

Daiane Rocha

**A PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES DA SAÚDE SOBRE OS
RESULTADOS DE UMA CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL
NO PROCESSO DE TRABALHO DA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Mestrado Profissional) da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Orientador: Prof. Dr. Ricardo Ricci Uvinha

Florianópolis
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rocha, Daiane

A percepção de trabalhadores da saúde sobre os resultados de uma capacitação em Saúde Mental no processo de trabalho da Atenção Básica / Daiane Rocha ; orientador, Ricardo Ricci Uvinha, 2017.
91 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Processo de Trabalho. . 3. Educação Permanente em Saúde. 4. Saúde Mental.. I. Uvinha, Ricardo Ricci . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.

Daiane Rocha

**A PERCEÇÃO DE TRABALHADORES DA SAÚDE SOBRE OS
RESULTADOS DE UMA CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL
NO PROCESSO DE TRABALHO DA ATENÇÃO BÁSICA**

Esta Dissertação de Mestrado Profissional foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Florianópolis, 10 de agosto de 2017.

Prof.^a Magda do Canto Zurba, Dr.^a
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof. Ricardo Ricci Uvinha, Dr.
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Maria Terezinha Zeferino, Dr.^a
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^{ra}. Tânia Maris Grigolo, Dr.^a
Faculdade de Ciências Sociais de Florianópolis

Prof. Walter Ferreira Oliveira, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Caminhos do cuidado em cordel”

Ministério da Saúde
GHC e Fiocruz
Trabalharam em parceria
Num projeto que conduz
E que o saber prorroga
No trabalho sobre droga
Embasado pelo SUS(...)
O Caminhos do Cuidado
Promoveu reflexão
Pra cada profissional
Sobre a saúde mental
Dando orientação(...)
E na sua atuação
Deve ter humanização
E no cuidado ir além(...)
Pra que sua atuação
Tenha muito acolhimento
Pra quem está em sofrimento
Precisando de atenção.
A pessoa que usa droga
Não deve ser excluída
Precisa é de respeito
De falar e ser ouvida
De se sentir cidadã,
Acreditar no amanhã;
Precisa ser acolhida.
Esse trabalho é importante
Para sensibilizar
O ACS e o ATenf
Que poderão desfrutar
Destas orientações
Dando contribuições
No processo do cuidar.

(Anne Karolynne S. Negreiros, Enfermeira e
cordelista/Pernambuco, 2013)

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo conhecer e apresentar as implicações de uma ação de Educação Permanente em Saúde Mental – *Caminhos do Cuidado* no processo de trabalho da atenção básica na região de saúde grande Florianópolis. O estudo, caracteriza-se por uma abordagem qualitativa, com a utilização de pesquisa exploratória, para representar o problema investigado, por meio de Análise de Conteúdo de forma crítica e reflexiva, que resultou em três categorias: Saúde Mental na Atenção Básica, Processos de Trabalho e Educação em Saúde. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada em três municípios sorteados para compor a pesquisa, dos quais participaram nove profissionais de unidades de saúde, dentre as formações estão o nível médio, técnico e superior. A partir da percepção desses profissionais, apresentou-se os resultados que confluíram com a literatura acerca da educação permanente em saúde na transformação das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, apontando para a presença de espaços de educação permanente e/ou reuniões de equipe constituída com a presença de todos profissionais mostram mudanças significativas na consolidação do cuidado à saúde mental na Atenção Básica, e oferta de uma clínica ampliada. Em contrapartida, equipes com processo de trabalho burocratizado, individualizado e focado em especialistas, apresentam dificuldades com as demandas do cotidiano, e na oferta de ações e serviços que visem a integralidade do cuidado.

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

ABSTRACT

This work aims to know and present the implications of an action of Permanent Education in Mental Health - Pathways of Healthcare in the work process of primary healthcare in the region of Great Florianópolis. The study is characterized by a qualitative approach, using exploratory research to represent the problem investigated through Content Analysis, in a critical and reflexive manner, resulting in three categories: Mental Health in Primary Healthcare, Work Processes and Health Education. Data collection was done through a semi-structured interview in three municipalities, drawn to compose the research, in which nine professionals from healthcare units with the following educational graduations participated: high school, technical school and university. The results are presented based on the perception of these professionals, which came together with the literature on permanent healthcare education. The discussion goes through the transformation of the practices developed in healthcare services, pointing to the presence of permanent education spaces and/or team meetings, made up of all the professionals of the healthcare unit, and show significant changes in the consolidation of Mental Healthcare in Primary Healthcare, as well as the offer of an expanded clinic. On the other hand, teams with bureaucratized work processes, individualized and focused on specialists, present difficulties with the daily demands and to offer actions and services that aim at the integrality of care.

Keywords: Work process. Permanent Education in Health. Mental health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Composição da Região de Saúde da Grande Florianópolis...40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Matriz curricular Caminhos do Cuidado, 2013.....	37
Quadro 2 - Relação dos profissionais de saúde entrevistados na atenção básica da região de saúde da grande Florianópolis.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
EAD – Educação à Distância
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
MPISM – Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
RS- Rio Grande do Sul
SC – Santa Catarina
SLS – São Lourenço do Sul
SUS – Sistema Único de Saúde
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UNA-SUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	11
1.1 CAMINHAR É PRECISO	11
1.2 INTRODUÇÃO	13
1.2.1 Contextualização: caminhos do cuidado	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
2.1 REFORMAS: SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA	17
2.1.1 Saúde mental na atenção básica.....	22
2.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	25
2.2.1 Construção da clínica ampliada no território.....	26
2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL	29
2.3.1 Caminhos do cuidado: formação em saúde mental.....	35
3 PERCURSO METODOLÓGICO	38
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA	39
3.1.1 Participantes da pesquisa	43
3.2 COLETA DE DADOS	45
3.3 ANÁLISE DE DADOS.....	46
3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	47
3.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	47
4 DISCUSSÃO DOS DADOS.....	49
4.1 A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NA ÓTICA DO PROFISSIONAL.....	50
4.2 PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA	53
4.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	56
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE A - Roteiro Entrevista Semiestruturada.....	73
APÊNDICE B – Questionário Identificação Profissional.....	74
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	75
ANEXO A - Parecer de aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos.....	79

1 APRESENTAÇÃO

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar”

Freire, 1992.

1.1 CAMINHAR É PRECISO

A formação vai se polindo ao caminhar, por meio de trocas e de articulações de saberes socioculturais de múltiplos âmbitos que incitam a busca por novos conhecimentos no Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (MPSM). Nesse percurso destaca-se o interesse pelo tema da pesquisa Educação Permanente em Saúde (EPS), particularmente na Saúde Mental e no processo de trabalho da Atenção Básica (AB).

As inquietações pelo tema e a necessidade da pesquisa nasceu durante a trajetória acadêmico-profissional – na militância estudantil, na assistência direta, e na docência, fruto de relações de trabalho e das experiências construídas na área da saúde pública. A atividade profissional da pesquisadora é desenvolvida no âmbito de capacitação aos profissionais de saúde de vários serviços, em Santa Catarina (SC) nos serviços de AB na modalidade presencial, mas também no território brasileiro pela modalidade Educação à Distância (EAD).

A interlocução com a área da saúde coletiva se desenha desde o processo de graduação, quando a pesquisadora participou das discussões relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) junto à comunidade acadêmica, por meio do movimento estudantil. Participou na construção do grupo de estudos e discussão sobre saúde na universidade, e em espaços institucionais pela representação discente.

Posteriormente, dando continuidade à formação e à luta pelo SUS, a pesquisadora realizou Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, no município do São Lourenço do Sul (SLS) no Rio Grande do Sul (RS), local que carrega uma bagagem histórico-político, fruto das primeiras iniciativas de desinstitucionalização dos usuários de Saúde Mental no Brasil, estado precursor na criação da Lei da Reforma Psiquiátrica em 1992, antes mesmo, do governo federal em 2001.

O município de SLS foi um dos pioneiros na rede substitutiva aos manicômios e da própria política de saúde mental no RS, construindo o arcabouço da reforma psiquiátrica no Estado, por meio de serviços substitutos ao modelo manicomial com a oferta do cuidado em centro de atendimento as pessoas em sofrimento mental na comunidade, num momento histórico onde o sujeito considerado “louco” só tinha um caminho a seguir; internação em hospital psiquiátrico – hospício.

Ao longo da história foram construídos outros mecanismos de cuidado a esses sujeitos, ampliando a rede de saúde do município: com leitos no hospital geral, centros de atenção psicossocial (CAPS), oficinas terapêuticas na atenção básica, matriciamento em saúde mental à Estratégia Saúde da Família (ESF), equipe de redução de danos, grupo gestor condutor, Unidade de Acolhimento (UA) entre outros pontos de cuidados que expressam uma rede coesa de saúde mental com interface à atenção básica.

Para continuar atuando no SUS, após a residência, a pesquisadora participou do Projeto Caminhos do Cuidado Formação em Saúde Mental em SC. Tal projeto possui peculiaridades, na medida em que oferta formação à rede de saúde mental no Estado, rede essa que ainda se encontra em processo de construção e ampliação dos serviços substitutivos no cuidado em saúde mental.

Compondo ainda a trajetória profissional, participou do Curso de Álcool e Outras Drogas da coesão a coerção pelo UNA-SUS (Universidade Aberta do SUS), capacitando profissionais de nível superior de todo Brasil. Posteriormente, buscando contribuir com a construção de novas práticas de cuidado, ingressou no MPSM, abrindo novos horizontes que permitem trocas e construções coletivas acerca da atenção psicossocial no SUS, e a construção da EPS para esse fim.

Por último, atuou ainda no campo pesquisado neste trabalho: Curso Fortalecimento da Atenção Básica no extremo sul catarinense, contribuindo com a formação de profissionais de nível superior. Atualmente está construindo o cuidado integral junto a rede de proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social no município de Criciúma, e realizando a Especialização Gestão em Saúde pela Universidade Aberta do Brasil (UAB).

As experiências no campo da saúde pública, e agora na proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social conduziram-me a continuidade e aperfeiçoamento de uma prática implicada com o processo de trabalho, que diz respeito à Educação Permanente em Saúde e as transformações do processo de trabalho com vistas a integralidade da atenção à saúde, tornando assim, objeto de estudo no MPSM.

1.2 INTRODUÇÃO

Este estudo possui o objetivo de apresentar a percepção de profissionais de saúde da atenção básica na região de saúde grande Florianópolis sobre uma determinada ação de EPS, que ocorreu no período de 2013 a 2015 em todos os estados brasileiros, intuindo fomentar a discussão acerca da EPS, e promover a divulgação da mesma.

O processo de trabalho em saúde está ligado a múltiplos fatores, entre eles a EPS, a qual procura a transformação das práticas e contextos do processo de cuidado em saúde. A organização dos processos de trabalho é indispensável para garantir a universalidade do acesso, a integralidade da atenção saúde, bem como o processo de aprimoramento do trabalho por meio de ações e iniciativas de EPS, visando a transformação dos serviços de saúde, para uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho e fortalecimento do SUS (SILVA et al, 2016).

Dessa forma a EPS inserida no processo de trabalho, propõem-se a construir ações educativas a partir dos problemas encontrados na realidade do trabalho, por meio de situações vivenciadas, que ao serem analisadas de forma crítica e reflexiva, possam valorizar o processo de trabalho (gestão, atenção e educação) se articulando, de tal forma que possam ser desenvolvidas, projetadas, executadas e reciprocamente fortalecidas, gerando as transformações do meio e garantindo o cuidado integral. Contribuem ainda para melhorar a formação acadêmica, proporcionar continuamente o desenvolvimento dos trabalhadores e, assim, fortalecer e desenvolver as ações de saúde, em especial, potencializar políticas de saúde que permitam fazer desdobramentos na qualificação da gestão, da rede pública e, sobretudo, na atenção aos usuários, (SILVA et al, 2016).

Para se produzir mudanças e modificar as práticas cristalizadas e institucionalizadas dos serviços de saúde, é necessário partir-se das experiências do trabalho no planejamento das ações educativas com embasamento teórico. Para as práticas serem aperfeiçoadas, é preciso utilizar-se da educação dialógica, a qual não visa informar para saúde, mas construir processos de aprendizagem a partir do encontro de sujeitos, que buscam refletir e transformar saberes existentes. A prática educativa e problematizadora visa o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde (SANTILI et al, 2016).

Dada a importância da AB, a qual se caracteriza por ser a porta de entrada no SUS com uma equipe multiprofissional, incluindo um conjunto de ações que visam uma atenção integral à saúde a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (2012,b). Foi determinante na opção da EPS para conduzir este estudo, a partir de uma determinada ação educativa realizada com alguns profissionais da AB, para fortalecer a saúde mental nos processos de trabalho dessas equipes de saúde.

Nesse sentido, a pesquisa buscou discutir a ação de EPS na transformação da realidade e consolidação da saúde mental na AB, a partir da perspectiva do Projeto Caminhos do Cuidado – formação em Saúde Mental. Este teve o objetivo de consolidar conhecimento acerca da AB e da atenção à saúde mental ampliando as possibilidades de intervenção em saúde a familiares e usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, além de fortalecer as diretrizes da reforma psiquiátrica e sanitária nas equipes de ESF (BRASIL, 2013a).

Dada a repercussão nacional do curso e da pretensão de provocar mudanças das práticas e olhares acerca do cuidado em saúde a nível nacional, embasados nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, nos princípios e diretrizes da Política de Saúde Mental, na Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A oferta de atividades de EPS é incipiente em muitos municípios e Estados, lembrando que desde 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) por meio de portaria com a responsabilidade de ordenar a formação dos recursos humanos no âmbito do SUS. Algumas ações são mais visíveis a partir da década de 2010, mas ainda há carência de ações de EPS nas esferas públicas. Estudar essa temática é colocá-la em pauta, sobretudo, é uma forma de contribuir com a produção de conhecimento sobre essa realidade em disputa, e a sua própria implementação, além de *fortalecer práticas de Educação Permanente em Saúde* no SUS, considerando importante a discussão, no que se refere a transformação do cuidado integral à saúde.

O objetivo desse estudo foi analisar as implicações de uma ação de EPS em saúde mental – *Caminhos do Cuidado* na atenção básica na região de saúde grande Florianópolis. Por meio das percepções dos profissionais de saúde, foi descrito se houve mudanças e transformação do processo de trabalho, e na consolidação do cuidado à saúde mental na Atenção Básica. Para alcançar tal objetivo, partimos da seguinte questão:

Problema: A capacitação em Saúde Mental produziu mudanças no processo de trabalho da Atenção Básica na regional de saúde da Grande Florianópolis?

1.2.1 Contextualização: caminhos do cuidado

A EPS é considerada uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde, por ser uma opção didático-pedagógica, mas sobretudo uma opção político-pedagógica (CECCIM; FERLA, 2009) por afirmar o quadrilátero de formação ensino - gestão - atenção - controle social, qual busca a transformação da realidade e das práticas profissionais, organizando a atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na intersetorialidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Cabe ao SUS, ordenar a formação em recursos humanos na área da saúde. Para tanto, o arcabouço legal que instituiu as políticas de educação permanente, se deu após a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, em 2003 é de responsabilidade dessa secretaria a elaboração, planejamento e execução da PNEPS instituída em 2004 (SILVA; DUARTE, 2015; BRASIL, 2007).

Voltada para o mundo do trabalho, baseia-se na aprendizagem por meio da problematização dos processos de trabalhos, valorizando a experiência profissional e suas singularidades. Propõe-se a transformar o meio social, e os problemas concretos nos serviços de saúde, com vistas a integralidade e equidade da atenção à saúde, rompendo com práticas hegemônicas, tecnicistas e verticais.

Nesse sentido, a mudança nos processos de trabalho passa pela construção de prática dialogadas, trabalho em equipe, horizontalizado as relações multiprofissionais e intersetorial para cuidado integral à saúde e construção coletiva do conhecimento.

É nesse cenário de mudanças, e fortalecimento do SUS por meio da EPS, que surge a necessidade de discutir saúde mental na AB. Corroborando do conceito de saúde ampliada, a EPS pode ser uma ferramenta para unir “*cabeça e corpo*” no campo da saúde, superando a fragmentação do cuidado, da saúde mental separada da saúde coletiva. Na perspectiva de consolidar práticas de cuidado integral à saúde na atenção básica, na medida em que considera a transversalidade da saúde mental, amplia as possibilidades de intervenções à familiares e usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, além de fortalecer

as diretrizes da reforma sanitária e psiquiátrica (ONOCKO-CAMPOS, 2008).

