



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

JEAN CARLOS MÜLLER DA SILVA BIZARRO

**TRAJETÓRIA DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
DA FORMAÇÃO À EDUCAÇÃO PERMANENTE**

FLORIANÓPOLIS

2016

JEAN CARLOS MÜLLER DA SILVA BIZARRO

**TRAJETÓRIA DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
DA FORMAÇÃO À EDUCAÇÃO PERMANENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso, referente à disciplina: Trabalho de Conclusão de Curso II (NFR5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Terezinha Zeferino

FLORIANÓPOLIS

2016

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

BIZARRO, Jean Carlos Müller da Silva
TRAJETÓRIA DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL: DA FORMAÇÃO À EDUCAÇÃO PERMANENTE / Jean
Carlos Müller da Silva BIZARRO ; orientadora, MARIA
TEREZINHA ZEFERINO - Florianópolis, SC, 2016.
61 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde. Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. SAÚDE MENTAL. 3. HABILITAÇÃO
PROFISSIONAL. 4. EDUCAÇÃO PERMANENTE. I. ZEFERINO, MARIA
TEREZINHA. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Graduação em Enfermagem. III. Título.

JEAN CARLOS MÜLLER DA SILVA BIZARRO

**TRAJETÓRIA DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
DA FORMAÇÃO À EDUCAÇÃO PERMANENTE**


O presente Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) foi julgado adequado e aprovado, em 15 de junho de 2016, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 15 de junho de 2016




Professora Dr^a Soraia Dornelles Schoeller
Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem

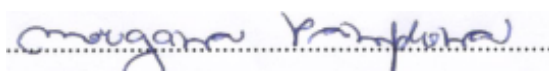
Banca Examinadora



Professora Dr^a Maria Terezinha Zeferino
Presidente



Professora Dr^a Ivonete Terezinha Schuler Buss Heidemann
Membro efetivo



Enfermeira Esp. Morgana Pamplona
Membro efetivo

.....
Professora Dr^a Maria do Horto Fontoura Cartana
Membro suplente

“Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar, porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir”.

(Cora Coralina)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus que me concedeu a vida, o dom da sabedoria e do discernimento nas decisões, que me permitiram concluir mais este ciclo.

Ao meu companheiro, cônjuge e amigo, Rovani Bizarro, toda paciência e compreensão que me dedicou, durante estes cinco anos de graduação. Todo apoio nos momentos felizes, e também nos mais difíceis, onde a distância e o isolamento se fizeram necessários. Hoje colhemos os bons frutos desse empenho.

Aos meus pais, Vilma Müller da Silva e Antonio Carlos da Silva, minha gratidão pelo esforço e dedicação em garantir minha educação, pelo tempo me dedicado para que hoje eu pudesse ascender a esta nova fase de formação.

À minha avó materna, Vanilda de Jesus Müller, todas as suas contribuições na minha educação e o carinho com o qual me ensinou a lidar com as adversidades da vida.

Aos meus familiares, quero nominar em especial meus padrinhos, Maria Salete da Silva Müller e Valdir de Jesus Müller, minha prima, irmã e madrinha, Isamara da Silva Müller, e minha sogra, Rosana Maria da Silva Bizarro. Sem o apoio de cada um, não seria possível chegar até aqui.

À minha orientadora, professora Maria Terezinha Zeferino, a paciência, dedicação, compreensão e, principalmente, a competência com a qual conduziu a orientação deste trabalho, tornando-o prazeroso e envolvente. Externo a minha gratidão por aceitar o convite e por me mostrar um novo olhar eloquente para a saúde mental.

À família do APIS, quero nominar a professora Maria do Horto Fontoura Cartana, o Psiquiatra Marcelo Brandt Fialho, a Enfermeira Morgana Pamplona, os colegas Jader Darney Espindola e Karoline Andrade, que de braços abertos me receberam, e muito contribuíram para conclusão deste trabalho, através da troca de conhecimentos e discussão de ideias.

Ao designar os nomes das professoras Ana Rosete Camargo Rodrigues Maia, Ivonete Terezinha Heidemann, Juliana Balbinot Reis Girondi, Laura Lisboa, Maria Terezinha Zeferino, Olga Regina Ziggeli Garcia e Vitória Peters Gregório, quero agradecer aos docentes do curso de Enfermagem o me ensinarem a essência do cuidado humanizado em enfermagem em seus discursos e práticas.

Aos colegas de turma, dos quais, relaciono Amanda Francisco, Cristine Böhmer e Luiz Lopes, com quem compartilhei o maior tempo de convivência ao longo destes cinco anos.

Aos meus amigos e colegas do curso de Fisioterapia, dos quais quero nominar Amanda Rosa, Ana Luiza Marques, Bárbara Silveira, Evellin Rodrigues, Geovana Rosa e Laura Osório, agradeço todo apoio e estímulo nas horas em que o que cansaço desejou se fazer soberano, e com seus espíritos de motivação, não me deixaram desanimar.

Aos meus companheiros de trabalho, dos quais cito os Enfermeiros Aline Gonçalves e Tiago Esteves, em especial aos colegas do meu plantão, todo o apoio durante este período, e principalmente, à minha grande parceira de trabalho, Rebeca Coimbra. Em especial, agradeço o apoio, flexibilidade e compreensão dos Enfermeiros Carla Moreira, Laureci Aniceto e Monica Motta Lino, sem os quais nada disso seria possível.

