● Oficinas de elaboração de projetos de trabalho ● Sistematização de dados locais
---	--

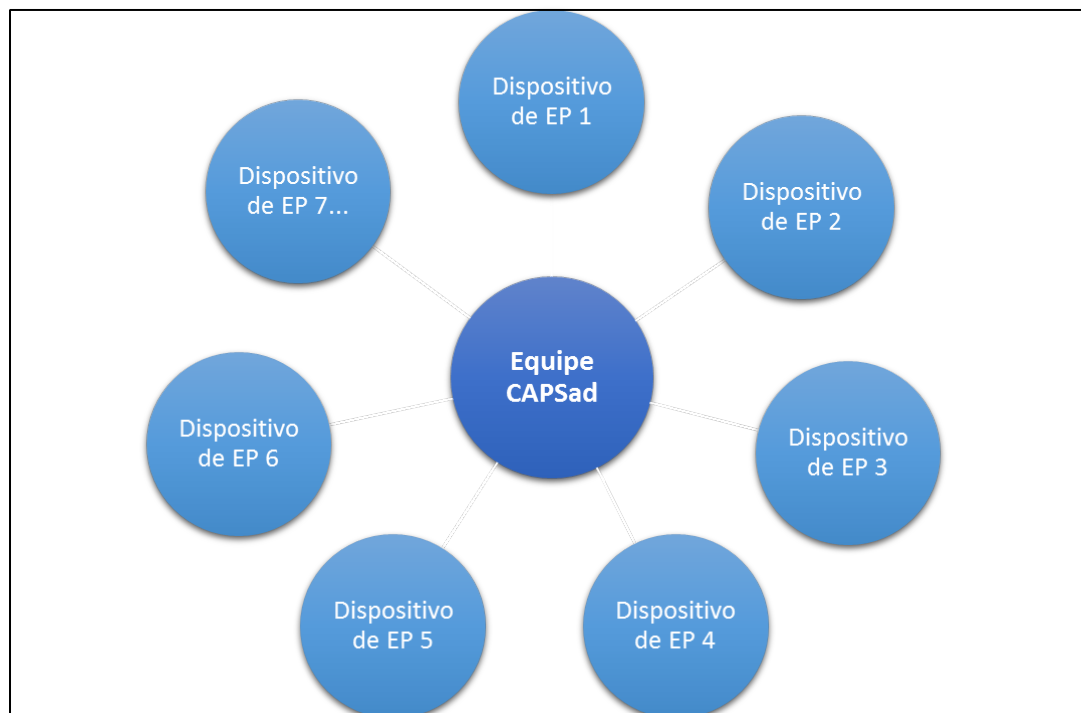
Fonte: própria autora.

Quadro 9: Nomes de dispositivos/estratégias de Educação Permanente

➤ Momento 4 – Construção do Ecomapa de Educação Permanente, em duas etapas.

- Etapa 1: Após o aquecimento e reconhecimento das estratégias de Educação Permanente, os grupos foram orientados a construir um ecomapa de Educação Permanente. A ferramenta foi apresentada aos profissionais e as dúvidas sanadas. A equipe, que deveria ser representada no círculo central do diagrama, foi orientada a elencar as ações/estratégias de Educação Permanente mais significativas para o grupo, sejam aquelas que já utilizavam ou as que não realizavam, mas que desejavam colocar em prática no contexto de trabalho do CAPSad. As ações eleitas pelos profissionais deveriam ser representadas graficamente nos círculos ao entorno (Figura 3). A equipe poderia elencar quantas ações ou dispositivos de Educação Permanente desejasse, utilizando ou não os nomes das ações entregues no início da oficina, estando livre para trazer novos elementos e criar novas

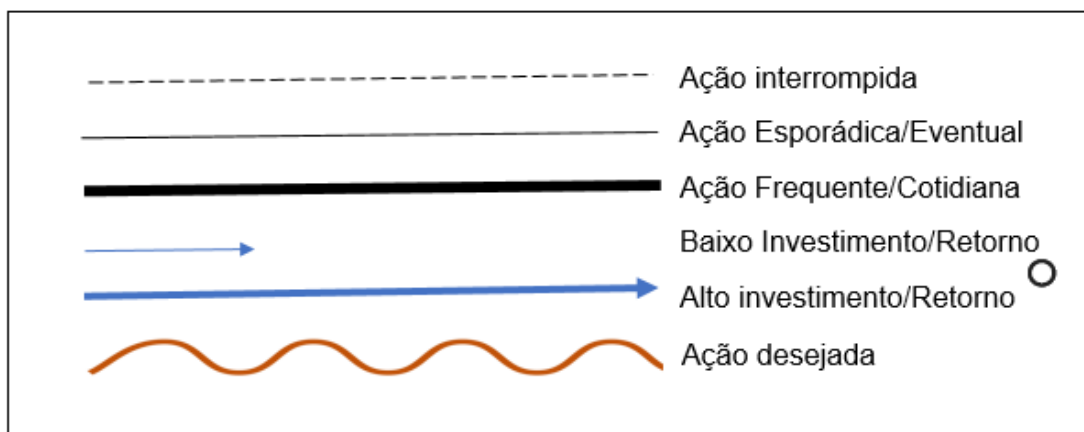
possibilidades. O objetivo era que o mapa funcionasse como um mediador das reflexões em torno do tema, permitindo novos olhares da equipe em relação aos seus processos formativos e de Educação Permanente.



Fonte: própria autora

Figura 3: Representação gráfica das ações no Ecomapa de Educação Permanente

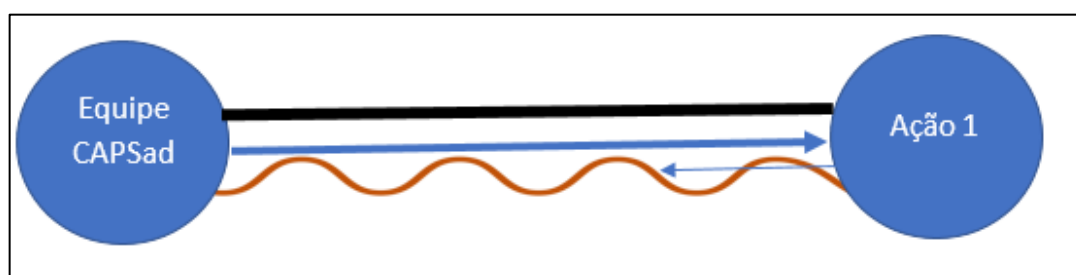
- Etapa 2: Após elencarem as os dispositivos ou ações de Educação Permanente, os grupos foram orientados a qualificar a relação estabelecida entre a equipe e as ações escolhidas para compor o mapa, através da representação gráfica utilizando diferentes tracejados (Figura 4):



Fonte: própria autora

Figura 4: Representações gráficas dos qualificadores do Ecomapa de Educação Permanente

A Figura 5 traz um exemplo de construção do Ecomapa de Educação Permanente, ilustrando como uma ação pode ser qualificada através das representações gráficas sugeridas:



Fonte: própria autora

Figura 5: Exemplo de construção do Ecomapa de Educação Permanente

No exemplo apresentado na Figura 5, é possível inferir que a Ação 1 é uma estratégia de Educação Permanente frequente ou utilizada habitualmente pela equipe, desejada, com alto investimento dos profissionais, porém com baixo retorno/não recompensadora. A partir da combinação entre os diferentes qualificadores utilizados, é possível realizar uma variedade de interpretações e análises. A seguir, nas Figuras 6 e 7, apresenta-se a equipe construindo os seus Ecomapas de Educação Permanente:



Fonte: pesquisa de campo

Figura 6: Construção do Ecomapa de Educação Permanente – grupo 1



Fonte: pesquisa de campo

Figura 7: Construção do Ecomapa de Educação Permanente – grupo 2

- **Momento 5 – Socialização dos Ecomapas de Educação Permanente.** Após a construção dos mapas os grupos foram convidados a apresentar os trabalhos (Figuras 8 e 9) e partilhar percepções, havendo um momento para discussão e reflexão acerca do que foi construído.



Fonte: pesquisa de campo
Figura 8: Ecomapa de Educação Permanente do grupo 1



Fonte: pesquisa de campo
Figura 9: Ecomapa de Educação Permanente do grupo 2

5.3.2.2 Reflexões sobre a Oficina de Ecomapas de Educação Permanente

Após a socialização dos mapas pelos dois grupos, foi realizado um momento de discussão/reflexão, sendo abordados alguns pontos junto aos profissionais:

- Ações de Educação Permanente que ainda não existiam mas eram desejadas;
- Identificação das razões pelas quais algumas ações dão maior ou menor retorno, são mais ou menos recompensadoras para a equipe;
- O que fortalece e o que atrapalha as ações formativas;
- O que mobiliza a equipe, tratando-se da Educação Permanente e a importância do desejo nesse processo;
- Ações interrompidas. Por quê?

5.3.2.2.1 A percepção da equipe sobre a oficina

A equipe relatou apreciar a experiência na oficina com os Ecomapas de Educação Permanente, indicando que o processo de construção dos mapas, ao trazer mais materialidade para as ações, auxiliou para uma visão mais ampliada e sistematizada dos processos formativos que ocorrem no interior do serviço:

Montar os mapas foi muito interessante, bem interessante mesmo. No começo a gente fica assim, parece que não vai sair nada, e aí aos poucos começam a aparecer as ligações, ficando evidente o que a gente já fez, o que tem feito, o que precisa melhorar. Enquanto a gente criava o mapa, também surgiram várias reflexões sobre o que depende da gente, o que depende de recursos, de investimento. Para mim foi muito válido. (equipe)

É, deu para a gente ter uma visão daquilo que a gente faz, o que a gente sonha, o que foi interrompido e precisa voltar, o que foi interrompido e não há necessidade também, etc., além do que a gente precisa melhorar. É interessante a gente colocar no papel aquilo que a gente faz, e conseguir sistematizar as ações para ter uma visão mais ampla, ver possibilidades de melhoria. (equipe)

5.3.2.2.2 Planejamento 'para' e 'como' estratégia formativa

Ao observarem a multiplicidade de ações formativas nos mapas, muitas interrompidas, outras a serem conquistadas ainda, a equipe pontua um aspecto interessante, sobre a necessidade de planejamento para as ações formativas e de Educação Permanente.

Achei muito legal ver o mapa pronto, olhar para ele e ver que a gente faz tantas coisas, mas sem um planejamento adequado, sem priorizar as ações. Sinceramente, não sei como a gente consegue fazer tudo isso sem planejar! [risos]. (equipe)

No nosso grupo chegamos a um consenso mesmo, sobre a questão do planejamento, sobre qual nosso objetivo, onde a gente quer chegar e o que que a gente está fazendo, e sobre a necessidade de avaliar e refletir sobre esses processos. Precisamos saber se as nossas ações estão sendo funcionais e alcançando os objetivos. (equipe)

Eu percebo que temos muito planejamento de ações individuais: 'eu faço meu grupo, eu faço isso, eu faço aquilo.' mas a equipe em si planeja poucas ações em conjunto, falta acharmos esse equilíbrio. (equipe)

Fazer um planejamento melhor, bem estruturado, e uma avaliação dos processos irá nos auxiliar muito e isso depende em grande parte da gente. São várias ações que a gente vai investindo e depois não vê o retorno, não faz a avaliação de como foi. É uma análise que a equipe precisa se organizar para fazer de forma contínua, e acredito que caiba dentro do contexto que estamos discutindo da Educação Permanente. (equipe)

Cunha (2009) defende o ponto de vista que o planejamento estratégico se constitui uma perspectiva metodológica para a Educação Permanente em Saúde, uma vez que mostra-se congruente com a sua proposta, ao possibilitar trabalhar as relações entre os problemas dos serviços de saúde e as necessidades formativas dos profissionais. Nessa perspectiva, observa-se que as atividades de planejamento vão ao encontro das orientações da Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2009, p.22) para elaboração das propostas regionais de Educação Permanente em Saúde, como:

- Identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde;

- Definir e justificar a priorização de um, ou um conjunto de problemas, em relação aos demais, na busca de soluções originais e criativas guardando as especificidades regionais;
- Descrever ações a curto, médio e longo prazo, para o enfrentamento das necessidades identificadas;
- Formular propostas indicando metodologias de execução e correlacioná-las entre si.