Nesse contexto, é que se insere a ação de EPS intitulada por *Projeto Caminhos do Cuidado - formação em saúde mental*. Esse projeto foi realizado pelo Ministério da Saúde, inserido como uma das prioridades da Presidência da República no Plano de enfrentamento ao Crack (2010), contemplando o eixo de Cuidado do Plano Integrado “Crack, é possível vencer”. Foi efetivado pela parceria entre as instituições de educação em saúde: a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), do Rio de Janeiro e Grupo Hospitalar Conceição, do Rio Grande do Sul e Rede de Escolas Técnicas do SUS (BELMONTE et al., 2014; BRASIL, 2013b).

O *projeto caminhos do cuidado*, é uma capacitação continuada à recursos humanos envolvidos no cuidado, tratamento, reinserção social e prevenção ao uso de crack e outras drogas preconizado pelo Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e amparado nas legislações da PNEPS e da Portaria nº 3088 de 23/12/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades recorrentes ao uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BELMONTE et al., 2014; BRASIL, 2012b).

Essa capacitação realizada aos profissionais envolvidos no cuidado em saúde mental, em especial, na atenção ao usuário de álcool e outras drogas, proporcionou a construção de um olhar voltado a integralidade do cuidado, reforçando o respeito e valorizando as especificidades de cada território, com o fomento de novas ações, que venham a ampliar a caixa de ferramentas dos profissionais da AB. O processo formativo, se propunha a provocar um encontro entre as práticas cotidianas vivenciadas pelos alunos e os eixos temáticos realizados pela capacitação para responderem à demanda do cuidado integral ao portador de transtornos mentais e do usuário de drogas. O projeto utilizou-se ainda de estratégias pedagógicas que visam não só problematizar, mas que também promovam a produção de conhecimentos e que tenham por base os princípios do SUS e as Políticas de Saúde Mental, da Atenção Básica e da Redução de Danos nos processos de trabalho à produção de saúde (BRASIL, 2013a).

Portanto, a partir dessas provocações pedagógicas de EPS, foi realizada entrevistas a profissionais de saúde que atuam na AB na regional de saúde da grande Florianópolis, os quais passaram pela capacitação, para conhecer o processo de trabalho destes, e ver se houveram mudanças em suas práticas após o *Caminhos do Cuidado*. Os

resultados que surgiram nessa pesquisa, são estruturados nesse trabalho em três partes.

Na primeira parte do estudo, buscou-se o levantamento teórico nas bases de dados científicas para compreender o objeto de estudo e identificar o que se tem produzido sobre a temática. Expomos aqui, o aprofundamento teórico, o qual perpassa eixos centrais que subsidiam o escopo de trabalho, por meio dos movimentos sanitários e psiquiátricos, saúde mental na atenção básica, processo de trabalho em saúde, e a capacitação *Caminhos do Cuidado*.

A segunda parte desse trabalho, compõe o processo metodológico, afim de conhecer os resultados dessa intervenção de EPS. Nessa parte, é caracterizado o campo de pesquisa, os participantes desse estudo, e organizado o tratamento dos dados coletados. Já na terceira parte, apresentamos a discussão dos dados, que foram estruturados por meio de três categorias para melhor compreender os resultados obtidos nas distintas realidades analisadas: a) saúde mental na atenção básica, b) processo de trabalho, e c) educação em saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste percurso teórico-metodológico, busca-se ancorar a pesquisa em autores da saúde coletiva e das ciências sociais que fundamentem a interpretação da realidade social no que tange seu processo histórico, e mais especificamente no campo da saúde.

Os aportes teóricos norteiam o campo da atenção psicossocial, desde a mudança de paradigmas por meio da EPS nos processos de trabalho. Procura-se discutir a AB e a construção de novas práticas de cuidado, no escopo das políticas de saúde, atravessado por um modelo de saúde dicotômico; biomédico-centrado e biopsicossocial.

Neste campo das disputas por um modelo de atenção integral, universal e equânime que considera os múltiplos fatores socioculturais, é que se insere a ferramenta de educação permanente produzindo outras formas de produzir o cuidado à saúde, levando em conta questões subjetivas, mas também objetivas da realidade social, de uma clínica ampliada.

2.1 REFORMAS: SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA

Segundo Da Ros (2006), o movimento em torno da questão da saúde se dá junto das transformações do capitalismo no mundo (1830-

1870), naquilo que se relacionava com a exploração da classe trabalhadora marcada por jornadas com muitas horas de trabalho, ambiente sem saneamento, gravidez em menores nas fabricas e pouca comida. A questão de saúde à época é vinculada a medicina social, cujas condições socioeconômicas eram determinantes para alteração do processo saúde-doença, bem como o modo de produção.

As reformas configuram-se pela mudança da clínica e das concepções do processo saúde-doença. A Sanitária visa a universalização do acesso aos serviços, redemocratização, reorganização da assistência à saúde, com um olhar biopsicossocial de promoção da mesma. A reforma psiquiátrica, também caminha para novo modelo de atenção, contrapondo-se ao modelo hospitalocêntrico e buscando transformações nos conceitos e nas formas de lidar com a loucura. O processo saúde-doença, atravessa ambas reformas, colocando em pauta a complexidade das interações entre as dimensões biológica, psicológica e social na produção de saúde longitudinal e territorial, com vistas a integralidade do cuidado (ZEFERINO et al [Orgs], 2015).

Para Paiva e Teixeira (2014) o sistema de saúde pública brasileiro, vivia sob a duplicidade de um sistema de medicina previdenciária e de saúde pública. O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais, voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão, o segundo sob o comando do Ministério da Saúde, era direcionado principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo.

A política de saúde toma caráter nacional com a criação do Ministério de Educação e Saúde, com reorganização de serviços nacionais, com atuação através de campanhas sanitárias e higienização. Com o processo desenvolvimentista e de industrialização, o Estado brasileiro passa a intervir na criação de aparelhos que contemplem os assalariados urbanos no tocante a habitação, condições de higiene e saúde, excluindo os trabalhadores rurais e informais. No período da ditadura militar, com o Sistema Nacional de Saúde, mantém-se o financiamento às instituições previdenciárias, a hegemonia e a mercantilização da saúde, excluindo uma parcela da população que ficava a mercê das péssimas condições de vida e altas taxas de mortalidade. (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005):

Tornam-se mais frequentes as denúncias sobre a situação caótica de saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, e ampliaram-

se as reivindicações de solução imediata para os problemas criados pelo modelo de saúde existente. Nesse contexto, sindicatos das diversas categorias profissionais de saúde – principalmente médicos, acadêmicos e cientistas – debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida do povo. Um movimento pela transformação do setor saúde (...) tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões à democracia (p.62).

É nesse processo de redemocratização do Brasil que insurge o movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, forjado nas lutas sociais, na oposição ao modelo médico-industrial, chamando o Estado a assumir a saúde para si por meio de um SUS que será consumado na década de 1980 com a carta magna, fruto de muitos embates político-sociais.

A Política Nacional de Saúde propagada na ditadura enfrentava uma tensão permanente na ampliação de serviços e no acesso a recursos financeiros, em face do modelo médico-industrial e em contrapartida a emergência do movimento sanitário. As reformas não sanavam as ações curativas, comandadas pelo setor privado. A crise do milagre econômico (1974) repercutia seus efeitos sobre a população, incitando ainda mais as forças sociais organizadas na luta pelo espaço político, na volta da democracia (BRAVO, 2008).

A insatisfação de grande parte da população caracteriza-se como uma crise social e política, nesse contexto o movimento sanitário organizou-se a partir da classe média, perpassando os profissionais da saúde, e incorporando outros sujeitos na defesa do setor público objetivando a superação do binômio saúde X doença (CAMPOS, 2006).

O movimento sanitário constrói amplos debates oficiais na década 1980, defendendo serviços integrados de saúde, pautando atenção básica à saúde, bases regionais, pautando um sistema de saúde pública estatal, democrático, com participação popular, e a universalização dos serviços (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Após a transição da ditadura para um momento de novo pacto social no país, a redefinição da política de saúde contava com uma proposta política bem articulada, o processo político contou com vários fóruns coletivos para elaborar a proposta de política de saúde.

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde convocada em 1986, pelo governo, com intuito de subsidiar a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e por meio das resoluções finais da conferência, que foi formatada a proposta de política de saúde, proposta que foi submetida a apreciação direta da sociedade. Devido ao clima de redemocratização, a conferência teve participação de diferentes atores sociais, condição considerada um marco exitoso, por reconfigurar a agenda da saúde, com a incorporação de requisitos básicos, defendidos pelo movimento da reforma sanitária (MENICUCCI, 2007).

Para Campos (2006) o SUS conquistado pela reforma sanitária e os demais movimentos, regulamentado pela lei 8080 de 1990 foi acompanhada pelos sanitaristas na criação de um sistema de espaços de gestão participativa, traçando como princípios do SUS a universalidade dos serviços de saúde, o atendimento integral, a igualdade, a descentralização a participação popular entre outros.

O SUS traz também um novo conceito de saúde, chamado de Saúde Ampliada, resultante dos determinantes sociais, das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho e outras formas que são determinantes nas relações sociais e na organização social de produção e desenvolvimento (DA ROS, 2006).

Anterior a esse processo, na também efervescente década de 1970, já como parte da onda da redemocratização e de mobilizações sociais, vêm à tona também o debate sobre os direitos dos “loucos” submetidos às instituições psiquiátricas. Surge a crítica ao modelo da psiquiatria tradicional ocidental, e embebidos nas correntes europeias, principalmente na reforma Italiana de Franco Basaglia a qual pressupõe uma psiquiatria democrática de desinstitucionalização do sujeito, com ênfase na dimensão política e social dos problemas mentais (BISNETO, 2007).

Segundo Amarante (2007) a reforma psiquiátrica brasileira congrega o questionamento do modelo asilar, com o esforço de promoção de cidadania de sujeitos tradicionalmente tutelados, fruto de um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

Um dos principais atores dessa luta foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, profissionais da área que denunciavam as péssimas condições da maioria dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, onde vários foram demitidos. A vinda de Basaglia ao Brasil foi significativa para o movimento da Reforma Psiquiátrica, quando visitou hospitais psiquiátricos e

denunciou à sociedade a violência na assistência às pessoas em sofrimento mental (AMARANTE, 2007).

Para o autor, o modelo psiquiátrico nascido do modelo biomédico teve como uma de suas características principais um sistema terapêutico baseado na hospitalização, medicalização e patologização do indivíduo. Este modelo pressupõe um paciente portador de um distúrbio que lhe rouba a razão, um insano, insensato, um incapaz, e o sistema hospitalar psiquiátrico se aproxima muito do sistema carcerário, das penitenciárias, fundado na vigilância, controle, disciplina, punição e repressão. Basiglia passou a formular um pensamento e uma prática voltados à ideia de superação do aparato manicomial, não só a estrutura física do hospício, mas o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana.

A reforma psiquiátrica é uma transformação da própria ciência que passa da neutralidade ao questionamento das verdades, estando em constante mudança, pois a verdade da ciência passa a ser provisória. Outros aspectos influenciam; política ideologia, religião, cultura, moral dentre outros condicionantes sociais.

A 8º conferência de saúde (1986) em que se discutiu as formulações da política de saúde, com participação de amplos setores da sociedade dentre profissionais, usuários, familiares, movimentos sociais, igrejas e ONGs, contribuindo com a construção da 1ª Conferência de Saúde Mental (1987) conduzindo a uma grande mudança, onde está deixa de ser predominantemente composta por profissionais da saúde mental e passa a contar com usuários e familiares, assumindo assim uma postura contra os hospitais psiquiátricos, contra o cuidado asilar. A partir desse momento muitas associações e cooperativas são criadas para disputar um projeto de uma sociedade sem manicômios (AMARANTE, 2007).

Mas será com a constituição 1988 que a política de saúde terá impulso, com a participação social, controle social nas conferências, oferecendo participação a estes atores sociais na construção da política de saúde mental e da atenção psicossocial. É nesse processo de mudanças, e de participação social que se consolida a saúde mental; “*A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais que acontecem no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios*” (DELGADO et al, p.39, 2007).

As transformações assistenciais e políticas que possibilitaram a criação do SUS, e foram influenciadas tanto pelas mudanças sociais internas como pelos movimentos internacionais de mudança na assistência psiquiátrica, podem ser entendidas como um processo complexo que envolve diversos atores. O momento atual da Reforma Psiquiátrica Brasileira é de evidente avanço na reorientação do modelo de atenção à Saúde Mental, com recursos orçamentários, financiamento, oferta de serviços em rede assistencial territorial pelo Ministério da Saúde, e ampliação da legislação (GRIGOLO, 2010).

Para ampliar a oferta de serviços no âmbito do SUS, ampliaram-se as legislações: leis como a 8080/90, que instituiu a Lei Orgânica da Saúde, 10.216 que instituiu a Reforma Psiquiátrica, a Portaria MS 3088/2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial.

Tanto da saúde mental quanto da saúde coletiva, as reformas nasceram no momento de redemocratização, especializaram seus serviços em pontos específicos de atendimento por determinado tempo, mas voltaram a ser transversais na oferta de cuidado integral e territorial.

Entre leis, decretos e portarias, o usuário do SUS possui uma rede ordenada, regionalizada, hierarquizada em pontos de cuidado, desde a porta de entrada ao sistema pela atenção básica, serviços de urgências/emergência, a alta complexidade, permitindo que os preceitos de uma saúde ampliada, por determinantes sociais sejam efetivados no SUS por todos profissionais, possibilitando um cuidado integral e universal independente da natureza do sofrimento apresentado, biológico ou psíquico.

2.1.1 Saúde mental na atenção básica

Estamos no início do século XXI, a atenção à saúde ainda está em disputa, há confluência nos discursos, que a saúde tem se expandido para além das doenças infecciosas para incluir doenças crônicas, violência, patógenos emergentes, ameaças de bioterrorismo, e os contextos sociais que influenciam as disparidades de saúde de uma complexidade de fatores, sociais, biológicos, ambientais (CDC,1999, p.01).

Hoje ainda encontramos muitos profissionais e serviços de saúde agindo sobre uma lógica privada de saúde, de um modelo biologista, médico-centrado, de abordagem clínica, na contramão do cuidado em saúde pelo viés da clínica ampliada conforme a Política Nacional Humaniza SUS (PNH), a qual preconiza um modelo centrado no sujeito e na comunidade, contraria a centralidade no sintoma apresentado e na

doença em questão ou de um corpo recortado, propondo um olhar para o sujeito, considerando sua singularidade, sua inserção num contexto social que reflete seu estado de saúde multifocal, que necessariamente precisará de uma abordagem multiprofissional e humanizada (COELHO, 2008; BRASIL, 2004).

A Atenção Primária, também conhecida como básica, é porta de entrada no SUS, é organizada pelos princípios assistenciais e organizativos de universalidade, integralidade e equidade. Dessa forma, devem ser desenvolvidas práticas de cuidado democrática e participativa, no formato de trabalhos de equipe, direcionado a populações de territórios definidos através de *ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas* (BRASIL, p.19, 2012a).

Nesse sentido, Onocko-Campos (2013) expõem que as reformas psiquiátrica e sanitária por vezes se bifurcam e a presença da saúde mental na AB produz uma falsa dicotomia entre individual e coletivo, o social e o clínico. A AB, mesmo com suas deficiências, possui uma estrutura de base territorial, inserida nas comunidades brasileiras realizando promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2012a).

A política de saúde mental é promovida com base em estratégia similar à AB, isso porque possuem o comum objetivo de promover a saúde. A impossibilidade de dividir os sujeitos em dois, cabeça para um lado e corpo para outro, resulta nas intersecções dessas políticas. Logo, saúde mental e saúde coletiva são parte da atenção a um mesmo sujeito, que sofre influências do meio social em que está inserido, e a saúde será resultante da sua interação com essa realidade complexa, que pode projetar tanto sintomas biológicos como psicológicos. Faz-se necessário que o cuidado seja integral, longitudinal, coordenado, priorizando atendimento de base comunitária com estruturação de uma rede de serviços (MINOZZO; COSTA, 2013a).

A AB deve ser a porta de entrada no sistema de saúde, com atendimento multiprofissional, e menos médico-centrado. Embora haja dificuldades de implementar o projeto na prática, a AB e a saúde mental por meio da luta antimanicomial preconizam o mesmo modelo de cuidado: que os serviços sejam de base territorial e a produção de saúde fruto das relações sociais na sociedade, logo, o campo da saúde mental

constrói o movimento da luta antimanicomial de desinstitucionalização do sujeito para garantir que o mesmo tenha tratamento em serviços substitutivos de saúde, com reconhecimento de seus direitos exercício da cidadania, produção de autonomia, reinserção social com perspectivas de produção de saúde e vida no território (BRASIL, 2003).

Alguns apontamentos sobre a AB são necessários para dimensionar a complexidade do cuidado ofertado. Para Coelho (2008), a convenção de Alma-Altá de 1978 e a Organização Mundial da Saúde lançam reorientações aos serviços que vão influenciar os modelos de saúde no que se refere a cuidados primários, focalizados na prevenção de doenças e na promoção à saúde, pressupondo a participação comunitária, a intersetorialidade para a abordagem dos determinantes sociais das doenças e a atuação em equipes multiprofissionais, valorizando um conjunto de profissionais que trabalhem na atenção primária.

Coelho (2008) apresenta apontamentos sobre AB, sendo um deles as quatro características de Bárbara Starfeild: a acessibilidade, longitudinalidade, a integralidade e coordenação de projetos terapêuticos do cuidado, tornando de suma importância esse ponto de atenção à saúde. Outro entendimento cabe ao Ministério da Saúde, no qual a AB se caracteriza por não dissociar a atenção individual e coletiva a partir da promoção, prevenção, proteção e reabilitação para a manutenção da saúde, organizado pelo trabalho em equipe por meio de práticas gerenciais e sanitárias, utilizando tecnologias de elevada e baixa densidade com base nos problemas de saúde mais frequentes no território.

Conforme os apontamentos já apresentados, a saúde mental é intrínseca à coletiva na atenção básica: se relacionam com um mesmo sujeito que é afetado pelas relações sociais, econômicas e culturais desse território. Para Onocko-Campos e Gama (2008), as ações em saúde pública são sempre práticas sociais que envolvem certos interesses e jogo de força, ou seja, disputa por um modelo de cuidado, e nesse sentido, as práticas medicamentosas, a extrema especialização dos profissionais, a distância social do sujeito (médico-paciente) apontam para uma despolitização do conceito de saúde, na contramão da promoção de autonomia dos mesmos.

Portanto, a intersecção da saúde mental na AB, se dá pela oferta de ações e cuidado, os quais não podem ser fragmentadas, necessitam da inserção de novas práticas e saberes nos processos de trabalho para dar conta dessa correlação de forças numa realidade complexa, de múltiplos fatores. O cuidado em saúde, diz respeito a uma relação entre

profissional e usuário que inclui a subjetividade de ambos, assinala um novo tipo de relação, que inclui o acolhimento, a visão e a escuta num sentido mais global – integralidade – tomando o usuário como pertencente a um determinado contexto sociocultural do qual não pode ser isolado, onde o cuidado é longitudinal (ZEFERINO, et al [Orgs], 2015).

2.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho em saúde tem dois significados: um ligado às necessidades biológicas relacionadas com a manutenção da vida e o outro, ligado às necessidades sociais relacionadas com o aperfeiçoamento da vida. De acordo com Merhy e Feuerwerker (2009), as práticas em saúde, como toda atividade humana, são atos produtivos, pois modificam alguma coisa e produzem algo novo.

O processo de trabalho diz respeito a algumas ações no campo da saúde, desde área específica profissional, até abordagens mais gerais multiprofissionais, que compõem a clínica ampliada, com uma abordagem de práticas sociais de um campo coletivo que diz respeito a integralidade do cuidado (BRASIL,2013c).

Dentre as ações que compõe o processo de trabalho pode-se exemplificar a efetivação do cuidado integral, e a singularidade da atenção à saúde, que envolvem intervenções como a atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe de saúde, cuidado em saúde e outros temas. Essas intervenções permitem uma abordagem que envolve os aspectos estruturais como aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, percursos que se reconstróem no cotidiano dos serviços de acordo com as necessidades de cada território (SILVA; SANTOS, 2012).

O modelo de atenção à saúde predominante em nossos serviços ainda está centrado na organização das ações a partir de problemas ou situações específicas, como pré-natal, exame preventivo de câncer hipertensão, entre outros. Esse formato reduz a dimensão do cuidado voltada à integralidade do sujeito, ou seja, à atenção integral. Essas características são resultantes da fragmentação do cuidado e da divisão técnica e social do trabalho em saúde, presentes no processo de trabalho em saúde. O trabalho em saúde tem algumas características específicas: é realizado em equipe, é coletivo; é consumido no exato momento em que é executado e é mediado por tecnologias, normas e máquinas (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008; MERHY; FRANCO, 2003).

Além dessas características, o trabalho em saúde tem uma grande divisão, que, segundo Pires (2009), são as diferentes formas com que os seres humanos, ao viverem em sociedades sócio históricas, produzem e reproduzem a vida. Na área da saúde, estão bastante presentes a divisão social e a divisão técnica do trabalho, definidas como: o processo de trabalho em saúde, diz respeito ao cotidiano dos serviços de saúde, e das relações que se estabelecem entre os profissionais e os serviços;

O conceito processo de trabalho em saúde diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/ profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário introduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de processo de trabalho em saúde. Embora o conceito de “processo de trabalho em saúde” tenha sido desenvolvido inicialmente com base no trabalho médico desde o início dos anos 80, passa a ser utilizado para o estudo de processos de trabalho específicos de outras áreas profissionais em saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008, p.323)

Assim, reforçando as referidas autoras, o conceito ‘processo de trabalho em saúde’ é utilizado no estudo dos processos de trabalho específicos das diferentes áreas que compõem o campo da saúde, permitindo sua abordagem como práticas sociais para além de áreas profissionais especializadas. Também é utilizado nas pesquisas e intervenções sobre atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe de saúde, cuidado em saúde e outros temas, permitindo abordar tanto aspectos estruturais como aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, pois é nesta dinâmica que se configuram os processos de trabalho.

2.2.1 Construção da clínica ampliada no território

A Clínica Ampliada conhecida também como a Clínica do sujeito busca superar a fragmentação entre a biologia, subjetividade e

sociabilidade operando em Projetos Terapêuticos Singulares e amplos, que reconheçam o papel ativo do sujeito, sua autonomia nas possibilidades de cuidado. Campos (2003) coloca que a clínica do sujeito aborda os processos da vida-social pertencente a esse conceito de saúde ampliada, desconstruindo a dicotomia entre biológico, social, e também ambiental.

O autor ainda se refere ao sujeito concreto, pelo qual se busca expandir intervenções e olhares nas práticas cotidianas, para além do “novo” conceito de saúde. A reprodução da vida em seus múltiplos espaços é produção de saúde, e nessa linha, Campos vem problematizar a clínica do sujeito, resgatando outros autores que tentaram desconstruir o percurso da história molecular, biomédica, tradicional (CAMPOS, 2003; CAMPOS et al, 2008).

Centrar a ação clínica sobre o Sujeito, tudo bem, no entanto, este Sujeito seria um Sujeito concreto, não somente marcado por uma biografia singular, mas também o seu corpo e sua dinâmica corporal estariam marcados por uma singularidade: algum tipo de enfermidade, ou de sofrimento ou de deficiência relativa à maioria dos circundantes em um dado contexto social específico. Colocar a doença entre parênteses é um ótimo exercício para quebrar a onipotência dos médicos, mas nem sempre ajuda o enfermo (CAMPOS, 2003, p.03).

O autor propõe-se a discutir a clínica ampliada, atentando-se as relações nos processos de trabalho, como acontece produção de saúde nos diversos espaços, considera que são mais serviços de assistência do que cuidado. Faz também uma crítica a clínica tradicional, imbuída de especialismos, classistas, atendimentos prescritivos, olhares biologista, que parte de um modelo biomédico-industrial.

A mudança no modelo de saúde passa pelo cuidado singular do sujeito, e não dá doença, pois antes do adoecer há um ser que se reproduz na complexidade da realidade, sua vida social, política, cultural, enfim uma gama de relações que influenciam na produção de saúde, na “saúde ampliada”, que não pode se restringir à sintomas, à patologias, diagnósticos e medicalização. Basaglia (1985) já havia resgatado um conceito de saúde ligado a reprodução social, logo as intervenções técnicas devem caminhar nesse sentido, buscando ouvir o que o sujeito necessita, conhecer sua dinâmica social para poder ofertar algum cuidado, produzindo autonomia tanto para o sujeito como para o

profissional nas trocas de saberes, na construção singular, no contato com outro, dentro das possibilidades do momento.

A clínica tradicional baseia-se no poder do saber profissional sobre o outro, da objetificação e coisificação da doença onde uma pessoa – o especialista – detém o conhecimento para intervenção, e juntamente com os protocolos de institucionalização das enfermidades, que não abrem flexibilidades, não aceitam as variações cotidianas que podem acontecer nas mais diversas enfermidades. Essa abordagem não considera as singularidades dos casos pedem ações diferenciadas e menos protocolares, não aceita outras formas de cuidado que contrariem seus preceitos possuidores únicos da verdade, garantida pela manutenção de uma “ordem”, de um saber, de um lugar que “trata” tudo, que possui respostas para tudo, e que não pode ser questionado, não pode ter sua técnica questionada. Para tratar tudo, se medica tudo, separa o sujeito da doença, ou melhor, anula-se o sujeito (CAMPOS et al, 2008).

Para Merhy e Ceccim (2009) a produção de saúde ocorre no processo do cuidado implicando na construção de relações de autoridade, implicando em encontros no cotidiano do cuidado, no campo singular de práticas humanizadas na produção de saúde, e não no campo particular da prestação de assistência.

Para Gomes (2017) “ações humanizadas” não enfoca somente problemas e necessidades biológicas, mas também abrange as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas relativas à atenção em saúde, corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores para a integralidade do cuidado.

O trabalho multidisciplinar em serviços de saúde permite a construção de novas práticas questionadoras das ações tradicionais, refletindo mudanças do cotidiano que perpassam os diversos profissionais da rede, e que também perpassam novos processos de trabalho, para além das estruturas físicas constroem-se possibilidades de um trabalho integrado construindo parcerias entre instituições que extrapolem as redes de saúde, que seja uma rede intersetorial tal qual o preconizado na Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011).

As estratégias de cuidado multiprofissionais na AB, são impulsionados pelo apoio matricial, o qual contribui para mudanças da clínica tradicional. Tais processos ocorrem, principalmente na difusão do modelo psicossocial que se defende, promovendo cuidados no território na perspectiva da integralidade e da desinstitucionalização, tendo a AB como um núcleo central (DIMENSTEIN et al, 2013).

A construção de novas práticas em saúde perpassa por mudanças de paradigmas e ressignificação da loucura na atenção psicossocial. Tais percursos, são históricos e sociais em constante contradição de modelos ainda vigentes, constituem o desafio de consolidar os pontos de atenção na rede de saúde afim de garantir o cuidado integral que preconize a garantia de direitos a todo sujeito independente de sua condição de saúde (ZEFERINO, et al [Orgs], 2015).

Para tanto, se faz necessário ações de EPS para formação dos profissionais, bem como estes repensarem velhas ações e construir outra lógica de cuidado por meio da articulação de diferentes saberes e práticas e incorporando as múltiplas dimensões contidas na integralidade do cuidado.

2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL

Para falar de EPS, cabe fazer algumas ponderações sobre alguns termos que aparentemente parecem sinônimos, mas assumem significados diferentes como; educação em saúde, educação popular em saúde, educação continuada e educação permanente.

Sobre a Educação em Saúde, têm-se diversas formas de desenvolver, está se estabelece como um dos requisitos que visa potencializar ações de prevenção e promoção à saúde nas equipes de ESF por meio de um conjunto de práticas de educação, propor ações transformadoras que levem instrumentalizem os sujeitos e a comunidade para a autonomia, capazes de propor e opinar nas decisões de saúde e para cuidar de si (FALKENBERG et al, 2014; SILVA et al, 2016).

Já a educação popular em saúde, surge pelos movimentos sociais influenciados pelo educador Paulo Freire, e movimento de profissionais descontentes com as práticas mercantilizadas, incorporando a participação e o saber popular à área, dando lugar a processos educativos mais democrático no campo das práticas da educação em saúde. Essa vertente, destaca-se pela aproximação com os sujeitos e movimentos sociais num *“entendimento de saúde como prática social e global e tendo como balizador ético-político os interesses das classes populares. Baseia-se no diálogo com os saberes prévios dos usuários dos serviços de saúde, seus saberes “populares”, e na análise crítica da realidade”* (FALKENBERG et al, p.849, 2014).

As ações de educação continuada, dizem respeito a capacitações pontuais, seguem o modelo escolar verticalizado, nos moldes tecnicistas com foco em cursos e treinamentos com conteúdo programáticos, visando especificamente à atualização de conhecimentos de cada

categoria e não abarcando as necessidades dos trabalhadores, por estar deslocado da realidade dos serviços (SILVA et al, 2016).

A Educação Permanente, objeto de estudo deste trabalho, consiste no processo permanente de capacitação no cotidiano do trabalho, por meio de ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, primando pelas necessidades de saúde dos sujeitos das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (FALKENBERG et al, p.850, 2014).

A PNEPS é fruto da Reforma Sanitária e de seus princípios e diretrizes, mas também é resultado de uma luta coletiva na área da saúde para que a formação dos trabalhadores se torne uma política pública e um compromisso do Estado brasileiro, no sentido de contribuir para transformar o modelo de atenção e consolidar o SUS.

Para Ceccim e Ferla (2009) a EPS tem no trabalho o espaço de “prática de ensino-aprendizagem”, isso significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, dos problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e das experiências desses atores como base de interrogação e mudança. A educação permanente em saúde se apoia no conceito de ensino problematizador, ou seja, inserido de maneira crítica na realidade, sem superioridade do educador em relação ao educando num processo de aprendizagem que considere as experiências anteriores e as vivências pessoais dos profissionais envolvidos, fomentando o desejo de aprendizado e a produção de conhecimentos embasados na prática e nas trocas diárias.

É contrária, portanto, ao ensino-aprendizagem mecânico, quando os conhecimentos são considerados em si, sem a necessária conexão com o cotidiano, e os alunos se tornam meros escutadores e absorvedores do conhecimento do outro. O desenvolvimento continuado dos trabalhadores da saúde é um conceito forte e desafiante para pensar as ligações entre a educação e trabalho, para colocar em questão a relevância social do ensino e as articulações da formação com a mudança no conhecimento e no exercício profissional, trazendo junto dos saberes técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações. A EPS não se expressa numa opção didático-pedagógica, e sim numa opção político-pedagógica (CECCIM; FERLA, 2009).

A partir da 12ª Conferência Nacional de Saúde a EPS é instituída como política específica no interesse do sistema de saúde nacional, cristalizada na Resolução CNS n. 353/2003 e na Portaria MS/GM n. 198/2004, tendo como marco legal a PNEPS (Portaria GM/MS nº 1996 de 20/08/2007).

Essa ferramenta permite a transformação da realidade e consolidação da saúde mental na AB, fortalecendo as práticas de educação permanente no SUS. Corroborando com os preceitos colocados por Ceccim e Feuerwerker (2004) ao falar da lógica da educação permanente como responsabilidade sanitária, transdisciplinar, descentralizadora e ascendente, cabe ainda ressaltar que a pesquisa pretende mostrar a importância de instituir programas de educação permanente como parte fundamental na reformulação do saber e da prática tradicional em saúde, de um cuidado longitudinal entre equipes e usuários, conforme abordado por Campos et al (2008), mas também de novas práticas.

[EPS] ... no concreto do trabalho de cada equipe – é de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde (CECCIM, p.165, 2004)

Pensar novas pactuações no âmbito da saúde é dar significado ao sofrimento do sujeito que procura ESF, é se permitir livre para a criação de procedimentos menos convencionais para o cuidado humanizado, que é transversal a intersectorialidade das políticas públicas, mas também aos dispositivos comunitários que marcam as singularidades de cada serviço e de suas próprias demandas na produção de saúde. Logo os processos de trabalho são caracterizados por uma nova configuração onde a produção de saúde é sinônimo de qualidade de vida, onde velhas práticas não se aplicam. Operar na lógica biomédica-centrada é produzir uma sociedade doente, entretanto, operar na lógica de produção de qualidade de vida tem por requisito a aceitação da clínica ampliada e a criação de novas práticas.