Carlos Matus, em uma entrevista sobre Planejamento Estratégico em Saúde, afirma:

Planejar significa pensar antes de agir, pensar sistematicamente, com método; explicar cada uma das possibilidades e analisar suas respectivas vantagens e desvantagens; propor-se objetivos. É projetar-se para o futuro, porque as ações de hoje terão sido eficazes, ou ineficazes, dependendo do que pode acontecer amanhã e do que pode não acontecer. O Planejamento é a ferramenta para pensar e criar o futuro porque contribui com um modo de ver que ultrapassa as curvas do caminho e chega à fronteira da terra virgem ainda não palmilhada e conquistada pelo homem. Essa visão ampla serve como suporte das decisões de cada dia: os pés no presente e o olhar no futuro. (HUERTAS, 1996)

Embora o planejamento seja cada vez mais reconhecido como uma importante ferramenta de gestão no SUS, construir uma cultura de planejamento no interior dos serviços é um grande desafio, uma vez que exige a mobilização e engajamento de gestores e profissionais (NACHIF, ANDRADE, 2011). E tal desafio parece ser ainda maior no contexto de um CAPSad, em que o imprevisível e os atravessamentos do dia a dia são constantes. No entanto, apesar do caráter criativo, inventivo e em ato da clínica ad, o planejamento, não como algo que irá enrijecer, mas ajudar a conduzir, mostra-se importante para alavancar os processos de mudanças dentro do serviço. O planejamento estratégico, participativo e não normativo pode ser útil para reduzir a discrepância entre uma situação real, insatisfatória, e a situação ideal ou desejada pela equipe (MATUS, 1989).

Além disso, acredita-se que o próprio ato de planejar pode se configurar em uma ação formativa e de Educação Permanente, desde que pautado em reflexões

críticas acerca da realidade e feito de forma implicada pelos atores envolvidos para superação dos problemas e desafios cotidianos.

5.3.2.2.3 Demandas formativas e de Educação Permanente: um constante movimento.

Um outro aspecto para o qual a equipe se atentou foi em relação à forma dinâmica com que as necessidades formativas da equipe vão mudando. A equipe percebe que a descontinuidade de alguns projetos e propostas formativas não se deve somente ao não planejamento das ações, mas também ao fato de que, em um trabalho vivo as necessidades não são estáticas, mas tomam formas distintas nos diferentes momentos vivenciados pela equipe:

Desde quando nós começamos com o CAPSad, isso lá em 2012, e a gente agora, 5 anos depois, com tanta coisa que aparece aí, tantas coisas que já foram conquistadas, que também é fruto da experiência nossa do dia-a-dia. Quantas vezes a gente quebrou a cabeça, fez, voltou, refez de novo, e claro que perfeito não é e nunca vai ser, porque a gente sempre está aprendendo. Durante a oficina a gente teve uma discussão sobre quantas vezes a gente monta projeto, desmonta projeto, faz isso, faz aquilo, porque nós também estamos muito atentos, porque nada aqui é estático, tudo muda o tempo todo e isso mostra o quanto estamos atentos à nossa realidade e às necessidades que surgem. (equipe)

E eu acho que quando a gente vê 'ah, isso a gente já teve e perdeu', à medida que a equipe vai se desenvolvendo e amadurecendo, algumas ações continuam sendo significativas, mas a ausência delas não é mais desesperadora. Por exemplo, no começo a gente tinha necessidade de fazer intercâmbios, ir em outros serviços, ver como que funciona, por quê? Porque a gente precisava daquele referencial. Hoje o intercâmbio vai agregar? Vai! Mas hoje a gente não tê-lo não é tão desesperador, é uma perda assim, que você pensa muito mais na perda das visitas domiciliares e das interconsultas do que na perda do intercâmbio. Então a gente começa a pensar o serviço de uma outra forma. As perdas ou descontinuidades elas vão acontecer, pois à medida que você agrega coisas, você tem que se esvaziar de outras. Mas a riqueza dessa mudança eu acho que é uma coisa interessante também. (equipe)

O reconhecimento desse constante movimento das necessidades formativas, mostra a importância da Educação Permanente estar sempre em pauta no interior das equipes, uma vez que cada momento vivenciado trazem demandas distintas de

formação e desenvolvimento dos profissionais. Este aspecto também reforça um dos principais pressupostos da Educação Permanente, que é a construção das propostas formativas não de forma isolada ou de cima para baixo, mas a partir da perspectiva dos profissionais, valorizando o conhecimento dos mesmos sobre a realidade local e suas demandas (MICCAS, BATISTA, 2014), que estão em constante movimento.

5.3.2.2.4 O cuidado com o sujeito-cuidador: uma ação de Educação Permanente

Durante as reflexões acerca do processo vivenciado na oficina, a equipe também pontuou a importância do cuidado com a saúde dos profissionais, mencionando-o como um aspecto importante e que deve integrar as ações de Educação Permanente no serviço:

Uma coisa interessante que a gente se despertou enquanto construía o mapa e acho que entra bem na questão da Educação Permanente, porque visa a saúde e o bem-estar do colaborador, é o espaço motivacional para o profissional. Acredito que cuidar da saúde do seu colaborador seja também Educação Permanente, não é mesmo? (equipe)

Quando a gente trabalha com a saúde mental, a gente acaba absorvendo muita coisa das pessoas. Esse espaço motivacional para você poder trabalhar a saúde do profissional é muito importante. Precisava desse olhar de cuidado com a equipe, com quem está na lida aqui todo o dia, pois não é fácil. E se a mente não está bem, você não consegue progredir, aprender... e você vai refletir isso no atendimento ao usuário. (equipe)

Se o profissional não está bem, provavelmente não estará também tão eficiente e aberto para aprender coisas novas. É preciso ter cuidado para saber se ele dará conta de determinada ação, pois todos podem vivenciar momentos específicos, mais difíceis, e eu não posso colocar uma pessoa que esteja numa situação fragilizada para atender um caso de grande complexidade, com uma carga emocional que muitas vezes ele não vai dar conta naquele momento. É como, num outro contexto de trabalho, você deixar uma carga muito pesada para um sujeito 'fraco' carregar, só que aqui a carga não é pesável, não é mensurável, ela é subjetiva. Então essa questão do cuidado com a equipe, vejo como imprescindível que ela faça parte do processo formativo e de Educação Permanente não apenas aqui, mas em todo o setor da saúde. Acho isso muito importante. (equipe)

Os profissionais apontam a importância de estarem 'inteiros', saudáveis e motivados para que os processos formativos sejam potencializados ou possíveis

dentro do serviço. Os sofrimentos, anseios, conflitos, frustrações, que sobrevêm aos profissionais no cotidiano de trabalho no CAPSad podem trazer insatisfação e afetar o entusiasmo e o desejo, que como já discutido neste trabalho, são cruciais para a efetivação dos processos de aprendizagem e de Educação Permanente. Defende-se então a importância de que o cuidado a estes sujeitos-cuidadores seja incorporado como prática dentro dos serviços de atenção psicossocial. E, nesse sentido, acredita-se que a própria Educação Permanente possa se constituir em uma das estratégias de promoção deste cuidado:

As ações educativas, de Educação Permanente, quando elas acontecem, é muito bom, pois o nosso trabalho é muito cansativo, existe um desgaste muito grande, emocional mesmo, de entrega. Então quando vem uma formação, uma palestra, alguma coisa nova de conhecimento para dar subsídio à nossa prática, é muito bom, nos dá fôlego para continuar. Não deixa de ser uma forma de cuidado com a equipe. (coordenador do CAPSad).

Assim como percebido pela equipe, defende-se então que a Educação Permanente, desde que pautada por relações horizontais e dialógicas, processos criativos, partilha, autonomia e respeito à diversidade, pode ser um fator de atenuação do sofrimento laboral através da promoção de crescimento pessoal e profissional dos trabalhadores, contribuindo para sua valorização, reconhecimento, emancipação e qualidade de vida no trabalho, como aponta FERRAZ et al (2006, p. 346, 347):

A educação permanente no trabalho configura-se como um instrumento para realização de cuidado do sujeito-cuidador[...] A utilização de práticas educativas no trabalho, planejadas e vivenciadas dentro de uma perspectiva que valoriza a subjetividade do ser humano, contribui para a transformação da práxis do cuidado e da qualidade de vida do sujeito-cuidador[...] num exercício de construção e reconstrução de conhecimentos, valores e atitudes.

E mais uma vez, ao final do encontro a equipe mencionou o efeito intercessor da oficina, auxiliando no descortinar de uma visão mais ampla sobre a Educação Permanente, assim como no reconhecimento da sua porosidade no cotidiano de trabalho:

Eu penso que todo mundo aqui tem noção dos processos de melhoria que devem acontecer na rotina do serviço, por exemplo essa questão

do cuidado com a saúde mental do próprio profissional, mas ter esse espaço através da pesquisa, esse momento de reflexão nas oficinas, foi muito válido para a gente revisitar essa questão, e outras também, que muitas vezes ficam um pouco esquecidas no dia a dia da gente. (equipe)

Acho que após a oficina eu percebi que não dá muito para separar a Educação Permanente da nossa prática, a educação está em tudo que fazemos. (equipe)

É legal a gente ter esse tempo para refletir sobre isso, pois nossa visão sobre Educação Permanente, ela vai ampliando, pois pelo que a gente discutiu e está vendo, onde há espaço para melhoria, para reflexão, há espaço também para a Educação Permanente. (equipe)

5.4 Oficinas de Planejamento

A partir da necessidade de planejamento identificada pela equipe na oficina de Ecomapas de Educação Permanente, foram elaboradas e realizadas 2 oficinas junto aos profissionais do CAPSad:

- Oficina de Priorização
- Oficina de Plano de Ação - 5W2H

O objetivo destas oficinas foi auxiliar a equipe a olhar o presente de forma mais sistemática e traçar caminhos futuros em relação aos seus processos formativos.

5.4.1 Oficina de Priorização

Conforme descrito anteriormente, através dos Ecomapas foi possível identificar uma ampla gama de ações de Educação Permanente no contexto do CAPSad, algumas utilizadas rotineiramente pela equipe e vistas como satisfatórias, e várias outras interrompidas ou em andamento, porém pouco recompensadoras. Diante desse cenário detectou-se a necessidade de auxiliar a equipe a analisar tais ações de forma mais sistemática, identificando aquelas prioritárias a partir da perspectiva dos próprios profissionais. A priorização é uma etapa importante do planejamento, uma

vez que é muito difícil enfrentar ou tratar de todas as questões ao mesmo tempo. Os próprios profissionais reconheceram que desejam muitas ações:

Desejo não falta não é, gente? Os mapas estão cheios de ações, a equipe deseja muita coisa! Nós desejamos tudo! [risos] (equipe)

Dessa forma, para auxiliar a equipe a direcionar, priorizar e planejar as ações de forma sustentável na rotina do serviço, foi então proposta esta oficina.

Uma das formas utilizadas para realizar a priorização é através da atribuição de pontuação a um conjunto de critérios como magnitude, urgência, valorização social, disponibilidade de tecnologia, custos, dentre outros, conforme o que for relevante para determinado contexto (NACHIF, ANDRADE, 2011). Neste estudo, optou-se pelo uso de uma Matriz de Priorização, que é uma ferramenta advinda da administração muito utilizada na tomada de decisões e com ótima aplicabilidade à gestão de serviços de saúde (TEIXEIRA, VILASBÔAS, JESUS, 2010).

5.4.1.1 Desenvolvimento da oficina

➤ **Momento 1: Apresentação da oficina e da Matriz de Priorização**

A proposta da oficina de priorização foi apresentada aos profissionais pela pesquisadora, assim como a Matriz (Quadro 10) desenvolvida para essa finalidade e seus critérios de priorização (Quadro 11). A oficina foi realizada em uma sala ampla, onde a Matriz foi aberta em um computador e projetada em uma tela, de modo que todos os profissionais da equipe pudessem acompanhar e colaborar no preenchimento da mesma.

➤ **Momento 2: Entrega de materiais**

Cada profissional recebeu uma folha contendo os critérios e as respectivas pontuações a serem utilizadas na Matriz de Priorização. O objetivo, ao disponibilizar as folhas, foi facilitar a participação dos profissionais que poderiam recorrer às mesmas sempre que necessário.

Na matriz elaborada para a oficina, as ações levantadas pela equipe através dos Ecomapas foram avaliadas quanto aos seguintes critérios:

- Desejo – o quanto a equipe está motivada e desejosa para realizar tal ação;

- Rapidez – prazo necessário para que a ação seja implementada;
- Autonomia – o quanto a equipe tem autonomia para colocar a ação em prática;
- Benefício – qual a abrangência dos benefícios da ação;
- Custo – valor necessário para a implementação da ação.

Cada ação de Educação Permanente foi avaliada a partir dos 5 critérios acima. E para cada critério a equipe atribuiu uma pontuação, que pôde variar entre 1, 3 ou 5, conforme pode ser visualizado nos Quadro 10 e 11, a seguir. Cabe ressaltar que os critérios desejo, rapidez, autonomia e benefício operam em proporção direta, ou seja, quanto mais a ação for desejada, mais rápida for sua implementação, mais autonomia a equipe tiver e maiores forem os benefícios, mais evidência de que determinada ação deva ser priorizada. Já o custo opera em proporção inversa, ou seja, quanto menor o custo para realizar dada ação, maior a possibilidade desta ser priorizada pela equipe.

MATRIZ DE PRIORIZAÇÃO - CAPS-ad							
AÇÃO/ESTRATÉGIA	DESEJO	RAPIDEZ	AUTONOMIA	BENEFÍCIO	CUSTO	NÍVEL DE PRIORIZAÇÃO	GRAU DE PRIORIDADE
1 -							
2 -							
3 -							
4 -							
5 -							
6 -							
7 -							
8 -							
9 -							
10 -							
11 -							
12 -							
13 -							
14 -							
15 -							
16 -							
17 -							
18 -							
19 -							
20 -							

Fonte: própria pesquisadora.

Quadro 10: Modelo da Matriz de Priorização

DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS - MATRIZ DE PRIORIZAÇÃO														
DESEJO			RAPIDEZ			AUTONOMIA			BENEFÍCIO			CUSTO		
Qual o nível de desejo/interesse da equipe para com a estratégia?			Em quanto tempo pode-se colocar em prática a estratégia?			Qual a autonomia da equipe para executar a ação?			Até onde irão os benefícios da ação a ser implantada?			Qual o custo para a implementação da estratégia?		
Alto	Médio	Baixo	1 a 3 meses	3 a 6 meses	6 meses a 1 ano	Equipe ou profissionais podem realizar sozinhos	Depende do envolvimento de outras áreas	Depende da aprovação da gestão municipal	Para toda comunidade e usuários	Para a toda a RAPS	Somente para o CAPSad/ Individual	Sem custo	Baixo custo	Custo Elevado
5 pontos	3 pontos	1 ponto	5 pontos	3 pontos	1 ponto	5 pontos	3 Pontos	1 ponto	5 Pontos	3 pontos	1 ponto	5 pontos	3 pontos	1 ponto

Fonte: própria autora

Quadro 11: Descrição dos critérios utilizados na Matriz de priorização.

➤ Momento 3: Alinhamento e síntese das estratégias a serem priorizadas

As ações elencadas pelos profissionais anteriormente na Oficina de Ecomapas foram sintetizadas, de modo que as ações que estavam repetidas nos Ecomapas dos dois grupos ou então aquelas que eram correspondentes, porém estavam com a nomenclatura um pouco diferente, foram unificadas. Todo o processo de síntese foi feito junto com a equipe e validado antes de darmos início à priorização. Após esse processo, as ações que compuseram a matriz de priorização, foram:

1. Reuniões de equipe (reestruturação)
2. Sistematização de dados/Planejamento de ações e estratégias
3. Análise de desempenho/ avaliações de processos e resultados
4. Discussão de caso
5. Comunicação virtual/redes sociais
6. Ações interdisciplinares/ Práticas compartilhadas/ Interconsultas
7. Ações de fortalecimento da equipe de Saúde Mental do município (CAPSad + CAPSII)
8. Matriciamento
9. Ações comunitárias
10. Reuniões de rede /Articulação com a rede
11. Espaço motivacional para equipe
12. Visitas domiciliares
13. Atualização da equipe – Cursos presenciais
14. Cursos EAD
15. Fóruns intersetoriais
16. Visitas técnicas
17. Supervisão clínica
18. Pós graduação
19. Engrenagens de Educação Permanente/Ativação de rede
20. Percurso formativo
21. Apoio financeiro para Educação Permanente (incentivo)

➤ Momento 4: Preenchimento da Matriz

A Matriz de Priorização foi preenchida coletivamente. A equipe discutiu e avaliou cada estratégia segundo os cinco critérios de priorização (desejo, rapidez, autonomia, benefício, custo), atribuindo as pontuações para cada item. A pesquisadora conduziu a discussão enquanto realizava os registros na planilha, que conforme já foi destacado, estava projetada e visível para acompanhamento de todos os profissionais.

➤ Momento 5: Definição do peso ou importância dos critérios

Após o preenchimento da planilha foi discutido com a equipe se todos os cinco critérios da Matriz de Priorização teriam o mesmo peso para a tomada de decisão. Após um intenso e rico debate coletivo o grupo definiu que os critérios Benefício, Rapidez e Custo teriam um maior peso no cálculo da priorização do que os critérios Desejo e Autonomia. Cabe ressaltar que a equipe optou por não atribuir um peso maior ao critério Desejo, não por não considerá-lo importante, mas devido ao fato de que ele apareceu com pontuação máxima em todas as ações presentes na matriz e, dessa forma, não auxiliaria no processo de priorização. Já em relação ao critério Autonomia, a equipe considerou que o critério Custo teria maior importância, uma vez que consideravam ter certa autonomia para propor as ações, mas a questão financeira era o que mais restringia na realização destas. Ou seja, uma vez que todas as ações eram desejadas pelos profissionais, a equipe decidiu priorizar aquelas que também proporcionassem benefícios mais abrangentes, que pudessem ser realizadas em um menor prazo e com custo mais baixo. Desta forma, na planilha os critérios Benefício, Rapidez e Custo tiveram a pontuação multiplicada por 2, conforme importância atribuída pelos profissionais a cada um (Quadro 12).

Critérios	Peso (fator multiplicador)
Benefício, Rapidez, Custo	2
Desejo, Autonomia	1

Fonte: própria autora.

Quadro 12: Critérios x Peso/ Fator multiplicador para a priorização

➤ Momento 5: Identificando as prioridades através da matriz

Um cálculo médio das pontuações é realizado na matriz, na coluna "Nível de priorização", indicando:

- Nível de priorização Alto = para ações com pontuação média acima de 8,5;
- Nível de priorização Médio = para ações com pontuação média entre 5,1 a 8,4;
- Nível de priorização Baixo = para ações com pontuação média menor que 5.

A partir destas classificações os profissionais puderam visualizar, dentre as diversas ações elencada na Oficina de Ecomapas, aquelas prioritárias, conforme o nível de priorização mais elevado indicado. O resultado da priorização ofereceu um direcionamento à equipe sobre quais ações investir primeiro. Ressalta-se que embora a matriz de priorização seja uma ferramenta que se utiliza de critérios objetivos e quantitativos, buscando com isso uma certa racionalidade técnica, o seu processo de construção foi permeado também pelas preferências e valores dos profissionais, além de estar *“articulada à racionalidade política dos atores sociais participantes do processo”* (BAHIA, 2009). Olhando apenas para o cálculo feito ao final da planilha, pode-se inferir que a Matriz, enquanto um instrumento técnico, seja incapaz de traduzir o que, de fato, é importante ou prioritário para equipe. Mas se observado atentamente o modo com que a ferramenta foi construída, com todos os critérios, pontuações e pesos definidos pela equipe, acredita-se que o resultado final da Matriz possa refletir as prioridades dos profissionais de forma bastante sensível.

Ao final da oficina, dentre as 21 ações avaliadas, as 8 ações priorizadas pela equipe, a partir das variáveis Desejo, Rapidez, Autonomia, Benefício e Custo, foram:

1. Reuniões de equipe (reestruturação);
2. Sistematização de dados, planejamento de ações e estratégias;
3. Análise de desempenho/ Avaliações de processos e resultados;
4. Espaço motivacional para equipe;
5. Discussão de casos;
6. Comunicação virtual/redes sociais;
7. Ações interdisciplinares, práticas compartilhadas, interconsultas;

8. Ações de fortalecimento da equipe de Saúde Mental do município (CAPSad + CAPS II).

Após a identificação das ações definidas como prioridades pela equipe, os profissionais tiveram um momento para reflexão sobre o que lhes chamou a atenção durante a oficina e o processo de priorização realizado.

5.4.1.2 Reflexões provocadas durante a Oficina de Priorização

A oficina de Priorização, ao abordar as ações de Educação Permanente por uma outra ótica, possibilitou novas pontuações, reflexões e questionamentos acerca dos processos de Educação Permanente. A percepção da equipe ao final da oficina foi muito positiva, destacando que a ferramenta foi útil para dar objetividade e direcionamento às questões levantadas pela equipe acerca das ações formativas e de Educação Permanente no CAPSad:

Acho que essa oficina foi muito importante para termos uma visão objetiva, porque até então era tudo muito subjetivo para a gente, e essa ferramenta veio e concretizou. Porque a gente só consegue modificar algo palpável, e assim a gente conseguiu trazer as questões do serviço de uma forma mais palpável. O que estava subjetivo, começa a se desvendar de uma forma mais concreta. A matriz foi uma ferramenta bem interessante nesse sentido. (equipe)

A oficina veio ao encontro justamente de uma das coisas que falta, que é esse planejamento. Achei muito interessante e seria legal a gente fazer isso periodicamente, talvez repetir esse levantamento daqui a um ano. (equipe)

Foi muito interessante hoje, na verdade desde o início, porque reforçou um elemento que apareceu como uma grande necessidade da equipe, que é o planejamento de ações. Hoje, a gente aqui discutindo, identificando e tentando priorizar as ações mais importantes, já começou de alguma forma esse planejamento. O que a gente fez hoje nessa manhã foi uma forma de planejamento. Elencar as prioridades nos ajuda a observar, a analisar, a enxergar por onde a gente vai, onde a gente quer chegar. (equipe)

Além de proporcionar essa materialidade à necessidade de planejamento da equipe, o preenchimento da matriz de priorização mostrou que muitas das ações formativas elencadas pelos profissionais são desejadas pela equipe, trazem amplos benefícios, podem ser implementadas rapidamente e realizadas de forma autônoma

pelos profissionais, além de terem baixo custo. Ao se depararem com isso, a equipe mostrou-se surpresa:

Esse processo de priorização nos fez pensar, não é? Porque tantas ações são desejadas, não dependem de tanta coisa e a gente não está fazendo? (equipe)

Acho que assim, deu para ver que a gente deseja muita coisa e que muitas delas parecem estar ao nosso alcance: a gente tem autonomia para fazer muitas ações, não é muito difícil da gente inicia-las, a gente acredita que no geral o benefício vai ser grande, abrangente à comunidade, ao usuário, à rede e todo mundo, e também sem um custo muito elevado. Foi interessante ver isso. (equipe)

Que a gente quer muito, a gente já sabia. Mas agora dá para ver que além de querer, a gente pode fazer. Muitas coisas podemos começar, pois estão acessíveis, achei muito interessante visualizar isso. (equipe)

Dessa forma, observou-se que a oficina contribuiu para despertar a equipe para o que é possível, em meio às dificuldades que se colocam no dia-a-dia do trabalho, mobilizando forças presentes no cotidiano da equipe. A metodologia utilizada permitiu que os profissionais visualizassem possibilidades e ações de Educação Permanente que poderiam ser implementadas e outras reforçadas, contribuindo para a melhoria do serviço. No entanto, cabe ressaltar o caráter do planejamento e priorização enquanto uma produção social, de modo que as condições e os resultados desse processo encontram-se vinculados histórica e dialeticamente (RANDOLPH, 2016), influenciados pelas subjetividades e dinâmica do grupo que o colocam em prática.