Nesse sentido a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há *“um esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade*

de vida dos sujeitos e coletivos” (BRASIL, 2014), por meio de duas portarias a Política Nacional de Promoção à Saúde e o Pacto em Defesa da Vida (2006), propõe-se um aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação ESF; a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida entre outras diretrizes;

A promoção da saúde é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social. Assim, reconhece as demais políticas e tecnologias existentes visando à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (...)deve considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, pois as formas como eles elegem seus modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou da liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que eles vivem (BRASIL, 06-07, 2014).

Alguns estudos apontam a necessidade de dispositivos públicos acessíveis a todos, para incentivar os sujeitos a alcançarem uma maior qualidade de vida. A ESF sozinha não dá conta de criar mecanismos, mas enquanto articuladora do cuidado e por meio da intersetorialidade, pode desenvolver atividades diversas que impactam na saúde da população. Alguns exemplos podem ser citados, como a academia da cidade, grupos educativos, horta comunitária ou de ervas medicinais, práticas esportivas, culturais e de lazer, vinculadas a outras secretárias ou com apoio do próprio Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e até mesmo pelos profissionais da ESF.

No planejamento das ações do serviço de AB, ao fazer a territorialização, é diagnosticado na comunidade adscrito um arsenal de situações e problemas de saúde tradicionais e contemporâneos, que podem ser alcançáveis e tratados com outros métodos de cuidado, como por exemplo as atividades já citadas, pois influem diretamente na saúde, evitando as cronicidades de algumas patologias e a reversão de outras tantas, com a promoção do bem-estar.

Pensando a saúde mental na AB, levando em consideração o território *in loco* o local do cuidado, e o sujeito em sua integralidade onde a mente e o corpo fazem parte de um mesmo ser complexo, ambos reflexos e produtos de si e das relações sociais de múltiplas dimensões envolvidas no processo saúde-doença e de produção de cuidados, nos colocam a necessidade de novas práticas de cuidado em saúde, valorizando as estratégias terapêuticas não medicamentosas para intervenção na área da saúde. Em meio a processo de vida intenso, com vários estressores que levam a patologização do corpo, há muito para se fazer pela ESF nesse campo, pois estão diretamente associados com o adoecimento da população. Novas práticas, implicam em novas formas de fazer prevenção, promoção e tratamento no território de saúde, significa compreender os processos que geram qualidade de vida, como a atividade sociocultural que tem importante papel na proteção da saúde mental das pessoas (PONDÉ; CARDOSO, 2003).

Para Ceccim (2004) um dos desafios da EPS é construir novas práticas, mais pedagógicas e próximas da realidade de cada serviço, se fazendo valer das relações intersetoriais, desenvolvendo potencialidades existentes em cada realidade, por meio da organização das práticas de cuidados, oferecendo ações e serviços de saúde que tenham em vista a construção da acessibilidade e resolutividade da atenção e do sistema de saúde.

A complexidade fica ainda maior em situações concretas, nas quais a presença de saberes tradicionais das culturas ou a produção de sentidos ligada ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida pertence a lógicas distintas do modelo racional científico vigente entre os profissionais de saúde, pois não será sem a mais justa e adequada composição de saberes que se alcançará uma clínica que fale da vida real, uma clínica com capacidade terapêutica (CECIMM, p.163, 2004).

A educação para profissionais de saúde possui conceitos e concepções diferentes, influenciadas pelo momento socioeconômico e político. Algumas concepções coexistem, atualmente para essas práticas educativas: educação em serviço, educação continuada, educação permanente (SILVA; DUARTE, 2015). Pensar a educação e o trabalho em saúde, é ressignificar a relação entre ensino e formação com vistas a mudanças nos conhecimentos e nos exercícios profissionais, trazendo saberes técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações (CECCIM; FERLA, 2009).

A EPS, traz uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, das práticas de saúde e as práticas pedagógicas implicando trabalho articulado do sistema de saúde, e formação na saúde para atenção integral à saúde. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), uma educação crítica e transformadora, como movimento político em construção de inovações ao ensino e de sentido aos serviços de saúde para ordenamento da rede de atenção, a integralidade do cuidado e a implicação dos usuários, resultando no quadrilátero da formação; ensino - gestão - atenção - controle social.

A EPS enquanto diretriz pedagógica, torna-se política pública com a instituição da PNEPS pela Portaria MS/GM nº. 198/2004. Assim, transforma-se em estratégia de formação para SUS e de desenvolvimento dos trabalhadores para a saúde contribuindo para qualificação e transformação das práticas de saúde, na organização das ações e dos serviços de saúde, nos processos formativos e nas práticas pedagógicas aos profissionais de saúde (SILVA; DUARTE, 2015; CECCIM; FERLA, 2009).

Para corroborar com a formação dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado, tratamento, reinserção social e prevenção ao uso de crack e outras drogas, foi desenvolvido o Projeto *Caminhos do Cuidado*, inserido no eixo de Cuidado do Plano Integrado “Crack, é possível vencer” pactuado pelo Ministério da Saúde, buscando fazer frente às dificuldades dos profissionais da atenção básica trabalharem o cuidado à saúde a esse seguimento nos pressupostos da reforma e da política de saúde mental (BELMONTE et al., 2014; BRASIL, 2013b).

Em SC, a PNEPS encontra algumas dificuldades;

A execução da PNEPS reflete as dificuldades de operacionalizar propostas de ação nos níveis regionais, onde as estruturas de gestão previstas

no Pacto pela Saúde estão em fase incipiente de organização, e do nível estadual, onde a Diretoria de Educação Permanente em Saúde assume limitações gerenciais, organizacionais e técnicas que repercutem na gestão da PNEPS (SANTA CATARINA, p.118, 2010).

Essa situação, apresenta-se em municípios e Estados brasileiros, fazendo com que o Ministério da Saúde, se coloque atuante em ações de EPS para promover o cuidado integral em saúde. Nesse sentido, lançou o Projeto *Caminhos do Cuidado* em articulação com as instituições do SUS protagonistas da formação desses trabalhadores. Com finalidade de capacitar sobre a área da saúde mental (crack, álcool e outras drogas) agentes comunitários de saúde e auxiliares e técnicos em enfermagem da AB e da ESF de todo Brasil, intervindo nos processos de trabalho das equipes e dos demais trabalhadores, por contato indireto com a formação, por meio da atuação multiplicadora dos profissionais participantes.

2.3.1 Caminhos do cuidado: formação em saúde mental

O curso teve objetivo de sensibilizar Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem para que reconheçam o seu papel de promover a inclusão das pessoas na rede de cuidado, focando nos dispositivos presentes no processo de trabalho, e na rede intersetorial privada e/ou pública, atuando no reconhecimento das situações problemáticas no seu território, no acolhimento dos usuários, na mobilização e articulação da rede de atenção à saúde e comunitária. Tal processo contempla a ruptura de paradigmas e a possibilidade de construção de serviços de saúde que oportunizem a escuta das singularidades, a construção de projetos de vida (BRASIL, 2013a,b).

A formação destes profissionais ocorre por meio de ações de EPS, conforme preconizado pela legislação, no contexto de suas práticas profissionais refletindo outras possibilidades possíveis para as ações já desenvolvidas no qual amplia-se as estratégias e ações de processos de trabalho sobre novas perspectivas técnico-políticas do cuidado em saúde mental, que produzam a interface Saúde Mental e atenção básica. Nesse sentido foi pensada a capacitação a nível nacional abrangendo todos os estados e municípios do Brasil (Projeto Caminhos do Cuidado – Anexo A) no escopo da EPS.

O Caminhos do Cuidado, foi pactuado pelo Ministério da Saúde e está inserido como uma das prioridades da Presidência da República no Plano de enfrentamento ao Crack (2010), contemplando o eixo de Cuidado do Plano Integrado “Crack, é possível vencer”. Foi concebido a partir do convite do Ministério da Saúde a duas instituições de educação em saúde: a Fiocruz, do Rio de Janeiro e Grupo Hospitalar Conceição, do Rio Grande do Sul. A proposta preconizava a oferta de formação para a totalidade dos ACS do país e um Auxiliar/Técnico de Enfermagem por Equipe ESF, perfazendo 290.760 alunos. Com o objetivo de ofertar um conjunto de estratégias e conhecimentos, que possibilitem esses atores a acolher e cuidar de forma integral do usuário, a partir da facilitação do acesso e de sua inclusão no sistema de saúde (BELMONTE et al., 2014; BRASIL, 2013b).

O Projeto Caminhos do Cuidado é uma ação de EPS, amparado no marco legal da PNEPS (Portaria GM/MS nº 1996 de 20/08/2007), e a Portaria nº 3088 de 23/12/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades recorrentes ao uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Contempla ainda o item capacitação de forma continuada de recursos humanos envolvidos no cuidado, tratamento, reinserção social e prevenção ao uso de crack e outras drogas preconizado pelo Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, instituído pelo Decreto de nº 7.179, de 20 de maio de 2010 (BRASIL, 2013b).

O Projeto Caminhos do Cuidado teve início em março de 2013, dividido em três etapas, o projeto piloto foi realizado em alguns estados em outubro de 2013, a segunda etapa após avaliação da primeira, foi em dezembro de 2013 e a terceira em fevereiro de 2014, com término em março de 2015, atingindo 96, 61% da meta estipulada¹. Para esse processo de formação acontecer em todo Brasil foi importante à participação ativa dos profissionais das áreas de saúde mental, atenção básica e, em algumas localidades, da educação em saúde, dos três entes federativos, os Conselhos de Secretarias Estaduais e Municipais de

¹Os municípios e as metas podem ser encontrados no sítio eletrônico Caminhos do Cuidado (BRASIL, 2013b). Estados da primeira etapa: Acre, São Paulo, Pernambuco, Paraná, Rio Grande do Sul e Distrito Federal, segunda etapa: Mato Grosso do Sul, Pará, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Tocantins, Minas Gerais, Goiás, Amapá, Bahia, Alagoas e Amazonas e terceira etapa: Ceará, Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte, Rondônia, Roraima e Sergipe.

Saúde (Cosems) e as Escolas Técnicas do SUS e Escolas de Saúde Pública (BRASIL, 2013b).

Pensando em capacitar os atores para o cuidado em saúde mental, em especial, na atenção ao usuário de álcool e outras drogas, respeitando e valorizando a especificidade de cada território, e ampliando a caixa de ferramentas desses trabalhadores, foi proposto um processo formativo que provoque um encontro entre as práticas cotidianas vivenciadas pelos alunos e os eixos temáticos eleitos pelo curso para responderem à demanda do cuidado integral ao portador de transtornos mentais e do usuário de drogas. O uso de estratégias pedagógicas problematizadora que perpassam os princípios do SUS, as Políticas de Saúde Mental, de Atenção Básica e de Redução de Danos. A matriz curricular do curso é dividida em três eixos temáticos que totalizam 60 horas:

Quadro 1 – Matriz curricular Caminhos do Cuidado, 2013.

EIXOS	HORAS
Eixo Temático 1: Conhecendo o território, as redes de atenção, os conceitos, políticas e as práticas de cuidado em saúde mental.	24h presenciais 12h dispersão
Eixo Temático 2: A caixa de ferramentas dos ACS e ATEnf na Atenção Básica.	16h presenciais 8h dispersão
Eixo Transversal: Reforma Psiquiátrica, Redução de Danos e Integralidade do cuidado como diretrizes para intervenção em saúde mental e no uso de álcool, crack e outras drogas.	60h

Fonte: Caminhos do Cuidado, 2013a. Elaborado pela autora.

O processo formativo, compunha cinco encontros de oito horas cada, realizados um por semana, totalizando cinco semanas, com atividade de dispersão entre o primeiro e quarto encontro, onde eram desenvolvidas atividades com as equipes de trabalho bem como o território da unidade de saúde ao qual o aluno pertencia. Tal prática de dispersão destinava-se a envolver os demais profissionais da AB, que não foram contemplados pela capacitação direta, mas de forma indireta através das atividades de dispersão. Estas eram atividades, desenvolvidas nos processos de trabalho, como tarefa de casa, mas com a finalidade de disseminar o conhecimento do curso com as equipes AB, pelos cursistas.

Entre 2013 e 2015 o Estado de SC compôs a segunda etapa do projeto Caminhos do Cuidado, com organização, seleção e formação de

tutores, dando início as turmas em janeiro de 2014 nos municípios catarinenses. Foram divididas por região de saúde totalizando 16, conforme o Termo de Referência de 2013². Durante a realização do Projeto Caminhos do Cuidado foram atendidos 14.413 (ACS), Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (ATENfs), no Estado, todos os municípios foram capacitados, inclusive a região de saúde da grande Florianópolis (BRASIL, 2013b).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Para pesquisar sobre a percepção de trabalhadores da AB sobre uma capacitação em saúde mental - Caminhos do Cuidados no processo de trabalho na região de saúde da grande Florianópolis, baseamo-nos em uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa.

Propomos a análise das partes para chegar à totalidade do estudo, uma vez que construir pesquisa em ciências sociais, envolve os múltiplos aspectos bio-psico-social dos determinantes de saúde. O processo de criatividade marcado pelo diálogo consciente sobre a realidade social que se deseja compreender não é linear, é contraditória, sobretudo complexa, pois o sujeito definidor está sempre implicado na pesquisa. O conhecimento científico no âmbito das ciências sociais possui uma complexidade por não sermos meros observadores, *fazemos parte da realidade que analisamos, em certa medida analisamos a nós mesmo* (DEMO, p.54, 2011).

A opção por esta abordagem visou facilitar e priorizar o trabalho subjetivo presente nas relações constituídas em campo, bem como os sujeitos da pesquisa e a pesquisadora. Trata-se da opção de considerar a singularidade de cada indivíduo e a realidade social, não fomentando somente as explicações dos fatos, mas as conhecendo na totalidade de sua realidade. Este tipo de abordagem permitiu o desvelar dos processos sociais, ainda pouco conhecidos, referentes aos grupos particulares frente a investigação. Buscou-se assim, representar o problema a ser investigado por meio de Análise de Conteúdo Temática, crítica e reflexiva acerca do material (BARDIN, 2004).

Isso implica em considerar o sujeito pertencente a um determinado grupo social ou classe, imbuído de crenças, valores e

²O Termo de Referência para seleção de tutores está disponível no sítio do Projeto: <http://www.caminhosdocuidado.org/wp-content/uploads/2013/10/TR-16-2013-TUTORES-SC.pdf>. Acessado em 27/04/2015.

significados, e principalmente que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação. É dessa complexidade que deriva a necessidade de uma metodologia qualitativa, apropriada para abordar um conjunto de expressões humanas, constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados e nas suas representações (MINAYO, 2008).

Para tanto, buscou-se compreender o universo de expressões das relações humanas e sociais as quais não podem ser quantificadas, organizando o material em três etapas: a) fase exploratória – delimitação do objeto, desenvolvimento da metodologia e procedimentos necessários para preparar a entrada em campo, b) trabalho de campo – interlocução com os profissionais de saúde, c) análise e tratamento do material – compreender, interpretar os dados empíricos articulando com a teoria, por meio da classificação e análise dos dados (MINAYO, 2012, 2008, 2005; BARDIN, 2004).

Para tal objetivo foi utilizada a técnica da entrevista semiestruturada³, com questões abertas, permitindo à pessoa entrevistada refletir sobre o tema em questão, as respostas foram gravadas e transcritas para análise do conteúdo. Esse formato de coleta possibilitará a construção de associações com a fala do sujeito participante e apreender o significado que ela dá a sua condição sobre a realidade vivenciada, permitindo também, acesso a fontes de informação como os dados primários e secundários (MINAYO, 2012). Essa técnica é um recurso importante na pesquisa qualitativa, pois possibilita descobrir a estrutura de sentidos do entrevistado, sendo que os conceitos e as variáveis que emergem podem ser diferentes daqueles previstos anteriormente (TRIVINOS, 1995).

Desta forma, essa dissertação buscou conhecer a percepção de trabalhadores da saúde sobre uma capacitação em saúde mental – Caminhos do Cuidados no processo de trabalho da AB e no cotidiano do cuidado em saúde mental, entendendo que estes profissionais são sujeitos em transformações permanente na complexidade das relações sociais.