5.4.2 Oficina de Plano de Ação 5W2H

A Oficina de Plano de Ação se deu em um encontro posterior à oficina de priorização, a partir da necessidade de traçar uma estratégia que viabilizasse a implementação das ações formativas priorizadas pela equipe. Ressalta-se que, assim como a Oficina dos Ecomapas e a Oficina de Priorização, a Oficina de Planejamento também não estava prevista ou estruturada à priori, mas ocorreu em resposta ao que ia emergindo do campo. Desse modo, a partir das ações diagnosticadas com alto nível de prioridade, o objetivo desta oficina foi possibilitar a construção de um plano de ação junto à equipe que contemplasse as ações priorizadas pelos profissionais.

5.4.2.1 A ferramenta 5W2H

Após identificar as necessidades formativas e priorizar as ações, o próximo passo foi, então, a elaboração de um plano de Educação Permanente a nível local, que viabilizasse a realização das atividades selecionadas pela equipe. Para tanto optou-se pela utilização da ferramenta 5W2H, amplamente utilizada no âmbito da gestão estratégica (GARCIA, REIS, 2016). A ferramenta 5W2H consiste num plano de ação para atividades pré-estabelecidas e que precisam ser desenvolvidas, mapeando-se o que deve ser feito, quem fará o quê, em qual período de tempo, em qual local, os motivos pelos quais as atividades devem ser feitas, como serão feitas e quanto custarão (MEIRA, 2003). Tem como objetivo central responder a sete perguntas e organizá-las, conforme explicitado no quadro 13 abaixo:

Etapas para aplicação da ferramenta 5W2H			
W	What	O que?	Que ação será executada?
	Who	Quem?	Quem irá executar/participar da ação?
	Where	Onde?	Onde será executada a ação?
	When	Quando?	Quando a ação será executada?
	Why	Por quê?	Por que a ação será executada?
H	How	Como?	Como será executada a ação?
	How Much	Quanto custa?	Quanto custa para executar a ação?

Fonte: Meira (2003).

Quadro 13: Etapas para aplicação da ferramenta 5W2H

5.4.2.1.1 Desenvolvimento da Oficina

- Momento 1 – Apresentação da proposta à equipe

A proposta da oficina foi explanada aos profissionais, bem como apresentada a ferramenta 5W2H, que iria ser utilizada para a realização do plano de ação.

- Momento 2 – Divisão da equipe em pequenos grupos

A equipe foi dividida em três pequenos grupos, de modo que cada grupo ficou responsável pelo planejamento de algumas ações. Como foram priorizadas 8 ações ao total, dois grupos ficaram responsáveis pelo planejamento de três ações cada e um grupo responsável pelo planejamento de duas ações:

Grupo 1 – Sistematização de dados, planejamento de ações e estratégias;

Análise de desempenho/ Avaliações de processos e resultados;

Grupo 2 – Reuniões de equipe (reestruturação);

Espaço motivacional para equipe;

Discussão de casos;

Grupo 3 – Comunicação virtual/redes sociais;








Ações interdisciplinares, práticas compartilhadas, interconsultas;

Ações de fortalecimento da equipe de Saúde Mental do município (CAPSad + CAPS II).

Vale destacar que as 8 ações/estratégias contempladas na Oficina de Plano de Ação representam 38% de todas as ações levantadas pela equipe inicialmente, na Oficina de Ecomapas.

➤ Momento 3 - Distribuição das planilhas 5W2H

Foi entregue em cada grupo os quadros com os itens da metodologia 5W2H impressos (Quadro 14) para que o plano de ação fosse elaborado nos grupos.

 What O QUE	 How COMO	 Where ONDE	 When QUANDO	 Why PORQUE	 Who QUEM	 How much CUSTO
NOME DA AÇÃO A SER PLANEJADA						

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 14: Modelo do Quadro 5W2H utilizado na Oficina de Planejamento

➤ Momento 4 – Elaboração do plano de ação

Cada grupo teve cerca de 1 hora para discutir e realizar o plano de ação para as estratégias sob sua responsabilidade.

➤ Momento 5 – Socialização e validação dos planos de ação

Após a finalização dos trabalhos a equipe se reuniu novamente para a socialização dos planos de ação de cada grupo entre todos os profissionais. Os planejamentos foram compartilhados de modo que toda a equipe também pôde discutir, contribuir e validar a proposta final para cada ação.

As tabelas de planejamento elaboradas pelos profissionais encontram-se em anexo (ANEXO I) e no mesmo dia foram disponibilizadas à equipe e coordenação do serviço, com o intuito de que os profissionais já pudessem dar início à execução das ações planejadas.

5.4.2.1.2 Reflexões provocadas durante a Oficina de Plano de Ação

Ao final do encontro a equipe mencionou satisfação em poder ter um espaço de planejamento, reflexão e construção coletiva através das oficinas realizadas na pesquisa:

Porque essa proposta que vivenciamos aqui pôs a gente para pensar, refletir, olhar para várias coisas que aconteciam, várias coisas que precisam ser melhoradas. E o mais legal é que não foi algo de cima pra baixo. Nós levantamos os pontos, nós estamos discutindo e buscando caminhos para as necessidades que nós mesmos identificamos como prioridade, como importante para o nosso trabalho. Pode ser que daqui a um tempo a gente olhe e diga, nossa hoje é completamente diferente, pois não deixa de ser um retrato do que estamos vivendo hoje. Mas essa proposta de sentar, de 'vamos analisar, refletir, vamos pensar juntos', isso na Saúde Mental como um todo seria muito válido, talvez seja um caminho a ser tentado, para pensarmos e construirmos novas formas e possibilidades, não apenas para o CAPSad, mas para a Saúde Mental no município. (equipe)

Porque eu vejo que o que este trabalho provocou na equipe do CAPSad foi algo muito positivo. Queria muito que a outra equipe também tivesse essa vivência. (gestora municipal de Saúde Mental). (equipe)

Esses encontros que nos foram proporcionados através da pesquisa, essa metodologia de construção coletiva, foi algo muito válido. E nesse modelo, foi leve e prazeroso para a equipe. Porque foi um caminho, foi construído. A gente chegou até aqui através de um processo, de falar das nossas angústias primeiro, de identificar uma série de aspectos para depois enxergar o que falamos aqui hoje. Nós não chegamos nesse ponto de repente. Houve todo um movimento, gradual, dividido nas etapas, a gente levantou as nossas dificuldades e agora a gente está propondo uma ação. (equipe)

CONSIDERAÇÕES FINAIS (E PROVISÓRIAS)

Concluir um trabalho não é uma tarefa simples. Especialmente quando se trata de um percurso tão rico, que, no seu desenrolar, suscitaram-se mais perguntas do que respostas, acentuaram-se inquietações, desvendando-se novas direções e caminhos possíveis. Talvez esse “gostinho de quero mais”, seja algo próprio do pesquisar-intervir, pois é um processo que não se encerra, mas como afirma Merhy (2016), sempre se consolida provisoriamente. Dessa forma, serão tecidas aqui, algumas sínteses provisórias (como sempre serão tratando-se de processos vivos e em ato, como a Educação Permanente em Saúde), que podem e devem ser ampliadas a partir de novas perguntas, olhares, reflexões e análises.

O contato com o campo da pesquisa tornou evidente o caráter complexo e dinâmico do CAPSad, marcado por uma clínica imprevisível, de produção de subjetividades e encontros singulares. Diante de tamanha complexidade e tratando-se de um campo novo e em construção na área da saúde, o déficit na formação dos profissionais acentua sua importância, colocando-se como um grande desafio a ser superado. Em meio a um trabalho prescrito tênue e frágil, distante de acordos conceituais e atravessado por múltiplas referências, os profissionais são convocados a fabricar o cuidado em ato, dia a dia e encontro a encontro.

Dessa forma, torna-se fundamental o investimento na formação dos profissionais inseridos no contexto do CAPSad, para além da formação de competências e habilidades técnico-científicas. Faz-se necessária a promoção de espaços formativos que promovam uma atitude ético-reflexiva acerca das concepções de saúde e cuidado, que estimule os profissionais a protagonizar a produção do conhecimento a partir das suas próprias vivências, vínculos e relações entre a equipe e os usuários, revisitando suas práticas e reinventando a si mesmos. Nesse cenário a Educação Permanente coloca-se como um caminho para possibilitar o desenvolvimento da equipe, preparando-a para lidar com os desafios inerentes à atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas.

No entanto, é importante considerar que a Educação Permanente, por si só, não pode garantir todas as transformações necessárias no cuidado e assistência ofertados no CAPSad. Pois como Lemos (2016) afirma, conferir grande peso ao trabalhador como elemento de mudança, sem considerar as condições estruturais básicas, que impactam diretamente a qualidade dos serviços de saúde, pode ser um caminho arriscado. É importante que a Educação Permanente esteja articulada à

adequadas condições de trabalho e à um modelo de gestão que favoreça os processos formativos no interior das equipes.

O estudo mostrou que vários desafios que ainda se colocam como empecilhos para que a Educação Permanente se consolide no dia a dia do CAPSad: compreensão restrita e falta de conscientização dos profissionais e gestão quanto ao papel central da Educação Permanente; resistências pessoais; não priorização da Educação Permanente enquanto política pública municipal, com reduzido investimento nas ações formativas; sobrecarga de trabalho que compromete os espaços destinados à reflexão, elaboração subjetiva e aprendizado em serviço; desvalorização profissional, baixa remuneração e dupla/tripla jornada de trabalho, que deixam o vínculo profissional-instituição enfraquecido e também prejudicam a disponibilidade dos profissionais para se dedicar aos processos formativos; burocratização do serviço, que acaba por comprometer o tempo que seria destinado às atividades formativas, assim como limita os processos criativos no interior da equipe; atravessamentos políticos e descontinuidade administrativa, que acentuam as precariedades do trabalho e acarretam também certa descontinuidade das ações formativas e de Educação Permanente. Por outro lado, a equipe também reconhece que as dificuldades vivenciadas e percebidas, acabam por atuar como uma espécie de “mola propulsora” para que a equipe se desenvolva e busque a transformação do trabalho.

Dentre os fatores favoráveis aos processos formativos e de Educação Permanente, destacam-se a disponibilidade, desejo e motivação da equipe para aperfeiçoar suas práticas; o comprometimento com o trabalho e a preocupação em ofertar uma assistência de qualidade aos usuários do CAPSad; a garantia do espaço protegido das reuniões semanais, nas quais toda equipe se encontra para discutir as questões clínicas e administrativas do serviço, sendo esse um espaço propício para reflexões e ações formativas; além da postura favorável da coordenação local e diretoria de Saúde Mental do município, no sentido de apoiar e promover situações de aprendizado e de Educação Permanente. Na experiência aqui apresentada, constatou-se que o trabalho em equipe e a prática colaborativa mostram-se como elementos centrais para a produção de cuidados no CAPSad, constituindo-se como um dispositivo de fortalecimento e alívio, auxiliando no enfrentamento dos desafios e incertezas que marcam o trabalho nesse campo.

Um outro aspecto importante, apontado pela equipe durante o processo da pesquisa, foi a necessidade do cuidado com a saúde dos profissionais, como um aspecto fundamental para a efetivação dos processos de aprendizagem e de Educação Permanente. É preciso ter fôlego, estar inteiro, pois somente assim é possível uma prática inventiva, crítica e reflexiva. Defende-se então a importância do cuidado aos sujeitos-cuidadores do CAPSad, como parte integrante das ações de Educação Permanente.