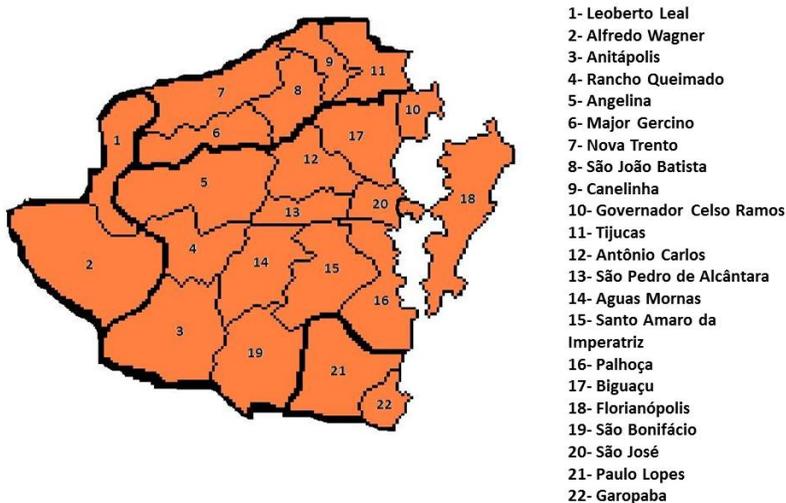
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

Essa pesquisa foi realizada com profissionais de saúde, que atuam na atenção básica de três municípios da região de saúde da grande

³O documento da entrevista semiestruturada, com o roteiro das questões semiabertas, encontra-se em Apêndice (A) e (B).

Florianópolis. A região é composta por 22 dois municípios, com uma população de 1.012.233 habitantes, com uma concentração populacional maior no litoral, especialmente São José (1.860 habitantes por km²), Florianópolis (972 habitantes por km²), Palhoça (347 habitantes por km²) e Biguaçu (192 habitantes por km²), sendo que 32% dos municípios tem entre 10 mil e 50 mil habitantes, enquanto 50% dos municípios da região tem menos de 10 mil habitantes (SANTA CATARINA, 2016).

Figura 1 – Composição da Regional de Saúde da Grande Florianópolis



Fonte: Plano Diretor de Regionalização: (SANTA CATARINA,2011).

A região de saúde localiza-se no litoral catarinense, onde também se encontram os maiores contingentes populacionais, sendo o interior do Estado menos povoado. A região caracteriza-se pelo trabalho tecnológico de ponta, com uso da informática e automação. Há estudos que apontam uma correlação entre alta capacidade de exportação, uso de tecnologia de ponta com adoecimento dos trabalhadores, para além dos tradicionais que envolvem produtos químicos, mas novos fatores como

transtornos mentais e psíquicos. Na região litorânea, encontram-se alguns serviços de referência de alta complexidade, sendo o município de Florianópolis, um dos locais, onde usuários do SUS de todo Estado são referenciados (SANTA CATARINA, 2011).

Entre os municípios partícipes da pesquisa que compõe a amostra por sorteio, encontra-se três; um do litoral com concentração populacional, um do interior do Estado com menos de 10 mil habitantes, e o terceiro encontra-se na faixa de 10 a 50 mil habitantes. As características demográficas desses municípios são distintas, desde contingente populacional, estrutura e cultura, mas possuem em comum as unidades básicas de saúde na modalidade ESF e equipes de NASF.

A ESF se caracteriza por ser um dos equipamentos da atenção básica à saúde, porta de entrada no SUS, que visa ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde considerando a singularidade dos sujeitos a integralidade da promoção à saúde (BRASIL, 2012a)

Segundo a PNAB (2012), a equipe é composta por multiprofissionais; médico generalista, ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS. Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal- ESB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. No qual possuem um território adscrito de no máximo 4.000 mil pessoas, contabilizando 12 ACS, com 750 pessoas sobre sua responsabilidade (BRASIL, 2012a).

Já o NASF foi instituído em 2008 e regulamentado em 2011 pelo Ministério da Saúde, configura-se com equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as ESF, com o objetivo de apoiar a consolidação da AB no Brasil. Outro ponto a se destacar é a presença de diferentes áreas profissionais e de conhecimento que compõem essa equipe, devendo atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de ESF, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade, ampliando a oferta de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade e a abrangência das ações (BRASIL, 2012a).

O apoio matricial é formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas são de prestar apoio as equipes de ESF. Com relação a organização existem três tipos de NASF 1, NASF 2, e NASF 3, com

números de profissionais distintos, e também há legislações estaduais incentivando a inserção de NASF com equipe reduzida. Na portaria a composição das equipes se adequam ao número populacional, dentre as categorias profissionais estão;

Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas(BRASIL, p.72, 2012a).

Os serviços da AB são a porta de entrada no SUS, mas principalmente, da rede de saúde mental, e por meio de ações proativas atendem as necessidades da população adscrita no território. É na AB que podem se articular os cuidados integrais necessários ao indivíduo na área de saúde mental, no território ao qual o sujeito pertence, com a sua família e a sua comunidade. Há estudos referentes aos sujeitos que não tem acolhida e tratamento adequado na rede básica, e a acabam por consequência, chegando aos serviços especializados tardiamente e piorado (SANTA CATARINA, 2016; BRASIL, 2011)

O presente trabalho envolveu três municípios pertencentes à região de saúde da grande Florianópolis, capital do Estado de SC, como dito acima. A escolha foi aleatória realizada por meio de sorteio, e apresentam distintas realidades, seja pelo número populacional, cultural, social e desenvolvimento da rede à saúde.

Cabe ressaltar que a pesquisadora teve participação nas capacitações em saúde mental através do Projeto Caminhos do Cuidado, realizados nos municípios, e que para fins de estudo utilizaremos amostra por sorteio de três municípios para representar a região de saúde. Consideramos que o local do estudo é definido como aquele onde ocorrem às relações sociais, inerentes ao propósito da pesquisa, cada qual com suas características, que se somam a complexidade da

realidade para que possamos compreender a totalidade do problema investigado (TRENTINI; PAIM, 2004).

3.1.1 Participantes da pesquisa

Dada a importância da AB no SUS, e da EPS ser transversal à qualificação e ampliação da rede, foram critérios de inclusão de profissionais, aqueles que realizaram a capacitação Caminhos do Cuidado – formação em saúde mental, alocados na ESF no período 2014-2015. Além dos capacitados diretamente pelo curso, foram incluídos os profissionais capacitados indiretamente por meio da atividade de dispersão prevista no curso e também pela interação social da equipe nos processos de trabalho, que foram afetadas, ou seja, pela ação de multiplicadores da formação *in loco*.

Os participantes da pesquisa são profissionais de saúde que trabalham uma Estratégia de Saúde da Família nos municípios sorteados. A inclusão para amostra é de forma não probabilística por se tratar de uma pesquisa qualitativa de um universo de variáveis das representações práticas e de conhecimentos da realidade social e suas múltiplas dimensões que não estão centradas no sujeito.

Foram sujeitos desta pesquisa, o técnico de enfermagem, o ACS, e um profissional de nível superior lotado na ESF desde o referido período que foi ofertado a capacitação no município partícipe, e aceitaram participar livremente da pesquisa, após apresentação do objetivo da mesma e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice C) conforme resolução Conselho Nacional de Saúde - CNS 466/12 no que se refere às normas técnicas e éticas em pesquisas envolvendo seres humanos, sendo critério para participação, a assinatura para que então haja início a etapa de aplicação dos instrumentos (BRASIL, 2012c).

Atentos a complexidade dessa realidade, e a necessária correspondência da amostra no trato do tema, foram projetadas nove entrevistas, abarcando a representatividade das três categorias profissionais. No entanto, apesar de realizadas nove entrevistas, salientamos que em dois municípios houveram alterações no que se relaciona ao planejamento original, com a inclusão progressiva de atores importantes em campo – duas ACS, e perda de duas técnicas de enfermagem em dois municípios, por não aceite de participação.

Quadro 2– Relação dos profissionais de saúde entrevistados na atenção básica da região de saúde da grande Florianópolis.

CAMPO – ESF	ESCOLARIDADE	CARACTERÍSTICAS
Município I	I.A Médio	Natural do município e trabalha no município há 16 anos, é ACS com vínculo de contrato, não tem outras formações, apenas o curso de ACS em 2007.
	I.B Médio	Natural no município vizinho, trabalha no município há 16 anos, com vínculo de contrato, não tem outras formações, fez apenas o curso de ACS 2007.
	I.C Superior	Natural do município, desde formada trabalha no local que mora, atuando no SUS, possui vínculo concursada como enfermeira e uma pós-graduação a nível de especialização.
Município II	II.D Médio	Moradora do município, mas veio de outro município catarinense, possui vínculo concursada há 3 anos, fez capacitação para ACS, e também fez o curso de Técnico de Enfermagem, atualmente faz especialização em gestão pública.
	II.E Superior	Natural do município com vínculo concursada há 6 anos, com experiência em serviços privados de (hospitalar), e atenção básica (SUS), com formação em enfermagem e duas pós-graduação a nível de especialização.
Município III	III.F Médio	Moradora do município, mas veio do município vizinho atuar na saúde, com vínculo de contrato há 8 anos, iniciou na profissão por indicação política ao cargo, fez o curso para ACS posteriormente, não possui outras formações.
	III.G Médio	Natural do município vínculo de contrato há 8 anos, era da pastoral da criança, fez o curso para ACS, não possui outras formações.
	III.H Técnico	Natural do município com vínculo de contrato há 9 anos, possui experiência como técnica de enfermagem na atenção básica e na emergência do município. Não possui outras formações.
	III.J Superior	Natural do município com vínculo de concursada há 6 anos, atua no SUS, possui formação em Serviço Social e algumas

		especializações no âmbito de gestão pública e saúde, é coordenadora de uma ESF, já foi coordenadora da Atenção Básica no município.
TOTAL	9 profissionais	

Fonte: Elaborado pela autora.

3.2 COLETA DE DADOS

Para realização desse estudo, a pesquisadora entrou em contato com os responsáveis pela atenção básica nos municípios partícipes, explicando o objetivo da pesquisa, bem como solicitando a liberação dos profissionais para realização das entrevistas, isso nos casos em que os profissionais do campo aceitassem participar da pesquisa.

Após liberação do comitê de ética, novamente foi realizado contato com os coordenadores da AB, para saber quais eram os profissionais que se adequavam aos critérios pré-estabelecidos, e em quais unidades de saúde os profissionais atuavam. Com a devida informação, realizou-se contato telefônico com os profissionais, explicando a intencionalidade da pesquisa e a garantia dos preceitos éticos, convidando a contribuírem com o referido estudo.

Foi organizado uma data junto ao participante, e um horário com uma sala reservada para realizar a entrevista. Para aqueles profissionais que aceitaram participar da pesquisa, e assinaram o TCLE, conforme resolução Conselho Nacional de Saúde - CNS 466/12, houve a gravação das falas na entrevista, com a devida permissão dos envolvidos para posterior transcrição (BRASIL, 2012c).

Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, através de questões norteadoras a partir dos objetivos da pesquisa, a qual encontra-se no apêndice (A) e (B), posteriormente gravadas e transcritas.

Segundo Minayo (2008), é por meio da entrevista em campo, que o pesquisador busca informações dos atores sociais envolvidos, abordando informalmente e livremente o tema proposto, além de valorizar a presença do entrevistador e também proporcionar ao informante alcançar a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a entrevista. A entrevista foi realizada num único momento com cada sujeito, e num ambiente privado para maior qualidade dos registros de gravação das entrevistas.

3.3 ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta dos dados, os mesmos foram transcritos na íntegra, e analisados de acordo com os objetivos da pesquisa. O material transcrito foi confrontado com referencial teórico e reflexões dos autores, sendo agrupados por categorias após leitura exaustivas das transcrições, e identificação de expressões significativas do conteúdo para compreensão desse universo pesquisado.

A interpretação e organização dos dados foram realizadas por meio da análise de conteúdo temática, sob análise coletiva desse material, realizando a organização do mesmo de forma crítica reflexiva. A fim de preservar a autenticidade do conteúdo, o produto das entrevistas foi trabalhado de forma rigorosa seguindo o seguinte método: pré-análise, codificação e inferência. Este último foi condensado, destacando o material levantado, estabelecendo conexão com a realidade e outros estudos científicos (BARDIN, 2004).

A perspectiva de aglutinar em três grandes grupos, que expressem os objetivos do estudo bem como apreendam a totalidade da realidade pesquisada, através do uso de categorias analíticas, foi elaborada após codificação das transcrições. Corroborando com Minayo (2012) foram elaboradas estruturas de análise às respostas dos diferentes profissionais, confrontando as informações ao aporte teórico.

A análise temática foi transversal, pois passou pelas questões do questionário através de categorias projetadas sobre o conteúdo. Desta forma não se tem em conta a dinâmica e a organização, mas a frequência dos temas extraídos do conjunto de discursos, considerados como dados segmentáveis e comparáveis (BARDIN, 2004), o que se aplica neste caso ao estudo acerca dos resultados da capacitação em saúde mental no processo de trabalho da Atenção Básica na regional de saúde da grande Florianópolis na ótica dos profissionais de saúde.

Nesta pesquisa, após a codificação e inferência as unidades temáticas que se destacaram dos questionários em consonância com os objetivos do estudo foram:

- a) Saúde Mental na Atenção Básica na ótica do profissional
- b) Os Processos de Trabalho
- c) Educação em Saúde

Os Capítulos a seguir versarão sobre as grandes categorias, que se apresentam, com os resultados e as análises de acordo com essas unidades temáticas.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente pesquisa segue o proposto nas diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 466/2012, sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), aprovada e autorizada pelo protocolo CAAE 49328315.0.0000.0121, conforme anexo (A). Após aprovação pelo Comitê de Ética da UFSC onde o projeto foi submetido a Plataforma Brasil, sendo este estudo automaticamente encaminhado para avaliação dessa instituição. A coleta de dados foi autorizada pelo CEPESH-UFSC para ter início no mês de junho de 2017.

A coleta de dados foi autorizada nos referidos municípios partícipes, conforme orientações da resolução 466/2012. Dentre as exigências da resolução, todos os participantes que receberam esclarecimentos sobre os procedimentos adotados durante toda a pesquisa e sobre os possíveis riscos e benefícios e aceitarem participar voluntariamente da pesquisa, foram considerados participantes, aqueles que oficializaram suas participações através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme apêndice (C).

A pesquisa preservou a autonomia e respeito ao participante, bem como à privacidade do mesmo, sem submetê-lo a constrangimentos, abordagem que considerou o benefício que o participante terá na pesquisa e a justiça, na qual visa minimizar riscos e vulnerabilidades dos participantes da pesquisa (BRASIL, 2012c).

Para garantir o anonimato, os sujeitos do estudo foram identificados com letras, e os município por algarismos romanos, a exemplo: Profissional A do município I (A.I), profissional C do município II (C.II), profissional D do município III (D.III) sucessivamente.

3.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Toda pesquisa, independentemente do método adotado, pode apresentar limitações, dependendo de inúmeros fatores como corrente de pensamento, abordagem utilizada pelo pesquisador e também pelo leitor. No entanto cabe aqui ressaltar algumas características do método adotado pela pesquisadora que podem se configurar como limitações, as quais configuram a abordagem qualitativa, por meio da coleta de dados, a partir de interações sociais do pesquisador com o fenômeno pesquisado, no intuito de apreender o significado que ela dá a sua

condição sobre a realidade vivenciada, as quais não podem ser quantificadas (MINAYO, 2005).

Primeiramente a pesquisa propunha-se a entrevistar nove participantes, sendo três de cada município, abarcando um profissional por nível de escolaridade (médio, técnico e superior), e para agregar a pesquisa ao escopo da gestão da política municipal de saúde, seria convidada a coordenação da atenção básica para participar da mesma, totalizando ao final doze participantes.

O contato com municípios partícipes para a realização das entrevistas foi realizado no primeiro semestre de 2016, na construção do projeto de pesquisa. A mesma foi submetida a CEP em dezembro de 2016, e depois de algumas pendências de ordens diferentes a cada retorno, teve aprovação para realização da pesquisa em junho de 2017, onde foi revisto o cronograma de execução de um semestre e meio para três meses, contando com a retomada aos campos partícipes, realização de entrevista, transcrição, categorização e análise dos dados que consequentemente se materializaram nesse trabalho.

A retomada do campo em junho de 2017, mostrou-se nebulosa, visto que na virada do ano, com as eleições municipais, parte das gestões passaram por mudanças significativas. Logo, as pessoas com quem foram realizados os primeiros contatos para realização da pesquisa, haviam sido substituídas, exigindo assim que eu retomasse a apresentação da proposta e a importância da mesma.

Com a nova configuração de profissionais dos três municípios, apenas um lembrava que houve uma capacitação caminhos do cuidado – formação em saúde mental, os demais, não tinham conhecimento, por dois motivos, profissionais novos no município e também, esses profissionais não estavam ligados aos fluxos de processo de trabalho da AB na gestão anterior, visto ter sido um determinado setor o responsável pela organização da capacitação.

Para acessar os sujeitos incluídos no estudo, se fez contato primeiramente com o setor responsável pela AB no município, para saber quais eram os sujeitos que se enquadravam no perfil pré-estabelecido. Nessa etapa, outras limitações se fizeram presentes nos três campos; processo seletivo, concurso, novas estruturas físicas ESF, e novas equipes, que diretamente mudaram a configuração da AB, sendo que dos três municípios, boa parte dos ACS foram demitidos, e novos assumiram o cargo.

Para tanto, o contato com sujeitos da pesquisa, foi realizado via contato telefônico para as unidades de saúde, para verificar se havia profissionais das referidas categorias, atuando desde a data da

capacitação. Ao achar um profissional que cumprisse os requisitos, era apresentada a pesquisa, e seus preceitos éticos, convidando então a colaborar com o estudo, e com aqueles que aceitaram foi agendada uma data para entrevista no local de trabalho, com horário e sala reservada para tal. Nesse percurso, em dois municípios partícipes, não foi possível incluir profissional de nível técnico, pois não houve aceite de participação. E ao mesmo tempo, foram incluídas duas ACS, em dois municípios, que se propuseram a participar da pesquisa.

Apresenta-se como limite ação desse estudo a execução do processo metodológico no que diz respeito aos sujeitos envolvidos, ou seja, se foram os profissionais adequados ao objetivo da pesquisa, considerando a complexidade do tema e dos atores envolvidos, pois poderiam compor a amostra da pesquisa, os gestores, demais categorias das equipes AB e os próprio usuários, mas em virtude da necessidade de dar conta do cronograma, optou-se pela redução dos protagonistas da AB, focando nas três categorias profissionais que representam o universo do objeto de pesquisa. Quanto ao roteiro de entrevistas semiestruturadas, também se observa que pode ser um limitante, condicionando o tema a ser discutido, e escapando à realidade vivenciada pelos partícipes.

Cabe ressaltar, que o cronograma da pesquisa foi ajustado para dois meses de coleta e análise do material, decorrente dos entraves com o comitê de ética. A cada ajuste apresentado ao estudo pelo comitê, ao passar nas reuniões por um novo parecerista, o prazo diminuía influenciando o resultado do trabalho.

4 DISCUSSÃO DOS DADOS

Com o intuito de responder o problema e alcançar os objetivos que a pesquisa propõe, os dados coletados foram transcritos e analisados previamente por meio da análise de conteúdo corroborando com os autores Bardin (2004) e Minayo (2012, 2005), agrupando as transcrições em três grandes eixos de compreensão; Saúde Mental na Atenção Básica, os Processos de Trabalho, e Educação em Saúde.

Dessa forma, chegou-se a tais premissas através de interpretação dos dados coletados, com objetivo de identificar valores e significados, bem como a singularidade de cada realidade social, por meio das expressões dos entrevistados, sob os processos de EPS no processo de trabalho.

4.1 A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NA ÓTICA DO PROFISSIONAL

Esta categoria, que identifiquei e defini a partir das falas dos sujeitos entrevistados, tem como principal objetivo apresentar e discutir como é percebido o cuidado em saúde mental no âmbito da atenção básica em saúde. Entendo que está se apresenta como um local de recepção dos indivíduos em sofrimento mental e deveria se mostrar, também, como um espaço rico em possibilidades criativas capazes de gerar mudança nos modos de vida destes indivíduos, por meio de uma rede de cuidados que se articularia no território através da criação de parcerias intersetoriais e ações multiprofissionais (MINOZZO; COSTA, 2013a).

O cenário da rede de AB nos municípios estudados, apresentam-se em diferentes atuações e entendimento de rede e produção de saúde. O município I, reflete não somente um caráter deficiente na formação básica do profissional, como também a precariedade na formação específica referente a área de saúde mental. Fato que resulta na carência de informações referentes a outras formas de cuidado ao indivíduo em sofrimento mental e do próprio processo de atuação do AB, como expressam nas falas;

O profissional não está muito capacitado para atender esse tipo - paciente psiquiátrico (I.C)

A gente não tem nenhum centro especializado, quando vem alguém em surto a gente encaminha para um hospital psiquiátrico (...) o tratamento na unidade é realizado pelo psiquiatra duas vezes na semana, e de forma medicamentosa ou com a psicóloga que está com a agenda lotada. (I.A)

As ACS tinham que preencher uma ficha, onde tinha alguma coisa de saúde mental, e elas perguntavam como identificar, se a pessoa estava em tratamento e se era de saúde mental ou não, aí elas não sabiam o que que era saúde mental, se era quem tomava remédio, ou quem consultava com a psicóloga. (I.A)

Há uma forte tendência para a utilização de dispositivos de intervenção rápida na AB, considerados de certa forma eficazes e cujo

objetivo se pauta na ideia de um possível alcance do estado de bem-estar pessoal e social. A noção de saúde segue norteada pelo olhar biomédico, onde ser saudável adquiriu um significado de estar ativo, disposto, com boa aparência estética, obtendo prazer em todas as coisas que realiza, práticas sociais que devem ser superadas para que seja alcançada a integralidade da atenção à saúde (GOMES, 2017; ONOCKO-CAMPOS, 2013; ONOCKO-CAMPOS; GAMA, 2008).

Em contrapartida o município II, considerando as mudanças de espaço e sua reestruturação, com nova equipe, traz um olhar para a clínica ampliada, fortalecendo o papel da AB como porta de entrada no SUS e no cuidado integral e humanizado aos sujeitos que necessitam de cuidados da saúde;

[Usuário de saúde mental] o início sempre é aqui [ESF] mesmo que o posto tenha que encaminhar para outros lugares depois de ser atendido (...) tenho um caso de uma adolescente que é um caso bem grave, ela surta mesmo, ela tem esquizofrenia, então assim, já tive que ajudar, ela estava em crise na rua, você tem que chegar, abordar, conversar até conseguir levar para casa. (II.D)

Tem pouca assistência de CAPS, digamos assim, a gente tem CAPS mas a gente sabe que eles estão lotados ... acabam voltando aqui pra gente (...) o grupo de saúde mental, a gente já teve, mas agora a gente não tem mais, quando a gente tinha NASF, tinha o grupo de terapia comunitária (...) A gente tem um grupo que a gente chama de grupo de fuxico onde as pacientes vem como se fosse uma terapia (II.E)

Já o município III, com uma considerável rede, vem investindo em novas práticas em saúde. Apresenta em alguns momentos uma rede mais coesa e em outros fragmentada, dadas as idas e vindas, tanto da gestão como dos próprios profissionais que compõem a rede. Há alguns anos a gestão encampava a construção de uma AB qualificada e de referência, com NASF atuante, ações de educação permanente, práticas integrativas e complementares entre outras ações.

Com a nova gestão essas práticas se perdem e o NASF começa a se reestruturar, mas os profissionais que compõem as equipes,

influenciados pela gestão anterior, e até mesmo os novos profissionais, mantem-se orientados pela construção de um modelo de atenção à saúde em harmonia com as diretrizes do SUS;

A estratégia de saúde da família é a norteadora da rede de atenção à saúde, ou seja, ela quem atende todos os pacientes que circulam por diferentes níveis de atenção à saúde (...) A saúde mental é um dos principais motivos pelos quais os pacientes demandam de atendimento. (III.J)

[Pacientes psiquiátricos], eles entram lá e conversam e se tu dá uma atenção eles voltam novamente e eles sentem “pô eu vou lá” porque é uma forma de eles botarem para fora porque eles não conseguem botar para a família, porque a família não sabe lhe dar com essa situação e acaba ficando mais doente do que o próprio doente e ali não, ali a profissional sabe como lhe dar, como conter essa coisa, cria-se vínculo, então eles procuram bastante, na nossa unidade eles (III.F)

No PSF você tem aquele vínculo com as famílias, com as pessoas, e as pessoas em si vem mais para te escutar, querer escutar né, querer uma conversa, tem um vínculo com a comunidade, um trabalho contínuo. (III.H)

Um dispositivo que vem atuando nas transformações dos processos de trabalho da AB, e produzindo espaços de educação permanente em alguns territórios são as equipes de NASF. Estas se configuram por ofertar suporte as equipes de ESF, conhecido como apoio matricial, em que um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, prestam apoio as equipes de ESF (BRASIL, 2012a).

Em muitas das vezes, quando abordamos a SM na AB, são essas relações de suportes especializados que estão presentes e ajudam na construção de uma atenção básica qualificada que atua na lógica de apoio, e não ambulatorial como no município I, que gera uma demanda para um único profissional especializado resolver, enquanto poderia construir outras formas de cuidado longitudinal, que considerasse as múltiplas questões da complexa realidade social em conjunto com a rede

e demais profissionais, para ilustrar o apoio de NASF bem sucedida, apresentamos fragmento da entrevista realizada no município III.

Não é só o doente que precisa de apoio, a família também, porque adocece junto, ou não sabe lidar com a situação (...) um guri, um doente mental que é esquizofrênico, ele estava trancado dentro do quarto, a agente comunitária, ela na primeira visita identificou que o guri de 18 anos não saia de dentro do quarto. Com o vínculo dela e ajuda da ESF, hoje em dia ele trabalha, ele vai na unidade consultar, nós conseguimos isso sem o CAPS entendeu, só a unidade de saúde em conjunto com o NASF, junto com o NASF que estava ali dando apoio direto. (III.G)

Para a implantação de novas estratégias de cuidado na AB, se faz necessário uma equipe capacitada, inclusão de EPS, profissionais coordenadores e gestores implicados no processo de cuidado, comprometidos com a promoção de saúde, e condições para que estes possam colocar em prática os avanços conquistados no campo teórico, que coadjuvam com a proposta da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, com vistas a ampliação da atenção psicossocial e do cuidado humanizado, construindo assim oportunidades para que as pessoas em sofrimento psíquico possam exercer sua cidadania e atingir seu potencial de autonomia no território em que vivem (BRASIL,2012a; MINOZZO; COSTA, 2013b).

4.2 PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

Esta categoria, foi identificada a partir das falas dos entrevistados, sendo tema atravessador do objeto de estudo ao qual se refere as mudanças do processo de trabalho a partir de uma ação de EPS. Para tanto, vamos apresentar e discutir como é percebido o processo de trabalho na AB pelos profissionais que participaram do estudo.

Para Dimenstein et al (2013), ações em saúde na AB possuem um diferencial, pois para além da promoção e prevenção à saúde encontra-se a produção social das condições de vida dos sujeitos naquele determinado território, o qual exige uma equipe multiprofissional para compreender as necessidades do território e das relações afetivas da subjetividade humana. Com isso, o processo de trabalho deve se implicar nas inovações e na produção de serviços ofertados, significa ser

protagonista de novas práticas, afim de garantir ações humanizadas na integralidade do cuidado.

Dos três municípios entrevistados, cada um demonstra, mesmo que incipiente, a importância das atividades realizadas na AB;

Na da atenção básica, a gente é um elo né, então nós, a gente verifica o problema, né, percebe o problema, a gente vem e comenta com a enfermeira, comenta na reunião... a gente vai encontrando os caminhos para trazer para a unidade. (II.D)

Troca de gestão, processos seletivos e pessoal, os grupos ficam em baixa, perde o vínculo com a comunidade(...) no PSF você tem aquele vínculo com as famílias, com as pessoas, e as pessoas em si vem mais para te escutar, querer escutar né, querer uma conversa, tem um vínculo com a comunidade, um trabalho contínuo (III.H)

As enfermeiras da ESF estão construindo um protocolo para saúde da mulher não ficar centrado no médico o atendimento. (I.C)

A construção da clínica ampliada é iniciada no acolhimento e no vínculo com os sujeitos desse território. O acolhimento, é uma ação que pode ser realizada por qualquer integrante da equipe de saúde, devendo ser um dispositivo para formação de vínculo entre o profissional e o usuário. Compreende uma primeira conversa, um espaço de escuta aos usuários, de modo que possam se sentir seguros e tranquilos para falar sobre suas aflições, dúvidas e angústias. Nesse momento deve ficar claro ao usuário que a equipe está disponível para acolhê-lo, acompanhá-lo, e se necessário cuidar de forma compartilhada, com outros serviços, além dos oferecidos pelo SUS, criando novas possibilidades para além do campo biomédico, na busca por outros dispositivos da rede intersetorial (BRASIL, 2013c).

Nas equipes de AB entrevistadas, encontramos algumas nas quais esse conceito permeia o processo de trabalho dos profissionais, os quais não se apropriaram do conceito dessa clínica ampliada e dos novos dispositivos de trabalhos, mas os praticam pela interferência direta e indireta de ações de educação permanente em saúde no cotidiano do trabalho. Em contraponto, notamos que há equipes em que o conceito

foi apropriado, mas na prática o processo de trabalho reflete os mecanicismos característicos do especialismo, burocratização, medicalização, e individualização da demanda;

Reunião de equipe é semanal com todos profissionais e discussão de casos (...) nosso trabalho é valido, tu estás nas casas todos os dias, tu tens o vínculo e se tu levas alguma coisa[informação], eles pegam a confiança na gente, os pais aprendem a lidar com eles [usuários sofrimento psíquico] no curso, nos encontros[apreendem], seremos mais acolhidas nas casas (III.F)

O profissional não está muito capacitado para atender esse tipo cuidado [saúde mental] é centrado no atendimento psiquiatra duas vezes na semana e tratamento medicamentoso, ou atendimento com a psicóloga que está com agenda lotada (...) A gente tem reunião de equipe de ESF, toda primeira sexta-feira de cada mês com médico, enfermeiro e técnico enfermagem, os ACS não participam (...) no dia de marcação de médico, eles são viciados em médico (clínico geral), nos dias de marcação, às 3 horas da manhã tem gente esperando já [a marcação de medico é realizada a cada dois meses à população] (...) o enfermeiro faz [acolhimento], ele houve né, a gente acaba sendo mais um psicólogo do que enfermeiro (I.C)

Dentre os novos dispositivos, destaca-se a proposta de acolhimento, a qual implica em atender a demanda espontânea, e se propõe a servir de ligação entre as necessidades dos usuários e as várias possibilidades de cuidado. A criação de políticas que orientam a assistência aos indivíduos em sofrimento mental na AB, deram lugar aos trabalhos grupais. Este constitui um dos principais recursos terapêuticos em diferentes contextos da saúde, são ferramentas capazes de trabalhar a partir da concepção de sujeito coletivo, atenção integral e produção de autonomia com vistas a promoção de saúde na perspectiva da clínica ampliada (BRASIL, 2013c).

Uma nova clínica deve permitir aos profissionais, novos olhares e saberes, com o questionamento do que é sabido, dos tratamentos

aplicados, a composição e a atuação das equipes e o seu modo centralizador, individualista e pouco participativa no cuidado em saúde. Cada vez mais, se faz necessário equipes multiprofissionais, para discutir e entender essa nova clínica por meio da EPS, de forma a colocar no centro da discussão o usuário, o familiar o meio social, e não a doença. A transformação pressupõe um trabalho em equipe que envolva o acolhimento aos usuários, a produção de vínculo entre eles e as equipes, a responsabilização com a saúde individual e coletiva, o atendimento das necessidades dos sujeitos;

A Agenda médica é flexível, a marcação de horário é organizada, para atender melhor o povo que trabalha (...) o único matriciamento que a gente tem é com o NASF que é bem atuante. (III.G)

Corroborando com Merhy e Feuerwerker (2009), o trabalho em saúde tem o compromisso com as necessidades sociais, para concretização de uma nova clínica do cuidado em liberdade, devem ser modificadas as práticas e modelos rígidos, dando a este movimento um caráter político de reorientação e reformulação tanto nas instituições que compõem as redes, como na prática clínica de novas tecnologias.