Algumas questões que ainda permanecem: Como, em meio às dificuldades, despertar a imaginação e instrumentalizar a criatividade da equipe para o enfrentamento dessas? Como articular as angústias e os modos de sentir e fazer da equipe à estratégias potentes de ensino aprendizagem? Quais seriam as melhores estratégias e ferramentas para romper com as possíveis resistências e potencializar o compartilhamento de saberes e o aprendizado no dia a dia da equipe? Como desenvolver uma cultura de reflexão permanente sobre a realidade e tornar os encontros na clínica ad oportunidades que privilegiem cada vez mais o livre pensar, as “afetações” e ressignificações do vivido? Como potencializar a construção dos cotidianos de trabalho como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional? São questões que não possuem respostas prontas ou definitivas, mas devem acompanhar os profissionais e gestores na busca cotidiana para que o trabalho e a equipe se constituam cada vez mais em campos férteis para as trocas, partilhamento e produção de novos saberes.

Acredita-se que a pesquisa-intervenção permitiu uma ativação de potências no interior da equipe, despertando o olhar e o reconhecimento da produção de saberes presente no cotidiano, nos encontros e (des)encontros da clínica ad. O grupo focal desdobrou-se em um espaço privilegiado de expressão e escuta, possibilitando a produção de conhecimento em ato, à medida em que as diferentes vozes iam tomando corpo e produzindo ecos entre o coletivo ali reunido. A restituição realizada através da narrativa, ao sistematizar o vivido, possibilitou aos profissionais (re)compor as experiências do cotidiano do trabalho, descortinando questões que não estavam tão claras à equipe e contribuindo para a produção de novos sentidos identitários e de pertencimento. A Oficina de Ecomapas de Educação Permanente permitiu o aprofundamento das reflexões e ao mesmo tempo ofertou elementos intercessores, provocando novas descobertas e possibilidades em torno da Educação Permanente.

Já as oficinas de planejamento, com o uso da matriz de priorização e a ferramenta 5W2H, trouxeram maior materialidade e direcionamento para as ações, proporcionando uma visão mais sistematizada dos processos formativos que ocorrem no interior do serviço.

O processo gradual em que se operou a pesquisa-intervenção, desde o grupo focal até as oficinas, possibilitou os profissionais refletirem e analisarem suas próprias estratégias formativas, ampliando a visão sobre a Educação Permanente. Observou-se um despertar para diferentes estratégias de ensino-aprendizagem e o reconhecimento do próprio trabalho em equipe como espaço formativo. A equipe atentou-se para a porosidade Educação Permanente nas diversas situações de trabalho, reconhecendo a produção do conhecimento em ato, cotidiana, para além dos espaços tipicamente legitimados de formação.

Acredita-se que a pesquisa realmente traduziu-se em uma intervenção, sendo reconhecida como tal pelos próprios profissionais. Nesse processo os trabalhadores tiveram papel de protagonistas na produção de conhecimento, atuando como co-pesquisadores e contribuindo para as análises e construção de sentidos, em uma relação de negociação e parceria. O percurso construído de forma coletiva entre pesquisadora e profissionais constituiu-se também como um instrumento de Educação Permanente e qualificação pessoal no trabalho, possibilitando a interrogação de práticas, provocando rupturas e facultando a produção de novas possibilidades e caminhos.

Longe da pretensão de esgotar o tema ou de propor certezas acerca dos processos de Educação Permanente, espera-se, através deste estudo, contribuir para dar voz aos profissionais que atuam no contexto da Saúde Mental em álcool e outras drogas, assim como ofertar novos elementos, produzir deslocamentos e novas visibilidades sobre os processos formativos no cotidiano da clínica ad.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L. et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: MERHY, E.E. et al (orgs.) Avaliação compartilhada do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

AGOSTINHO, M. Ecomapa. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, v. 23, n. 3, 2007. Disponível em: <<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10366/10102>>. Acesso em: 15 set. 2017.

AGUIAR, K. F.; ROCHA, M. L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. Psicologia: ciência e profissão, Brasília, v. 27, n. 4, 2007.

AL MAMUN, M. IBRAHIM, H.M.; TURIN, T.C. Social media in communicating health information: an analysis of Facebook groups related to hypertension. Prev Chronic Dis; v.12, n.11, 2015.

ALMEIDA, S. F. C.O lugar da afetividade e do desejo na relação ensinar-aprender. Temas de Psicologia. n. 1, 1993.

ALVES, H.M.C.; DOURADO, L.B.R.; CORTÊS, V.N.Q. A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. Ciência e Saúde Coletiva, v.18, n.10, 2013.

ALVES, R. Conversas sobre educação. Campinas: Verus; 2003.

AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ANJOS FILHO N.C.; SOUZA, A.M.P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil, Bahia, Brazil. Interface (Botucatu). v.21, n.60, 2017.

ASSIS, J. T. et al. Percursos Formativos na RAPS: aprendendo e ensinado entre pares. Anais do 12º Congresso Internacional da Rede Unida. Suplemento Revista Saúde em Redes, v.2 n.1, 2016.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Manual prático de apoio a elaboração de Planos Municipais de Saúde. / Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Salvador: SESAB, 2009.

BAKHTIN, M. Estética da criação verbal. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BALLARIN, M.L.G.S et al. Centro de Atenção Psicossocial: convergência entre Saúde mental e Coletiva. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 16, n. 4, 2011.

BALLARIN, M.L.G.S. A formação do Terapeuta Ocupacional: conversando sobre o ensino de grupos e em grupos. In: MAXIMINO, V. LIBERMAN, F. (orgs.). Grupos e Terapia Ocupacional: formação, pesquisa e ações. São Paulo: Summus Editorial, 2015.

BARROS, S. CLARO, H.G. Processo ensino aprendizagem em saúde mental: o olhar do aluno sobre reabilitação psicossocial e cidadania. Rev Esc Enferm USP; v.5, n.3, 2011.

BARROS, S.; EGRY, E. Y. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub judice. São Paulo: Cabral. 2001.

BARTH, P.O. et al. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. v.16, n.3, p.604-11, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.22020>> Acesso em 22/05/2017.

BATISTA, K.B.C.; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, 2011.

BICHAFF, R. O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da reforma psiquiátrica. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BLEGER, J. O grupo como instituição e o grupo nas instituições. In: Temas de Psicologia, entrevista e grupos. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BLEGER, J. Psicologia da conduta. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BRASIL. Comissão Nacional de Reforma Sanitária, Ministério da Saúde. Documentos III. A questão dos Recursos Humanos e a Reforma Sanitária. Rio de Janeiro 1987.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União. Brasília, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 224 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, 1992.

_____. Ministério da Saúde (MS). Lei nº 10.216, de 6 abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 336 de 2002. Diário Oficial da União.

_____. Ministério da Saúde (MS). Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool

e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004. (p.73)

_____. Ministério da Saúde (MS). A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde (MS). Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM 1.174 de 7 de julho de 2005. Diário Oficial da União.

_____. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente. Diário Oficial da União 2007.

_____, Ministério da Saúde. O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS. Portal da Saúde, 2007. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/oficiodasupervisao.pdf>. Acesso em: 23/09/2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS). Nota Técnica 29: Discutindo carreiras no SUS. 2013. Disponível em <<http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-29-2013-Discutindo-Carreiras-no-SUS.pdf>> Acesso em: 23/09/2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016.

CAMPOS, G. W. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

CAPOBIANCO, L. Comunicação e Literacia Digital na Internet – Estudo etnográfico e análise exploratória de dados do Programa de Inclusão Digital ACESSA-SP – PONLINE. Dissertação (Mestrado em Ciências da Comunicação). Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo, 2010.

CASTRO, L. R. de. A politização (necessária) do campo da infância e da adolescência. *Psicologia Política*, v.14, n.7, 2008.

CASTRO, L.R.; BESSET, V.I. (Orgs.). Pesquisa-Intervenção na Infância e Juventude. Rio de Janeiro: Nau; Faperj, 2008.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.16, 2005

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v.14, n.1, 2004

CERQUEIRA, P. Ensino e assistência em saúde mental: por uma assistência psiquiátrica em transformação. *Cadernos IPUB*, v.3, 1996.

CHIAVERINI, D.H. et al. (orgs.) Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CHO, J.; TRENT, A. Validity in qualitative research revisited. *Qualitative Research Journal*, v. 6, n. 3, 2006.

CRESWEL, J.W. Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens. Porto Alegre: Penso, 2014.

CUNHA, I.S. Educação Permanente em Saúde e Planejamento Estratégico Situacional: o caso da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2009.

DAVINI, M.C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DECROP, A. Qualitative Research Practice. A guide for social science students and researchers. *Rechercher et Applications en Marketing*, v. 19, 2004.

DEJOURS, C. *Le Facteur Humain*. Paris: Presses Universitaires de France, 1995.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. *Itinéraire Théorique en Psychopathologie du Travail*. Paris: Revue Prevenir, 1990.

DELEUZE, G. *Conversações*. São Paulo: Ed. 34, 1998.

DELGADO, P.G.G. Aos trabalhadores de saúde mental dos CAPS. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Caderno Informativo do Congresso Brasileiro de CAPS*. Brasília, 2004.

DENZIN, N.K. *Sociological Methods*. New York: McGraw-Hill, 1978.

ESPERIDIÃO, E. A Enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. *Rev Bras Enferm*. v.66(esp), 2013.

ESTEVES et al. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. In: MERHY, E.E. et al (orgs.) *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

FERNANDES, J.D. et al. Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. *Rev. Enfermagem*, v.56, n. 54, 2003.

FERRAZ, F. et al. Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v.36, n. 3, 2012.

FERRAZ, F. et al. Educação permanente no trabalho como um processo educativo e cuidativo do sujeito-cuidador. *Rev Gaúcha Enferm*, v.27, n. 3, 2006.

FERREIRA, T.; GOYATÁ, F. A supervisão clínico-institucional: dos riscos e das possibilidades. *Cad. Saúde Mental*; v.3, n. 1, 2010.

FERRER, A. L. Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura. 2007. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

FEUERWERKER, L.C.M.; CAPOZZOLO, A.A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: CAPOZZOLO, A.A.; CASETO, S.J.; HENZ, A.O. *Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREIRE, P. Educação como prática da liberdade. 19.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

FREIRE, P. Pedagogy of the city. New York: Continuum, 1995.

GABRE, S. F. Mediação cultural para a pequena infância: um projeto educativo no Museu Guido Viaro. Dissertação (Mestrado em Patrimônio Cultural e Sociedade), Univille, Joinville, 2011.

GALLETTI, M. C. *Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Goiânia: Ed. da UCG, 2004.

GARCIA, P. T.; REIS, R.S. Gestão pública em saúde: O plano de saúde como ferramenta de gestão. São Luís: EDUFMA, 2016.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. Revista de Administração de Empresas, v. 35, 1995.

GODOY, S. et al. In service nursing education delivered by videoconference. J Telemed Telecare, v.10, n. 5, 2004.

GOMES, M. E. S.; BARBOSA, E. F. A técnica educativa de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. Educativa, 1999. Disponível em: <http://www.tecnologiadeprojetos.com.br/banco_objetos/%7B9FEA090E-98E9-49D2-A638-6D3922787D19%7D_Tecnica%20de%20Grupos%20Focais%20pdf.pdf> Acesso em: 07/12/2015.

GOMES, M.P.C et al. Formação e qualificação: um estudo sobre a dinâmica educativa nas equipes de saúde mental do Rio de Janeiro, Brasil. Interface (Botucatu), v.17, n.47, 2013.

GRIGOLO, T.; DELGADO P.G.; SCHMIDT, M.B. Avaliar CAPS: um retrato do funcionamento da rede de serviços substitutivos no Brasil. In: Campos FB, Lancetti A, organizadores. Saúde e loucura: experiências da reforma psiquiátrica. São Paulo: Hucitec; 2010.

GUATTARI, F; ROLNIK, S. Micropolítica: Cartografia do Desejo. Petrópolis: Vozes, 1986. 327p.