Deste modo, o processo de trabalho em saúde, encontra-se em disputa conforme Onocko-Campos e Gama (2008) já apontavam, velhos modelos versus novas tecnologias, apresentadas de certa forma nas falas dos profissionais das equipes de ESF. As ações de EPS são necessárias para transformações desses saberes e olhares, mas sobretudo, para efetivar a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, parte de uma clínica ampliada que traz apontamentos e desafios à produção de saúde; 1) melhorar a interação nas equipes e qualificá-las para lidarem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção à saúde; 2) fomentar estratégias de valorização do trabalhador, por meio da promoção de melhorias nas condições de trabalho (ambiência), na ampliação de investimentos na qualificação dos trabalhadores, e 3) fomentar processos de cogestão, valorizando e incentivando a inclusão dos trabalhadores e usuários em todo processo de produção de saúde.

4.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Nas falas dos profissionais identificamos a categoria Educação em Saúde, por se tratar de um aspecto mais amplo da formação dos profissionais, que diz respeito da caminhada desse profissional na área da saúde, mas também, dos processos de EPS. O objetivo é apresentar como os profissionais percebem seu processo de trabalho e quanto suas práticas são reflexos das formações, continuada ou permanente.

A especialização do conhecimento em determinados momentos, pode possibilitar avanços, mas também pode ser geradora de fragmentação e alienação numa equipe que não trabalha interdisciplinarmente, não discute os casos, não faz reunião ou organiza a gestão do serviço ofertado para melhor atender a população. Nesse sentido o apoio matricial (NASF) está geralmente ligado à relação entre saúde mental e rede básica, seja para fragmentação do cuidado ou inverso, construção de novas práticas. Podemos identificar que este dispositivo pode ser uma ferramenta muito útil no desenvolvimento da intersetorialidade e na construção da rede ampliada de atenção psicossocial (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008; MERHY; FRANCO, 2003).

Dos profissionais entrevistados, o município I, possui algumas características de especialismos, os profissionais do NASF executam atendimento individualizado com agenda fechada. A reunião de equipe não faz parte do processo de trabalho, cada profissional trabalha de forma isolada no seu espaço, havendo dificuldade em realizar alguns grupos, segundo relatos dos profissionais, a população não participa das atividades;

O paciente psiquiátrico o profissional não está muito capacitado para atender esse tipo de usuário (...). O cuidado é centrado no psiquiatra, duas vezes na semana e medicamentoso. I.C

A maioria dos idosos eles estão no grupo de idosos [E vocês notam alguma mudança na vida deles] sim, esse grupo de idoso, como que eu vou dizer, melhora uns 50, 60% o relacionamento deles né, o convívio entre eles, eles jogam dominó, hoje eles tão dançando. I.B

A trajetória na saúde desses profissionais que participaram do estudo, foi sempre no seu município local de moradia e vínculos comunitários, nunca fizeram cursos ou capacitações, exceto a profissional de nível superior que possui uma especialização. Desde que

iniciou a inclusão de ACS no município, essas profissionais realizaram uma capacitação sobre a profissão com a enfermeira da rede. A incipiência de discussão de casos, ações de educação permanente reflete a prática fragmentada dos referidos profissionais, que desconhecem a própria política de atenção básica e seus desdobramentos no território.

Já o município de maior porte, o II, possui uma rede com serviços especializados e profissionais que estão em constante atividade de EPS. A equipe e unidade de saúde existem há dois anos, com o NASF pouco presente visto que se encontra em reestruturação, mas há experiências com outros profissionais e ações de NASF em outras unidades de saúde e capacitações esporádicas, existem ainda reuniões de equipe implantada com a participação de toda a equipe, profissionais de nível superior com algumas formações específicas, e ACS capacitadas e treinadas em vários aspectos do cotidiano do trabalho. Todas essas características resultam em um olhar psicossocial à comunidade, ações que promovam a saúde do território e são interdisciplinares, com discussão de casos e planejamento do processo de trabalho;

[Caminhos do Cuidado] Ele abriu um caminho assim de como chegar na pessoa, a maneira de conversar, como se pôr na unidade, desde o sigilo né, tem de chegar na pessoa e nada tem de ser forçado (...) a gente cria um vínculo com a família e a gente consegue colocar num grupo de tratamento (...) tem reunião de equipe [com todos profissionais], a gente estava um tempo sem fazer, porque a gente começou a fazer acolhimento então deu muito atendimento aqui na unidade (...) de uns tempos para cá a gente é bem mais valorizado, assim, o nosso trabalho como ACS (...) [o trabalho] melhorou muito, a gente que é ACS, a gente ajuda no acolhimento. II.D

[Após a capacitação caminhos] vi que a demanda aumento, talvez por eles [ACS] terem percebido, terem tido esse olhar mais voltado para reconhecer esses pacientes que estão em sofrimento e precisam de cuidados (...) grupo de saúde mental... a gente já teve, mas agora a gente não tem mais, quando a gente tinha NASF... grupo de terapia comunitária. II.E

Para Ceccim (2004) EPS é construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade bem como a resolubilidade dos problemas relacionamentos e detectados a luz dos processos de trabalho. Esse novo modo de organizar e praticar atenção em saúde mostra a necessidade de ações e espaços de EPS, pois a construção de novas práticas perpassa por mudanças de paradigmas e ressignificação do processo de cuidado territorial. Sendo que para primar por tais transformações, pressupõe-se um trabalho em equipe, que envolva o acolhimento dos usuários, a produção de vínculo entre eles e as equipes, a responsabilização com a saúde individual e coletiva e o atendimento das necessidades dos usuários (BRASIL, 2004).

O Município III, de porte um pouco menor, possui uma rede de serviços menos complexas, com pouca oferta de serviços especializados, no entanto, a configuração da atenção básica, e a prática de ações de EPS de longo data, desenham uma clínica ampliada que envolve os profissionais que passam pelo município, mesmo com vínculos de trabalhos frágeis, as experiências são socializadas e melhoradas pelos profissionais que chegam com novas bagagens assim como também, pelos que se mantêm nos serviços de saúde;

A capacitação contribuiu de forma efetiva na mudança do processo de trabalho dos profissionais e conseqüentemente melhorou a qualidade no atendimento à população. (III.J)

Com a enfermeira nova os grupos [capacitação] iam começar e atenção as famílias seria no aspecto do suicídio (...) Ano passado tinha um tema que era para todo mundo[todas as ACS] cada vez uma enfermeira dava [a capacitação]. (III.F)

O médico, toda semana, a gente faz um curso de educação permanente, o médico faz com nós[com toda equipe], uma vez na semana (...) a reunião de equipe é semanal com todos profissionais e discussão de casos. (III.G)

Nesse município a presença do NASF, por vezes, tanto na gestão antiga como no processo de reestruturação que ocorre por hora, se constitui como um serviço que faz a retaguarda à unidade de saúde. Observando que seu objetivo é ampliar o espaço de atuação constituído

por equipes multidisciplinares, atuando de forma integrada em apoio aos profissionais das unidades de saúde, de forma a ampliar as ofertas de saúde na rede, por meio de novas estratégias de cuidado aos usuários, para como isso melhorar a resolutividade e a abrangência das ações.

Ressalta-se a importância da realização de grupos na AB, os quais são impulsionados também pelo NASF, pois são ferramentas capazes de trabalhar a partir da concepção de sujeito coletivo, atenção integral e produção de autonomia com vistas a promoção de saúde (BRASIL, 2013). As ações de apoio desenvolvidas por esses profissionais são: discussão de casos, atendimento conjunto, construção de projetos terapêuticos, educação permanente, ações de intersetorialidade entre outras (BRASIL, 2012a, 2013c).

Cabe salientar que o NASF cumpri um papel importante na EPS, e na responsabilização compartilhada entre equipes, pois prima pelo acesso a integralidade do cuidado aos usuários por meio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde dos territórios (BRASIL, 2013c)

Corroborando com Silva et al (2016), pressupõe-se que EPS inserida no processo de trabalho possa proporcionar o desenvolvimento dos trabalhadores, e assim, fortalecer e desenvolver as ações de saúde, além de permitir a reestruturação dos serviços, com os desdobramentos na qualificação da gestão, na atenção aos usuários, e no fortalecimento do SUS.

Para tanto, realizaremos alguns apontamentos acerca do processo de trabalho que encontramos na pesquisa, e as implicações de EPS nos municípios. Com isso, destacaremos os percursos que o cuidado à saúde assume, conforme as características da AB de cada realidade pesquisada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental é um dos principais motivos pelos quais os pacientes demandam de atendimento [na ESF]. (III.J)

Considerando que o objetivo da pesquisa foi conhecer as implicações de uma ação de educação permanente em saúde mental na AB da região de saúde de Florianópolis, identificamos que as equipes reconhecem a importância das atividades de educação em saúde. Contudo, os conceitos que trazem consigo a respeito do tema faz com

que essas ações tenham efeitos limitados e, quando diante de uma conceituação mais adequada, se apegam as dificuldades para incluir a educação em saúde na prática cotidiana dos serviços.

No entanto, as realidades dos municípios entrevistados possuem discrepâncias na produção de saúde, alguns conseguem fazer EPS no processo de trabalho, trazendo as discussões de casos em equipe e realizando atividades grupais no território junto ao NASF, sendo este o suporte para casos mais complexos que demandam da equipe outros saberes.

Por outro lado, há municípios que seguem o modelo de assistência centrado na oferta biomédica, com atendimentos individualizados, fragmentados e com os profissionais do NASF sendo os profissionais especialistas responsáveis pelo cuidado em saúde, principalmente no que se refere a atenção psicossocial, referenciada a esses especialistas, com uma única oferta de tratamento, a medicamentosa.

A formação desses profissionais, quando estagnados na execução de práticas burocratizadas, na repetição do dia-a-dia, sem procura por capacitações, ou gestão do processo de trabalho, impacta no desenvolvimento das ações relacionadas às atividades de promoção do cuidado integralizado ou de uma clínica ampliada, passando longe da compreensão do papel da atenção básica na produção social das relações objetivas e subjetivas desses territórios.

Em relação ao processo saúde-doença, segundo os relatos dos profissionais entrevistados, os pacientes ainda possuem um olhar medicalizado, mas não são somente os pacientes, os profissionais também contribuem diretamente na efetivação desse processo de manutenção do modelo assistencial, dificultando novas tecnológicas e intervenções de prevenção a doenças e de promoção à saúde.

Ainda assim, encontramos em dois municípios novas práticas de cuidado em saúde, corroborando para a prática de uma clínica ampliada em que a atenção psicossocial está diretamente ligada aos processos de trabalho das equipes, com organização da gestão de trabalho, tentativas na oferta de serviços que deem conta das problemáticas apresentada no território.

Os três eixos, ou categorias, que sobressaltaram na percepção dos profissionais, foram discutidas separadamente, mas cabe ressaltar que todos são transversais ao consideramos a totalidade do campo pesquisado, pois a saúde mental na atenção básica é fruto de processos formativos de ressignificação de ações e práticas construídas historicamente no campo da saúde. Para tanto, o processo de trabalho

em saúde está diretamente ligado a questão da saúde mental na atenção básica devido ao compromisso com as necessidades sociais desse processo educativo, pela concretização de uma nova clínica e pela consolidação do cuidado em liberdade.

Nesse sentido se faz necessário a EPS como instrumento de superação das velhas práticas, sendo a divisão em eixos realizada nesse trabalho apenas uma ferramenta metodológica orientada para a maior compreensão do objeto pesquisado, mas que não rompe com a transversalidade dos temas, hora tratados.

Por meio da análise das entrevistas, percebemos ainda haver necessidade de espaços de reflexão entre os profissionais das equipes, necessidade de educação permanente, pois esta é uma ferramenta potente para fomentar possíveis transformações no processo de trabalho em saúde.

Nos municípios pesquisados essa ferramenta se mostrou poderosa durante todo o estudo permitindo desvelar a realidade de cada território, mostrando que não é preciso uma rede complexa de ofertas de serviços especializados, mas sim uma rede coesa, que atue de forma multiprofissional e intersetorialmente, olhando os sujeitos demandantes de atenção, nas suas singularidades.

Quanto às transformações dos processos de trabalho em saúde a partir da capacitação Caminhos do Cuidado, pode-se dizer que de certa forma produziu mudanças na produção de vínculo, escuta e acolhimento aos usuários da saúde, em especial àqueles que estão em sofrimento psíquico ou fazem uso de alguma substância psicoativa, pois esses passaram a ter um espaço nos serviços de saúde, o que antes era inviabilizado em função da existência de preconceito nas equipes e pré-julgamentos, corroborando para que estes usuários ficassem a margem do atendimento na atenção básica.

Ainda que haja pré-conceitos em relação à usuários ditos psiquiátricos ou usuários de substâncias psicoativas, entende-se que receber, ouvir e ofertar um cuidado em saúde é possível, sem com isso criar expectativas de grandes mudanças, e sim algo que promova a acolhida do sujeito naquele momento em que ele precisa de ajuda.

No entanto a ação em EPS estudada foi uma das ações para esses municípios, tendo promovido mudanças significativas de acesso à saúde para um determinado público, considerado usuários da saúde mental. Essa ação específica, com aporte no eixos temáticos: território, redes de atenção, conceitos, políticas, práticas de cuidado em saúde mental, caixa de ferramentas, Reforma Psiquiátrica, Redução de Danos, Integralidade do cuidado, intervenção em saúde mental no uso de álcool, crack e

outras drogas, atingiu um determinado escopo dentre seus objetivos, sendo que em alguns municípios se faz necessário ainda, grandes mudanças na garantia de serviços da própria atenção básica, para aumentar a capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde do município.

Portanto para que se possa produzir mudanças nos processos de trabalho da AB, é necessário a mudança de saberes e dos fundamentos teóricos deste campo, transformando a presente negação das relações humanas no ambiente de trabalho, em cooperação e reflexão permanente sobre as práticas. É necessário ser um inventor, um curioso, capaz de criar e recriar, capaz de querer fazer melhor, fazendo, desta forma, acontecer a troca de saberes através da produção de um trabalho coletivo, reflexivo e humanizado.

Cabe ressaltar, que enquanto pesquisadora e tutora do curso, ao retornar aos municípios e dialogar com os entrevistados sobre a capacitação e as mudanças que ocorreram nas práticas profissionais, a partir de um olhar de quem vivenciou o antes e o depois do curso, foi muito significativo. Pois a cada realidade pesquisada, nota-se como eram as falas dos profissionais pré-curso e os novos olhares sobre o cuidado integral à saúde, principalmente no que se refere ao vínculo, escuta e cuidado humanizado as pessoas em sofrimento psíquico.

Temos o desafio de seguir lutando, não só na disputa por um modelo de atenção à saúde que prese por uma clínica humanizada, de atenção psicossocial, de educação permanente nos processos de trabalho, mas sobretudo, de um sistema de saúde público, acessível a todos, com recursos orçamentários adequado para uma Saúde em seu estado pleno de bem-estar físico, mental e social.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BASAGLIA, Franco. et al. **A instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2004.
- BELMONTE, Pilar. et al. Relato de experiência: caminhar é preciso! **Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde -FIOCRUZ**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:
<<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/en/node/944> > Acesso em: 27 abr 2015.
- BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Cortez, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**. Portaria n° 3088. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Crack é possível vencer**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466**, de 12 de dezembro de 2012c. Brasília. Disponível em

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 10 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. et al. **Caminhos do Cuidado**: caderno do tutor. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL, Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição; Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. **Caminhos do Cuidado**: sobre história. Brasília, 2013b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em 20jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687. Brasília, 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete Simões da. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3º Ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 49 – 87.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexão sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. **Revista Serviço Social & Sociedade**. [s/v.], n. 87, 2006, p. 132 – 146.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinícius Pires. **Manual de Práticas de**

Atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – comunicação, saúde e educação**, v.9, n.16, p.161 - 168, set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2017.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação Permanente em Saúde. **Sítio Eletrônico, Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fiocruz. 2009. Disponível em:<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 01 jun. 2015.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-66, jan. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC. **Framework for Program Evaluation in Public Health: Morbidity and Mortality**. v. 48, n. (RR) 11, p. 1 – 40, set. 1999. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr4811.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2016.