GUION, Lisa A. Triangulation: establishing the validity of qualitative studies. Gainesville: University of Florida, 2002.

HAGUETE, T.M.F. Metodologia qualitativa em sociologia. 11.ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

HENSE, D. S. S; ECKERT, E.R.; PENNA, C.M.M.A A devolução dos resultados de pesquisa: uma questão de cidadania. Texto & contexto enferm. v.3, n.1, p.92-101,1994.

HOLLIDAY, O. J. Para sistematizar experiências. Tradução de: Maria Viviana V. Resende. 2. ed., revista. – Brasília: MMA, 2006. 128 p. (Série Monitoramento e Avaliação, 2). Disponível em: <http://www.mma.gov.br/estruturas/168/_publicacao/168_publicacao30012009115508.pdf> Acesso em: 23/09/2017.

HOLMAN, A.M. Family assesement: tools for understanding and intervention. Beverly Hills, California: Sage Publications, 1983.

HORTA, R.L.; ESSWEIN, G. C.; HORTA, C.L. Percepção de profissionais de saúde de CAPS I quanto a demandas relativas ao consumo de crack. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n. 4, 2013.

HUERTAS, F. O Método PES: entrevista com Matus. São Paulo: Fundap, 1996.

JORGE, M.S.B. et al. Gestão de recursos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 16, n.3, 2007.

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

JULIANI, D.P. Utilização das redes sociais na educação: guia para o uso do Facebook em uma instituição de ensino superior. *Novas Tecnologias na Educação.*, v.10, n.3, dezembro, 2012.

KANTORSKI, L.P.; SILVA, E.N.F. As concepções e cenários do ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. *Rev Bras Enferm*, v. 54, n. 3, 2001.

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

LANCETI, A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec, 2008. apud MARTINS, J.S. CAPSad III Primavera: entre a cor cinza da tecno-burocracia e as cores vibrantes que articulam clínica e política. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Sergipe, 2015.

LAPASSADE, G. Grupos, organizações e instituições. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

LEÃO, A.; BARROS, S. As Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Mental acerca do Modelo de Atenção e as Possibilidades de Inclusão Social. *Saúde Soc.* São Paulo, v.17, n.1, 2008.

LEMOES, C.L.S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, n.3, 2016.

LIBERMAN, F. *Danças em Terapia Ocupacional*. São Paulo: Summus, 1998.

LIMA, F.; MERHY, E.E. Produção de conhecimento, ciência nômade e máquinas de guerra: devires ambulantes em uma investigação no campo da saúde coletiva. In: MERHY, E.E. et al (orgs.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

LOPES, S.R.S et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. Comunicação, Ciências e Saúde, Brasília, v. 18, n. 2, 2007.

LOURAU, R. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LOURAU, R.; LAPASSADE, G. Chaves da Sociologia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972.

MARQUETTI, F.C.; KINOSHITA, R.T., A ação como precursora do pensamento no humano. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, v. 19, n.2, 2011.

MARTINS, J.S. CAPSad III Primavera: entre a cor cinza da tecno-burocracia e as cores vibrantes que articulam clínica e política. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Sergipe, 2015.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In. RIVERA, F.J.U. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

MAXIMINO, V.; LIBERMAN, F. Cenas em Formação: buscando na prática os pressupostos para o que fazemos com grupos. In: MAXIMINO, V. LIBERMAN, F. (orgs.). Grupos e Terapia Ocupacional: formação, pesquisa e ações. São Paulo: Summus Editorial, 2015.

MEDEIROS, N.M.H. Educação Permanente como dispositivo de co-gestão: a concepção dos profissionais de Saúde da Família do Conselho de Acompanhamento da Atenção Básica (CONACO). Dissertação (mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal de São Paulo, 2011.

MEIRA, R. C. As ferramentas para a melhoria da qualidade. Porto Alegre: SEBRAE, 2003.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E. Educação Permanente em Movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. Saúde em Redes. v.1, n.1, 2015

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.16, 2005.

MERHY, E.E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, E.E; AMARAL, H. (Org.). *Reforma Psiquiátrica no cotidiano II*. 1ed. São Paulo: Hucitec, v. 1, s.n, 2007.

MERHY, E.E. Vivenciar um campo de formação de profissionais de saúde: dobrando em mim o fazer da Unifesp Baixada Santista. In: CAPOZZOLO, A.A.; CASETO, S.J.; HENZ, A.O. *Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v.2, n.2, 2006.

MICCAS, F.L.; BATISTA, S.H.S.S. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev Saúde Pública* v.48, n. 1, 2014.

MILHOMEM, M.A.G.C.; OLIVEIRA, A.G.B. O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial. *Cogitare Enfermagem*, v.12, n.1 p.101-8, 2007.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, L. et al. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: ONOCKO-CAMPOS, R. et al. (Eds). *Pesquisa avaliativa em saúde mental*. São Paulo: Hucitec, 2008.

MITRE, S.M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc. saúde coletiva* v.13, n.2, 2008.

MOEBUS, R. Pesquisa interferência desde Heisenberg. In: MERHY, E.E. et al (orgs.) *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

MOREIRA, M. I. C. Pesquisa-intervenção: especificidades e aspectos da interação entre pesquisadores e sujeitos da pesquisa. In: CASTRO, L. R; BESSET, V. L. (Orgs.) *Pesquisa-intervenção na infância e juventude*. NAU: Rio de Janeiro, 2008.

MORGAN, D. L. *The Focus Group Guidebook*. Thousand Oaks: Sage, 1998.

MUNIZ, M. P. Cartografia dos processos educativos presentes no cotidiano de trabalho da equipe de Enfermagem de um Hospital Psiquiátrico. *Dissertação (mestrado)*. Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Enfermagem, 2011.

NACHIF, M.C.A.; ANDRADE, S.M.O. Planejamento em Saúde. In: CORREIA, A.D.M.S. et al (orgs.) *Integralidade na atenção à saúde*. Campo Grande, MS: Ed. UFMS: Fiocruz. Disponível em <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf> Acesso em: 15 set. 2017.

NEVES, V. F. A. Pesquisa-ação e Etnografia: Caminhos Cruzados. Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 1, n. 1, 2006.

NOGUEIRA, F.A. Continuidade e Descontinuidade Administrativa em Governos Locais: Fatores que sustentam a ação pública ao longo dos anos. Dissertação (mestrado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. Rev Latino-am Enfermagem, v.11, n.3, 2003.

ONOCKO CAMPOS, R. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.21, n. 4, p.1269-1286, 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, 2001.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J.P. Narratives: use in qualitative health-related research. Rev Saude Publica, v. 42, n, 6, 2008.

PALMA, D. La Sistematizacion como estrategia de conocimiento en la Educación Popular: el estado de la cuestión en América Latina. “Estado Actual de la Sistematización”. CEAAL. Santiago de Chile, 1992.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, n.30, 2009.

PESSANHA, J., SILVA, C.O, ROTENBERG, L. Uma experiência de restituição de resultados em saúde do trabalhador. Rev. ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade, v 3, n.1, 2013.

PINTO, L. F. ROCHA, C.M.F. Inovações na Atenção Primária em Saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. Ciência & Saúde Coletiva, v.21, n.5, 2016.

RANDOLPH, R. A utopia do planejamento e o planejamento da utopia: o longo caminho de um contraplanejamento até o alcance da justiça social. In: XIV Coloquio Internacional de Geocrítica Las utopías y la construcción de la sociedad del futuro Barcelona, 2-7 de mayo de 2016. Disponível em: <http://www.ub.edu/geocrit/xiv_rainerrandolph.pdf> Acesso em: 23/09/2017.

RIBEIRO, S.L.S. Memória Institucional: o trabalho como elo de identidade e pertencimento. Revista RETC – Edição 13ª, outubro de 2013.

RIBEIRO, E.C.; MOTTA, J.I. Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde. *Divulg Saúde Debate*. v.12, 1996.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROGERS, C. *Liberdade de Aprender em Nossa Década*, 2ª. Edição, Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.

SANTOS, L.C. História e legitimação organizacional: reflexões acerca das narrativas histórico-organizacionais. *Rev. Organicom*, v.11, n. 20, 2014. Disponível em: <<http://www.revistaorganicom.org.br/sistema/index.php/organicom/article/viewFile/683/531>>. Acesso em: 23/09/2017.

SANTOS, L.F.M.; MENDES, V.M. Nós e o campo: compondo o lugar de pesquisadoras-estrategistas. In: MERHY, E.E. et al (orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

SARACENO B, DUA T. Global mental health: the role of psychiatry. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, v.259, n.2 (suplement), 2009.

SATO, L. Pesquisar e intervir: encontrando o caminho do meio. In: CASTRO, L.R.; BESSET, Vera Lopes. (Orgs.). *Pesquisa-Intervenção na Infância e Juventude*. Rio de Janeiro: Nau; Faperj, 2008.

SCHEFFER, G.; SILVA, L. G. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, v.118, 2014.

SCHNEIDER, A.R.S. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, 2009

SCHNEIDER, D.R. A atuação do psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial voltado para álcool e outras drogas (CAPSad): os desafios da construção de uma clínica ampliada. *Extensio: R. Eletr. de Extensão*, Florianópolis, v. 11, n. 17, 2014.

SCHWARTZ M. S., SCHWARTZ C. G., 1955, Problems in participant observation, *American journal of sociology*, v.LX, n.4, 343-353. Apud MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: Contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.31, n.3, 2011.

SILVA E SILVA, D.L.; KNOBLOCH F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas. *Interface (Botucatu)*, v.20, n.57, 2016.

SILVA, A.N. *et al.* Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa *Ciência & Saúde Coletiva*, v.20, n.4, 2015.

SILVA, E.A.; COSTA, I.I. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go. *Psicologia em Revista*, v.14, n.1, 2008

SILVA, G.M. *et al.* O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 15, n. 2, 2012.

SILVA, J. P. L.; TAVARES, C.M.M. Educação permanente de profissionais de saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, 2003.

SILVA, N. S. *et al.* Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. *Texto Contexto Enferm*, v. 22, n. 4, 2013.

SILVEIRA, R.W.M.; REZENDE, D.; MOURA, W. A. Pesquisa-intervenção em um CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v.3, n.2, 2010.

SOARES, L.B.T. História da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (orgs.). *Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

SPRADLEY, J. P. *Participant observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston Ed. 1980.

TAVARES, C.M.M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto Contexto Enferm*, v. 15, n. 2, 2006.

TEIXEIRA, C.F.; VILASBÔAS, A.L.Q; JESUS, W.L.A. Proposta metodológica para o planejamento no Sistema Único de Saúde. In: TEIXEIRA, C.F. (org.) *Planejamento em saúde : conceitos, métodos e experiências*. Salvador : EDUFBA, 2010.

TONIN, M.R.; BARREIROS, G.B.; BARREIROS, A.B.B. Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS de Santo André-SP. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v.8, n.18, 2016.

TRAD L.B. Grupos Focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. *Physis*, v.19, n.3, 2009.

TURATO, E.R. Métodos quantitativos e qualitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*, v.39, n.3, 2005.

UCHIDA, S. *et al.* O trabalhar em serviços de saúde mental: entre o sofrimento e a cooperação. *Rev. Laboreal*. v.7, n.1, 2011.

VARELA, D.S.S. *et al.* Rede de saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas. *Rev. Esc Anna Nery*, v.20, n.2, 2016.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M.A.F, DUARTE, F.A.B. A inserção e as práticas do enfermeiro no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) da cidade de São Paulo, Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.19, n.1, 2011.

VASCONCELOS, E. M. (2008). Reforma psiquiátrica no Brasil: Periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual. In: VASCONCELOS, E.M (Org.), Abordagens psicossociais: Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec.

VASCONCELOS, T.C. Pesquisa enquanto intervenção, tradução, compreensão e construção de sentidos: nuances da interação verbal pesquisador-pesquisado. Revista Teias v.14, n.31, 2013.