COELHO, Ivan Batista. Formas de Pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERREIRO, André Vinicius Pires. (Orgs.).**Manual de Práticas de Atenção básica – saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008.

DA ROS, Marco Aurélio. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, Marcos. et al.(Orgs.).**A saúde em debate na educação física**. v. 2. Blumenau: Nova Letra, 2006.

DELGADO, Pedro Gabriel. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In Mello, Marcelo Feijó; Mello, Andrea de

Abreu Feijó; Kohn, Robert. (Orgs.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DEMO, Pedro. **Metodologia do Conhecimento Científico**. 1ed. São Paulo: Atlas, 2011.

DIMENSTEIN, Magda et al. Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária. In: PAULON, Simone; NEVES, Rosane. **Saúde Mental na Atenção Básica – a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013. p. 39 – 59

SCOREL, Sarab; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade. et al. (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59 – 82.

FALKENBERG, Mirian Benites. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 3, p. 847 - 852, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/630/63030163018/>>. Acesso em: 26 abril 2016.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 4.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

GOMES, Karina de Moraes. Humaniza SUS e a Garantia do Princípio da Integralidade. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v.6, n.2, p. 58-77, abr. 2017. Disponível em: <<http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/375/457>>, Acesso em: 20 jun. 2017.

GRIGOLO, Tania Maris. **“O Caps me deu voz, me deu escuta”**: Um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários. 2010. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade Nacional de Brasília, Brasília, 2010.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil**:atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos technoassistenciais. **1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES CDD 362.1**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003. Disponível em <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-14.pdf>>. Acesso em: 20 abril 2016.

MERHY, Emerson Elias; CECCIM, Ricardo Burg. **A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias**: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, 2009. Disponível em:<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-04.pdf>>. Acesso em: 20 abr de 2016.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). et al. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. 20 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11edição. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 31ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MINOZZO, Fabiane; COSTA, Ileno Izídio da. Integrando CAPS e Saúde da Família: Apoio matricial em saúde mental. In: PAULON, Simone; NEVES, Rosane. **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013a. p. 61 – 82.

MINOZZO, Fabiane; COSTA, Ileno Izídio da. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. **Psico-USF**. v.18, n.1, p. 151-160, jan. 2013b. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v18n1/v18n1a16.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. Saúde Mental e Atenção Primária: o jardim das veredas que se entrecruzam. In: PAULON, Simone; NEVES, Rosane. **Saúde Mental na Atenção Básica – a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013. p. 7 – 10.

ONOCKO CAMPOS, R; GAMA, C. Saúde mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (Ed.). **Manual de práticas de Atenção Básica à saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 221-246.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. v.21, n.1, p.15-35, jan. - mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2017.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília Blima. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil. LIMA; Julio César França. **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 320 – 328.

PIRES, Denise Elvira. Divisão Social do Trabalho. **Sítio Eletrônico, Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fiocruz. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/divsoctra.html>>. Acesso em: 20 abril 2016

PONDÉ, Milena Pereira; CAROSO, Carlos. Lazer como fator de proteção da saúde mental. **Revista de Ciências Médicas Campinas**.v.12, n.2, p. 163-172, abr. 2003. Disponível em <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1268/1242>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde (SES). PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE SANTA CATARINA – BRASIL 2011 – 2015. Florianópolis, 2010

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde (SES). **Plano Estadual de Educação em Saúde 2010-2013**. Florianópolis. 2011.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Superintendência de Regulação e Serviços Especiais. **Plano operativo da rede de atenção psicossocial de Santa Catarina com os 16 planos de ação regionais 2015- 2018**. Florianópolis, 2016.

SANTILI, Priscila G. Josepetti; TONHOM, Sílvia Franco da Rocha; MARIN, Maria José Sanches. Educação em saúde: algumas reflexões sobre sua implementação pelas equipes da estratégia saúde da família, **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.29, p 102-110, dez 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6411/5218>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

SILVA, Lucimara Alves; SANTOS, Jair Nascimento. Concepções e práticas do trabalho e da gestão de equipes multidisciplinares na saúde. **Revista de Ciências da Administração**, v. 14, n. 34, p. 155 – 168, dez. 2012. Disponível em:<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/2175-8077.2012v14n34p155/23433> >. Acesso em 26 maio. 2016.

SILVA, Débora Schimming Jardini Rodrigues da. DUARTE, Lúcia Rondelo Duarte. Educação Permanente em Saúde. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. v. 17, n. 2, p. 104 – 105, 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/23470/pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da. et al. A educação permanente no processo de trabalho de enfermagem, **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.6, n.3, p. 2349-2361, set 2016. Disponível em <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1027/1168>>. Acesso em: 15 maio 2017.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2^oed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRIVINOS, Augusto N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.

ZEFERINO, Maria Terezinha; RODRIGUES, Jeferson; ASSIS, Jaqueline Tavares de. (Orgs.). **Crise e Urgência em Saúde Mental**: modulo 2, fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental. 4ª ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa, 2015.

APÊNDICE A - Roteiro Entrevista Semiestruturada



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL
E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Roteiro de entrevistas para profissionais de saúde da Atenção Básica

I. Questões norteadoras:

- 1) Conte-me um pouco sobre sua trajetória profissional na saúde?
- 2) Conte-me como é para você trabalhar na ESF - Estratégia Saúde da Família e atender pessoas que fazem uso de alguma substância (álcool ou outras drogas) ou são consideradas da saúde mental. Baseado na sua experiência, como você acha que a ESF deve tratar às pessoas que estão em sofrimento psíquico?
- 3) Você considera saúde mental parte da atenção básica/ESF?
- 4) Fale um pouco sobre a capacitação Caminhos do Cuidado - formação em saúde mental, na sua percepção ela produziu alguma mudança no processo de trabalho?
- 5) Em relação ao processo de trabalho desenvolvido na unidade, no seu entendimento como você vê o trabalho em equipe na ESF acontecer?

APÊNDICE B – Questionário Identificação Profissional

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

I. Identificação do entrevistado

Nome: _____ Idade: _____

Naturalidade: _____ Sexo: feminino () masculino ()

Idade: _____ Profissão: _____

II. Dados do Processo de Trabalho

Formações complementares: _____

Vínculo de Trabalho: _____

Tempo de atuação no SUS: _____

Tempo de atuação no Município: _____

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), na pesquisa que tem como título **“SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: A percepção de trabalhadores sobre os resultados de uma capacitação no processo de trabalho.”** Esta pesquisa está associada ao projeto de mestrado de Daiane Rocha do programa de Pós-Graduação profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Prof. Dr. Ricardo Ricci Uvinha.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer a percepção de profissionais da saúde, que realizaram a capacitação Caminhos do Cuidado, se a capacitação provocou mudanças no processo de trabalho da Atenção Básica da regional de saúde da Grande Florianópolis. A capacitação se insere na política de educação permanente em saúde, e possui relevância social na disputa de modelo e concepções de saúde, produzindo mudanças nos processos de trabalho, nas práticas de gestão e de atenção, por meio da problematização das práticas e concepções vigentes, construindo novos pactos de convivência e práticas, que aproximem o Sistema Único de Saúde (SUS) da atenção integral à saúde (CECCIM; FERLA, 2009).

Durante a pesquisa você participará de uma entrevista aberta, a qual será gravada, em um horário, dia e local mais convenientes para

você. Ressaltando que você não é obrigado a responder a todas as perguntas na entrevista, bem como caso queira, poderá desistir da entrevista a qualquer momento. A entrevista será gravada para facilitar a análise dos dados.

A partir dessa pesquisa, como benefício, você poderá contribuir para ampliar o conhecimento sobre as práticas de educação em saúde na produção de mudanças nos processos de trabalho em saúde mental na região de saúde da grande Florianópolis, fazendo parte da conscientização da sociedade fortalecendo as práticas de cuidado integral em saúde, bem como a construção do conhecimento científico sobre o tema.

Durante a entrevista e o processo de pesquisa aspectos desagradáveis podem acontecer. Segue alguns possíveis danos da pesquisa: cansaço ou aborrecimento ao responder questionários; constrangimento ao se expor durante a realização da entrevista; desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante a gravação de áudio; alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante; alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre sua prática profissional e seu ambiente de trabalho. Caso você identifique as dificuldades no decorrer da entrevista, poderá desistir da mesma a qualquer momento, resguardado todos os direitos e sigilo.

Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, porém sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Desse modo, a quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, é um risco que deve sempre ser reconhecido e informado a você. Caso você experiencie danos materiais ou morais decorrentes da pesquisa, inclusive relacionados à quebra de sigilo, você tem o direito de não responder a qualquer pergunta da pesquisa quando não se sentirá vontade, ou sentir desconforto em falar, podendo desistir das informações prestadas a qualquer hora, informando o pesquisador para

não divulgar suas informações, saindo da pesquisa ou, por fim, percebido o dano após a realização da pesquisa, é possível recorrer judicialmente por indenizações/ressarcimentos que correrão por conta exclusivamente dos pesquisadores responsáveis/envolvidos na pesquisa.

Durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhado pela pesquisadora, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone ou e-mail abaixo. Os dados da pesquisa serão apresentados no ano de 2017 no formato de dissertação ao Mestrado Profissional em Saúde Mental na Universidade Federal de Santa Catarina, sendo assim você poderá, caso haja interesse, comparecer na apresentação.

Sinta-se absolutamente à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. Ao decidir deixar de participar da pesquisa você não terá qualquer prejuízo, nem sofrerá qualquer penalidade.

Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Para participar da pesquisa destacamos a importância de estar acontecendo em um local de fácil acesso para você, portanto você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa.

Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido. Portanto, se acontecer algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada. O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Você poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (48) 99353796, e-mail daiarch2209@gmail.com, endereço Rua Aberlado Manoel Peixer, 21/301 – Barreiros/São José – 88110055. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094 e e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br ou pessoalmente no local, Prédio

Reitoria II, rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC.

Este documento foi elaborado em duas vias e todas as suas páginas devem ser rubricadas pelas partes interessadas.

Eu _____

_____ RG: _____ permito que os pesquisadores relacionados abaixo obtenham:

() gravação de voz, de minha pessoa para fins de pesquisa científica, médica e/ou educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma. As gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Eu, confirmo que li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Local e Data: _____

Assinatura: _____

Contato com as pesquisadoras responsáveis:

Ricardo Ricci Uvinha, Dr.

uvinha@usp.br

Daiane Rocha

daiarch2209@gmail.com

ANEXO A - Parecer de aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do impacto de uma ação de educação permanente em Saúde Mental no processo de trabalho da atenção básica na regional de saúde da grande Florianópolis.

Pesquisador: RICARDO RICCI UVINHA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65265316.7.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.106.047

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_790207.pdf	16/05/2017 20:00:53		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	11/05/2017 23:55:35	RICARDO RICCI UVINHA	Aceito
Outros	RespostaPendenciaMaio.docx	11/05/2017 23:51:42	RICARDO RICCI UVINHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo.docx	11/05/2017 23:49:38	RICARDO RICCI UVINHA	Aceito
Outros	RespostaPendencia.docx	02/03/2017 21:07:04	RICARDO RICCI UVINHA	Aceito
Folha de Rosto	capa_de_rosto.pdf	05/12/2016 01:31:13	RICARDO RICCI UVINHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Qualificacao_Dezembro.docx	05/12/2016 01:15:29	RICARDO RICCI UVINHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 07 de Junho de 2017

Assinado por:
Ylmar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B – Projeto Caminhos do Cuidado

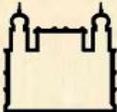
Fonte: Material didático do tutor impresso, 2014.

**caminhos
do
cuidado**

Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas)
para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica

Organização

GHC
Grupo Hospitalar Conceição

 **Ministério da Saúde**
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

SUS 

Ministério da Saúde **GOVERNO FEDERAL**
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

 **caminhos
do
cuidado**

Execução



O curso



O Ministério da Saúde pactuou a formação em saúde mental, com ênfase em crack, álcool e outras drogas, para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (ATEnf). A sua execução será por meio de duas instituições de excelência no ensino, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Grupo Hospitalar Conceição (GHC).



Objetivo



Oferecer formação para todos os Agentes Comunitários de Saúde do Brasil e um Auxiliar ou Técnico de Enfermagem por equipe de saúde da família, totalizando **290.760 alunos**.



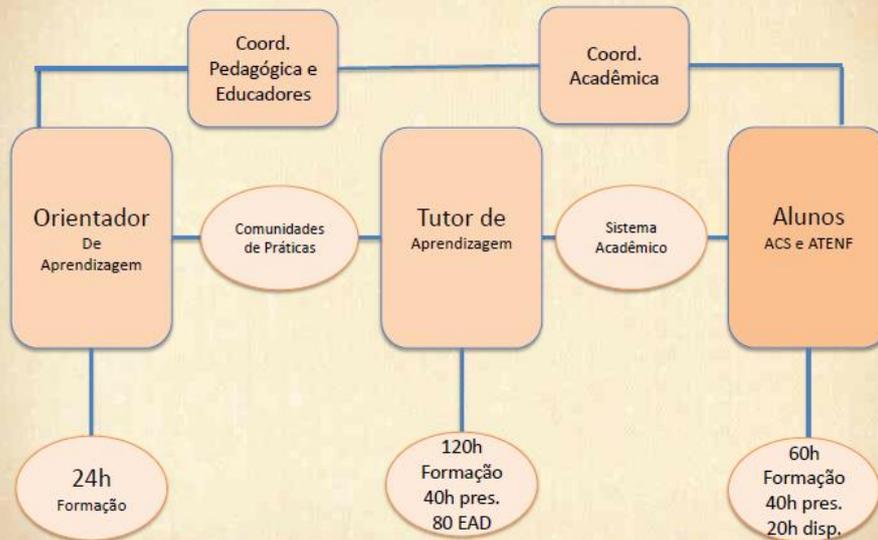
Objetivos específicos



- Apropriar-se do processo de reforma psiquiátrica, da política de saúde mental com ênfase na rede de atenção psicossocial com vistas à produção do cuidado, a reintegração social e da cidadania das pessoas usuárias de álcool e outras drogas;
- Discutir e construir o papel do ACS e do Auxiliar/Técnico de Enfermagem da Atenção Básica para o cuidado em saúde mental conforme especificidade de cada território, qualificando o olhar e a escuta para dar visibilidade à questão das drogas;
- Ampliar a caixa de ferramenta do ACS e Auxiliar/Técnicos de Enfermagem para o cuidado em saúde mental, atuação na rede de atenção e na construção de territórios de paz.



Formação



Seleção de Orientadores e Tutores



- Orientador: formação em nível de graduação com especialização em Saúde Coletiva/Saúde Pública/Saúde Mental/Atenção Básica/Educação e experiência de 2 anos na AB ou SM.
- Tutor: graduação na área da saúde e experiência mínima de 1 ano na AB ou SM.



Pactuação



Santa Catarina

Caminhos do Cuidado - Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) para ACSs e Aux/Téc. De Enfermagem da Atenção Básica

UF	Região	Agentes*	Aux. E Técnicos de Enf. Equipe SF*	Total de Alunos	Total de Turmas	Total de Tutores	Total de Orientadores	Turmas/Mês	Coordenação Estadual
SC	su	9787	1452	11239	281	48	4	23,4	1

Região de Saúde	Total de Turmas na região
Alto Uruguai Catarinense	6,9
Alto Vale do Itajaí	15,9
Alto Vale do Rio do Peixe	11,7
Carbonífera	18,7
Extremo Oeste	15,2
Extremo Sul Catarinense	9,6
Foz do Rio Itajaí	23,2
Grande Florianópolis	38,9
Laguna	22,0
Médio Vale do Itajaí	24,0
Meio Oeste	9,9
Nordeste	26,7
Oeste	17,5
Planalto Norte	15,2
Serra Catarinense	15,8
Xanxerê	11,2

www.caminhosdocuidado.org

- Contatos em Santa Catarina:

Leni – EFOS
(48) 3246-7038

Claudia – ETSUS Blumenau
(47) 3322-4271

Coordenação Estadual: Rosana Libano Ruzene
(48) 3246-4647 R.212 / 3246-7038
caminhosdocuidado@saude.sc.gov.br

Apoios Estaduais: Talita Porto e Alessandra Dias

- Contato na Região Sul:

Desirée dos Santos Carvalho
sul@caminhosdocuidado.org
(51) 9312-2237