VASCONCELOS, V.C. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. SMAD 2010, v.6, n.14, 2010. Disponível em <www.eerp.usp.br/resmad>. Acesso em 10/08/2017.

VASCONCELOS, V.C.; AZEVEDO, C. Trabalho em saúde mental: vivências dos profissionais Diante dos resultados. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 17, n. 4, 2012.

VERONESE, L.G. Barreiras, fronteiras e passagens: a burocracia e o laço social na saúde mental pública brasileira - travessia de uma experiência. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Psicologia Social e Institucional, 2015.

VIDAL, F.V.L.; BRITO, J.N. Educação permanente e saúde mental: um estudo bibliográfico. Revista Tema, v.7, n.10/11, 2008.

VILLA, E.A.; CADETE, M.M.M. Portas abertas: novas possibilidades no ensino da enfermagem psiquiátrica. Rev.latino-am.enfermagem, v. 8, n. 6, 2000.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO FOCAL

Prezado profissional, você está sendo convidado para participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL: PESQUISA INTERVENÇÃO EM UM CAPSad”, proposta pelo Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Para decidir se você deve concordar ou não em participar dessa pesquisa, favor ler atentamente todos os itens abaixo, os quais irão informá-lo e esclarecê-lo acerca de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais você passará.

Nome do Pesquisador: Marina Pinto Coelho
 Orientador: Prof^a Dr^a Viviane Santalucia Maximino
 Co-Orientador: Prof^a Dr^a Flávia Liberman Caldas

1. Identificação do (a) voluntário (a) da pesquisa:

Nome: _____ Gênero: _____
 Identidade/RG: _____ Formação: _____
 Ano Formação: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Telefone/Contato: _____

2. Objetivo da pesquisa:

A presente pesquisa tem como objetivo ampliar a discussão e reflexão sobre as práticas de ensino e educação permanente realizadas pelos profissionais que atuam no CAPSad do município de Pouso Alegre – MG. Espera-se através do estudo: identificar as ações existentes e as necessidades de educação permanente da equipe do CAPSad; caracterizar as dificuldades vivenciadas pela equipe e levantar sugestões para o aprimoramento do processo de educação permanente da equipe do CAPSad.

3. Descrição dos procedimentos realizados:

Para alcançar os objetivos da pesquisa, serão realizados grupos focais com os profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional do CAPSad. O grupo focal consiste em uma discussão estruturada para obter informações relevantes de um grupo de pessoas, sobre um tema específico. Os grupos focais serão feitos com até 12 participantes, em um ou mais encontros, com duração entre 1 e 2 horas, em locais e datas a serem agendados previamente pelo pesquisador. Todos os encontros serão filmados e gravados e as falas coletadas serão transcritas na íntegra, para posterior análise dos dados. Ressaltamos que os dados obtidos a seu respeito neste estudo, serão analisados em conjunto com os de outros voluntários, não sendo divulgado a sua identificação em nenhum momento.

4. Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa:

Não haverá riscos diretos relacionados à sua participação na pesquisa, no entanto você poderá sentir alguns desconfortos ao compartilhar informações pessoais ou ao abordar alguns tópicos nos quais você possa sentir incômodo em falar. Destacamos que para evitar tal desconforto, você estará livre para responder ou não a qualquer pergunta e para se manifestar ou não durante as discussões realizadas. Além disso, outro fator de desconforto poderá ser o tempo que será dispendido para a participação na pesquisa.

5. Benefícios da pesquisa:

Você não terá nenhum benefício direto ao participar da pesquisa. Contudo, espera-se que os resultados do estudo sirvam para ampliar a discussão e reflexões sobre o tema. Almeja-se que esta discussão sirva como eixo possibilitador de melhorias nos processos educacionais ofertados aos profissionais que atuam no CAPSad, contribuindo assim para a construção de uma assistência integral e de qualidade em saúde mental. A pesquisadora compromete-se a divulgar os resultados obtidos.

6. Despesas e compensações:

Você não terá despesa e nem compensação financeira relacionada à sua participação nessa pesquisa.

7. Direito de confidencialidade:

Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros e imagens estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo. Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será sempre mantida em sigilo.

8. Esclarecimento de dúvidas:

As pesquisadoras podem ser procuradas a qualquer momento em caso de dúvidas. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelas pesquisadoras, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/EPM, localizado à Rua Botucatu, 572, 1º andar – Conjunto 14, CEP: 04023-061–São Paulo/SP. Tel: (11) 5571-1062 fax: (11) 5539-7162. Horário de atendimento telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 9:00 às 13:00hs

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu fui informado verbalmente e por escrito sobre os dados dessa pesquisa e todas as dúvidas com relação a minha participação foram satisfatoriamente respondidas. Tive tempo suficiente para decidir sobre minha participação e aceito voluntariamente participar deste estudo. Sei que poderei retirar o meu consentimento a qualquer hora, antes ou durante a mesma, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Pouso Alegre, ____ de _____ de _____.

Voluntário:

Pesquisador Responsável
Marina Pinto Coelho
marinapc@hotmail.com
035 9249-0910

Orientadora da Pesquisa
Viviane Santalucia Maximino
vivimax10@yahoo.com.br
011 99455-8072

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENTREVISTAS

Prezado profissional, você está sendo convidado para participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL: PESQUISA INTERVENÇÃO EM UM CAPSad”, proposta pelo Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Para decidir se você deve concordar ou não em participar dessa pesquisa, favor ler atentamente todos os itens abaixo, os quais irão informá-lo e esclarecê-lo acerca de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais você passará.

Nome do Pesquisador: Marina Pinto Coelho
 Orientador: Prof^a Dr^a Viviane Santalucia Maximino
 Co-Orientador: Prof^a Dr^a Flávia Liberman Caldas

1. Identificação do (a) voluntário (a) da pesquisa:

Nome: _____ Gênero: _____
 Identidade/RG: _____ Formação: _____
 Ano Formação: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Telefone/Contato: _____

2. Objetivo da pesquisa:

A presente pesquisa tem como objetivo ampliar a discussão e reflexão sobre as práticas de ensino e educação permanente realizadas pelos profissionais que atuam no CAPSad do município de Pouso Alegre – MG. Espera-se através do estudo: identificar as ações existentes e as necessidades de educação permanente da equipe do CAPSad; caracterizar as dificuldades vivenciadas pela equipe e levantar sugestões para o aprimoramento do processo de educação permanente da equipe do CAPSad.

3. Descrição dos procedimentos realizados:

Para alcançar os objetivos da pesquisa, serão realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde que compõem gestão do CAPSad. As entrevistas serão feitas individualmente com duração de até 1 hora, em locais e datas a serem agendados previamente pelas pesquisadoras. As entrevistas serão filmadas e gravadas e as falas coletadas serão transcritas na íntegra, para posterior análise dos dados. Ressaltamos que os dados obtidos a seu respeito neste estudo, serão analisados em conjunto com os de outros voluntários, não sendo divulgado a sua identificação em nenhum momento.

4. Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa:

Não haverá riscos diretos relacionados à sua participação na pesquisa, no entanto você poderá sentir alguns desconfortos ao compartilhar informações pessoais ou ao abordar alguns tópicos nos quais você possa sentir incômodo em falar. Destacamos que para evitar tal desconforto, você estará livre para responder ou não a qualquer pergunta e para se manifestar ou não durante as discussões realizadas. Além disso, outro fator de desconforto poderá ser o tempo que será dispendido para a participação na pesquisa.

5. Benefícios da pesquisa:

Você não terá nenhum benefício direto ao participar da pesquisa. Contudo, espera-se que os resultados do estudo sirvam para ampliar a discussão e reflexões sobre o tema. Almeja-se que esta discussão sirva como eixo possibilitador de melhorias nos processos educacionais ofertados aos profissionais que atuam no CAPSad, contribuindo assim para a construção de uma assistência integral e de qualidade em saúde mental. A pesquisadora compromete-se a divulgar os resultados obtidos. /2

6. Despesas e compensações:

Você não terá despesa e nem compensação financeira relacionada à sua participação nessa pesquisa.

7. Direito de confidencialidade:

Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros e imagens estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo. Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será sempre mantida em sigilo.

8. Esclarecimento de dúvidas:

As pesquisadoras podem ser procuradas a qualquer momento em caso de dúvidas. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelas pesquisadoras, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/EPM, localizado à Rua Botucatu, 572, 1º andar – Conjunto 14, CEP: 04023-061–São Paulo/SP. Tel: (11) 5571-1062 fax: (11) 5539-7162. Horário de atendimento telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 9:00 às 13:00hs

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu fui informado verbalmente e por escrito sobre os dados dessa pesquisa e todas as dúvidas com relação a minha participação foram satisfatoriamente respondidas. Tive tempo suficiente para decidir sobre minha participação e aceito voluntariamente participar deste estudo. Sei que poderei retirar o meu consentimento a qualquer hora, antes ou durante a mesma, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Pouso Alegre, _____ de _____ de _____.

Voluntário:

Pesquisador Responsável
Marina Pinto Coelho
marinapc@hotmail.com
035 9249-0910

Orientadora da Pesquisa
Viviane Santalucia Maximino
vivimax10@yahoo.com.br
011 99455-8072

APÊNDICE III

ROTEIRO GRUPO FOCAL – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL CAPSad

1 - Apresentação e TCLE

- Apresentação da Pesquisa, em linguagem apropriada e acessível. Destacar a justificativa da escolha do entrevistado, bem como a importância da sua contribuição para a pesquisa.
- Leitura e Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Abertura para esclarecimento de possíveis dúvidas.

2 – Questões Norteadoras

- Qual o significado de Educação Permanente e como vocês enxergam este processo na rotina da equipe?
- Quais são as ações existentes de Educação Permanente no CAPSad? Como vocês percebem estas ações? Elas são suficientes? Quais os benefícios elas trazem para a equipe?
- Vocês tiveram a oportunidade de participar de algum tipo de formação antes de iniciarem o trabalho no CAPSad?
- Hoje vocês se consideram preparados para lidar com as demandas de trabalho no CAPSad?
- O que ajuda o seu trabalho? O que atrapalha o seu trabalho?
- Quais as necessidades de Educação Permanente vocês identificam, tendo-se em vista o cotidiano de trabalho no CAPSad?
- Vocês enfrentam algum tipo de dificuldade em relação à Educação Permanente? Se sim, quais são estas dificuldades?
- Na visão da equipe, há estímulos por parte da coordenação de saúde mental do município para que ações de Educação Permanente sejam realizadas?
- Quais são as sugestões da equipe para o aprimoramento e/ou criação de novas práticas de educação permanente no CAPSad?

APÊNDICE IV

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - GESTORES

1 - Apresentação e TCLE

- Apresentação da Pesquisa, em linguagem apropriada e acessível. Destacar a justificativa da escolha do entrevistado, bem como a importância da sua contribuição para a pesquisa.
- Leitura e Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Abertura para esclarecimento de possíveis dúvidas.

2 – Questões Norteadoras

- Você já se aproximou das políticas de Educação Permanente?
- Em sua visão, qual o papel da Educação Permanente no contexto da Saúde Mental e na atenção aos usuários com transtornos devido ao uso de álcool e outras drogas?
- Você acha que as ações previstas na Políticas Nacional de Educação Permanente são realidade para os profissionais de Saúde Mental do município de Pouso Alegre?
- Quais são as ações de educação permanente existentes, voltadas para os profissionais que atuam no CAPSad?
- Como você enxerga essas ações? Quais as contribuições ou desafios elas trazem para as equipes?
- A partir da sua visão como gestor, você considera que a equipe tem a formação adequada para lidar com as demandas do CAPSad? É possível identificar quais são as principais necessidades/carências de formação por parte dos profissionais que compõem a equipe?
- Como você imagina que pode contribuir para os processos formativos da equipe enquanto gestor?
- Você vivencia alguma dificuldade para implementar ações de educação permanente com os profissionais do CAPSad?
- Quais são as suas sugestões para melhoria dos processos de Educação Permanente no CAPSad?

ANEXO I - Tabelas de plano de ação 5W2H elaboradas pelos profissionais

O QUE	COMO	ONDE	QUANDO	PORQUE	QUEM	CUSTO
1 - REUNIÕES DE EQUIPE (reestruturação)	<p>Inserir momentos específicos para estudos de caso nas reuniões (prática + teoria + visão diferentes especialidades). Enfatizar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), preparação prévia do caso por um responsável a ser definido previamente, domínio do caso a ser compartilhado com a equipe.</p> <p>Potencializar a participação da Rede nas reuniões, elaborar pauta compartilhada da contratransferência. Encaminhar pauta com antecedência para os componentes da rede, para que os mesmos venham participar das reuniões já munidos de informação sobre os casos, favorecendo uma discussão mais produtiva e um engajamento maior de todos os envolvidos.</p> <p>Obs.: Manter organização prevista para as reuniões.</p>	No CAPSad	<p>1 vez por mês, durante reunião de PTS. Cada mês um profissional traz um caso.</p> <p>1 vez por mês, no horário já reservado para reunião de rede.</p>	<p>Aprofundamento Teórico, Ampliar conhecimento teórico</p> <p>Fortalecer as ações de rede; Construir um raciocínio único, facilitando a condução dos casos.</p>	<p>O Técnico de Referência (T.R) do caso, articulando com os outros profissionais envolvidos.</p> <p>O coordenador local, ou uma pessoa determinada para organizar a pauta a ser compartilhada e os casos que serão discutidos.</p>	Nenhum

O QUE	COMO	ONDE	QUANDO	PORQUE	QUEM	CUSTO
<p>2 - SISTEMATIZAÇÃO DE DADOS, PLANEJAMENTO DE AÇÕES E ESTRATÉGIAS</p>	<p>Colher dados importantes do serviço para estatísticas (perfil dos usuários atendidos, tipos de droga em uso, gênero, classe social, idade, escolaridade, internação, altas mensais e motivos – abandono ou melhora, atendimentos judiciais, público das oficinas, número de atendimentos, etc. Para isso, adaptar a planilha já existente de produção, para maior especificação dos dados lançados. Equipe sugere que seja feita uma oficina para elaboração desses indicadores.</p> <p>Montar histórico dos usuários e acompanhar o progresso do tratamento. Divulgar os dados mensalmente e discuti-los em equipe.</p> <p>Realizar, a partir dos dados coletados, uma reunião de planejamento e avaliação anual.</p>	CAPSad	<p>Compilação dos dados mensalmente + Reuniões de apresentação e análise anuais.</p>	<p>Favorecer o direcionamento das ações, melhoria nos serviços oferecidos.</p>	<p>Agente administrativo ou outro técnico específico. (Sugestão dada foi direcionar um técnico de enfermagem para auxiliar nesta atividade)</p>	<p>Outro Agente Administrativo? ou Nenhum se conseguir utilizar membros da própria equipe.</p>

O QUE	COMO	ONDE	QUANDO	PORQUE	QUEM	CUSTO
3 - ANÁLISE DE DESEMPENHO/ AVALIAÇÕES DE DE E PROCESSOS E RESULTADOS	<p>Traçar objetivos a serem analisados. Quais pontos são importantes para a avaliação do desempenho individual, da equipe e dos processos?</p> <p>Análise Desempenho: Autoanálise periódica Análise individual com o gestor</p> <p>Avaliação de processos: Indicadores – índice de evasão, altas melhoradas.</p>	<p>CAPSad</p> <p>Reuniões de equipe (Avaliações de processos)</p> <p>Individual com cada membro da equipe (Análise de desempenho)</p>	3, 6, ou 12 meses, dependendo do ponto a ser analisado.	<p>Melhoria do serviço oferecido</p> <p>Melhor performance individual e do grupo</p>	<p>Equipe</p> <p>Agente administrativo</p> <p>Coordenação</p>	Nenhum

O QUE	COMO	ONDE	QUANDO	PORQUE	QUEM	CUSTO
4 - ESPAÇO MOTIVACIONAL PARA EQUIPE	Reservar espaço nas reuniões de equipe onde os próprios membros se revezarão para conduzir atividades motivacionais – Projeto Ativamente*	CAPSad, reunião de equipe	Mensalmente	Promover o fortalecimento da equipe Manter equipe motivada para o trabalho	Equipe CAPSad, sendo 1 profissional responsável por conduzir este momento a cada mês.	Nenhum
	Encontros da equipe fora do ambiente de trabalho.	A combinar	Periodicamente	Estreitar laços, relacionamento, criação de vínculos. Evitar falar de assuntos de trabalho.	Equipe e seus familiares	Variável.

*O projeto Ativamente já foi iniciado pela equipe, paralelamente ao desenrolar da presente pesquisa.

O QUE	COMO	ONDE	QUANDO	PORQUE	QUEM	CUSTO
5- DISCUSSÃO DE CASOS	<p>Apresentar um caso clínico na reunião e discuti-lo a fundo com toda a equipe. Importante sair do senso comum, embasamento teórico.</p> <p>Apresentação dos casos novos (Acolhimento) pelos TRs nas reuniões.</p> <p>Fracionar o tempo em discussões de caso com instituições convidadas a participar da reunião do CAPS, distribuindo tempo de fala a todos. Reunião de Rede intersetorial.</p>	<p>No espaço de reunião clínica do CAPSad</p> <p>No matriciamento</p>	<p>Mensalmente para as reuniões de rede</p> <p>Mensalmente para as discussões de caso clínico</p> <p>Semanalmente para a apresentação dos casos clínicos</p>	<p>Compartilhar do saber de cada profissional</p> <p>Fortalecer o PTS, e a clínica Ampliada</p> <p>Qualificar o Profissional</p> <p>Compartilhar o caso.</p>	<p>Profissionais do CAPSad, com: Um coordenador do CAPSad e TR</p> <p>No matriciamento, profissional responsável.</p> <p>Na reunião de rede, profissionais da rede.</p>	Nenhum

O QUE	COMO	ONDE	QUANDO	PORQUE	QUEM	CUSTO
6 COMUNICAÇÃO VIRTUAL/REDES SOCIAIS	<p>Compartilhamento de informações nos grupos de whatsapp, facebook e email.</p> <p>Elaborar meios de divulgação do CAPSad, incluindo endereço /redes sociais. Folder, cartilha digital, etc</p> <p>Divulgar ações e envolver os usuários, estimulando-os a acessar os conteúdos postados.</p>	Internet, Redes Sociais	Semanalmente, sugestão 2 vezes por semana, alimentar as redes sociais com informações novas.	Fortalecimento do serviço; Troca de informações, atualização profissional. Envolver o usuário, promovendo o acesso à informações importantes para o tratamento. Divulgar para a comunidade o trabalho desenvolvido no CAPSad	<p>Todos da equipe que façam uso das redes sociais.</p> <p>Facebook, definir pessoa específica para alimentar a página semanalmente. Os conteúdos poderão ser sugeridos por todos.</p>	Nenhum

O QUE	COMO	ONDE	QUANDO	PORQUE	QUEM	CUSTO
<p>7- AÇÕES INTERDISCIPLINARES, PRÁTICAS COMPARTILHADAS, INTERCONSULTAS</p>	<p>Prática colaborativa entre diferentes profissionais para a condução de oficinas, grupos e visitas domiciliares em conjunto.</p> <p>Criar espaços para trocas de experiências entre os membros da equipe nas reuniões semanais.</p> <p>Realizar interconsultas (médico + Técnico de Referência do usuário) com mais frequência.</p> <p>Manter o já praticado no fluxo do serviço – encaminhamentos e trocas entre os profissionais.</p>	<p>CAPSad</p> <p>No território dos usuários (VDs)</p>	<p>Sempre que necessário ou quando solicitado.</p>	<p>Atender as necessidades biopsicossociais dos usuários.</p>	<p>Toda equipe</p>	<p>Nenhum</p>

O QUE	COMO	ONDE	QUANDO	PORQUE	QUEM	CUSTO
8- AÇÕES DE FORTALECIMENTO DA SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO - CAPSad + CAPSII	Estimular encontros para fortalecer vínculos entre equipes	Encontros e Grupos de Estudo em local neutro, fora do CAPSad e fora do CAPSII (visando reduzir possíveis resistências).	Bimestral	Construção de vínculos entre equipes para posterior execução de ações em comum, em prol do fortalecimento da Saúde Mental no município. Potencialização das trocas e prática colaborativa. Enriquecimento das equipes, aprendizado entre pares.	Gestor de Saúde Mental e coordenadores dos 2 CAPS, envolvendo os demais profissionais das equipes para tarefas específicas.	Nenhum
	Realizar estudo de casos conjuntos (teoria e prática)		Anual			
	Realizar grupos de estudos entre as equipes sobre temas comuns à saúde mental.					
	Elaboração de um projeto comum de saúde mental do município. Construção de um plano de ação anual. Elaboração e execução partilhada pelas duas equipes.					

ANEXO II – Autorização Prefeitura Municipal de Pouso Alegre



**PREFEITURA DE
POUSO ALEGRE**
Desenvolvimento que orgulha a todos nós.

Pouso Alegre, 11 de fevereiro de 2015.

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo

ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

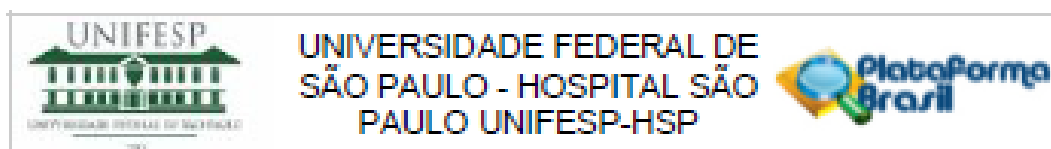
Eu, **LUIZ FERNANDO DA FONSECA RIBEIRO**, Secretário Municipal de Saúde de Pouso Alegre/MG, venho por meio desta informar a V. S^a que autorizo a pesquisadora **MARINA PINTO COELHO**, discente do Curso de mestrado profissional em ensino em ciências da saúde a realizar/desenvolver a pesquisa intitulada **“EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL: PESQUISA INTERVENÇÃO EM UM CAPSad”**, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Viviane Maximino, Pesquisadora Responsável pelo Projeto.

Ressalto que os dados coletados deverão ser mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Saliento ainda os pesquisadores do projeto devem utilizar os dados coletados na pesquisa tão somente para fins científicos e garantir a divulgação dos resultados encontrados à Secretaria Municipal de Saúde de Pouso Alegre.

Luiz Fernando da Fonseca Ribeiro
Secretário Municipal de Saúde
Pouso Alegre - MG

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua: Comendador José Garcia, nº 280 – 4º Andar.
Edifício Profª Zilda – Centro.
Pouso Alegre, MG – 37550-000
Fone: (35) 3449-4903

ANEXO III – Aprovação Comitê de Ética



Continuação do Parecer: 1.577.755

em caso de dúvidas. 2- O TCLE que foi enviado será aplicado para os participantes do grupo focal. Será necessário também, enviar TCLE adaptado para a participação nas entrevistas semi estruturadas (adaptado e com as correções solicitadas na pendência 1).

resposta: adequação realizada no TCLE. Pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_662046.pdf	01/06/2016 00:58:46		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.docx	01/06/2016 00:57:52	MARINA PINTO COELHO MAGALHÃES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataformaBrasil_2.doc	01/06/2016 00:52:39	MARINA PINTO COELHO MAGALHÃES	Aceito
Outros	respostaparecer.docx	01/06/2016 00:48:57	MARINA PINTO COELHO MAGALHÃES	Aceito
Outros	Cartaanuenciapdf	22/03/2016 14:47:20	MARINA PINTO COELHO MAGALHÃES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.docx	22/03/2016 14:40:14	MARINA PINTO COELHO MAGALHÃES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataformaBrasil.doc	15/03/2016 22:23:23	MARINA PINTO COELHO MAGALHÃES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/03/2016 22:00:56	MARINA PINTO COELHO MAGALHÃES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.025-081
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com