Por fim, não poderia deixar de prestar um agradecimento especial aos profissionais participantes do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental, que de sobremaneira contribuíram para a realização deste trabalho ao aceitarem a participação na pesquisa. Nessa ótica, registro minha gratidão também ao Ministério da Saúde pela oportunidade em realizar esta pesquisa.

BIZARRO, Jean Carlos Müller da Silva. **Trajetória Profissional dos Trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial e Sua Interface Com a Educação Permanente**. 2016. 61p.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Terezinha Zeferino

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso teve por objetivo conhecer a trajetória dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no contexto da formação e educação permanente, para o cuidado às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental. O método adotado foi a pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa. O estudo ocorreu a partir de informações coletadas nos portfólios respondidos pelos profissionais da RAPS, participantes do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental, promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Aberta do SUS e Universidade Federal de Santa Catarina, como modalidade de educação permanente. Após aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da UFSC, foram caracterizados os 156 profissionais que atenderam aos critérios de inclusão para esta pesquisa. A caracterização dos profissionais revelou que 80,80% são mulheres e 19,20% são homens, a faixa etária predominante é de 32 a 41 anos, os Psicólogos e Enfermeiros representam 66,70% dos profissionais participantes. A maioria dos profissionais atua no Centro de Atenção Psicossocial tipo II, possui tempo de formado que varia entre 8 e 15 anos, e o tempo de atuação nos serviços atuais varia de 1 a 3 anos. As maiores dificuldades relatadas pelos profissionais consiste na falta de experiências em atenção psicossocial na graduação, bem como a pouca oferta ou inexistência de educação permanente nos serviços que compõem a RAPS. Desta forma, é possível afirmar que o preparo para o cuidado em saúde mental, por parte dos profissionais da RAPS, necessita avançar através da reorganização dos currículos dos cursos de graduação, e pela ampliação da oferta de educação permanente.

Palavras-chave: Saúde Mental. Habilitação Profissional. Educação Permanente.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APIS	Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NOB 96	Norma Operacional Básica n. 96
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos profissionais da RAPS, participantes da 1ª edição do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental.....	37
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 JUSTIFICATIVA	16
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E SEUS PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS .	18
3.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	21
3.3 FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	23
4 MÉTODO	27
4.1 DESENHO DO ESTUDO	27
4.2 CONTEXTO DO ESTUDO	28
4.3 PARTICIPANTES	28
4.4 COLETA DE DADOS	28
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	29
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	30
5 RESULTADOS....	32
5.1 MANUSCRITO - TRAJETÓRIA DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DA FORMAÇÃO À EDUCAÇÃO PERMANENTE ...	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	56
ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	58
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	61

1 INTRODUÇÃO

O surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) desponta como um marco histórico na saúde da população brasileira. Considerando que, até seu surgimento, apenas trabalhadores, contribuintes com a previdência social, tinham acesso aos serviços públicos de saúde. A partir da ampla mobilização social por melhores condições de saúde, foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que o SUS passou a ser concebido como uma alternativa para ampliar o acesso à saúde, pela população de forma geral (NOBREGA et al, 2010).

Diante de grandes avanços na luta dos trabalhadores, em 1988, o SUS se consolida como a nova realidade brasileira no âmbito da saúde, a partir da Constituição Federal que estabelece, em seu artigo 196, a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Este novo contexto engloba políticas sociais e econômicas na perspectiva de reduzir os agravos à saúde, através do acesso universal e igualitário da população para práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Ou seja, o que antes era direito de alguns se torna possível a todos (NOBREGA et al, 2010).

Nessa lógica, com o propósito de regulamentar o SUS e consolidá-lo como um “DIREITO DE TODOS E UM DEVER DO ESTADO”, surge a Lei n. 8.080, em 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre a regulamentação das ações e serviços de saúde em todo o território nacional. Estabelece, também, as condições para promover, proteger e recuperar a saúde, e como o Estado deve prover as condições para que esses propósitos sejam cumpridos (MAIA, GUILHEM, LUCCHESI, 2010).

A Lei Orgânica da Saúde estabelece que a direção do SUS é única, e exercida pelos Municípios através da Secretaria Municipal de Saúde, pelos Estados através da Secretaria de Estado da Saúde e pela União através do Ministério da Saúde. A partir dessa descentralização de comando, o sistema se torna articulado e permeia a criação de diversas Políticas Públicas de Saúde. Nessa ótica, considera-se a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pois prevê a participação social como forma de apoio no gerenciamento do SUS. Inserir a população no controle desse sistema é uma ferramenta útil para garantir que, os recursos sejam adequadamente investidos em prol de atender às exigências constitucionais (SOUZA, KRÜGER, 2010).

Consoante ao processo de redemocratização da saúde brasileira, o modelo assistencial voltado à cura de doenças abre espaço à prevenção e promoção da saúde. No ano de 1991 é

criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com propósito de ampliar a cobertura dos serviços de saúde, para reduzir os índices de mortalidade. Diante do sucesso de tal programa, na transição do ano de 1993 para 1994, surge um dos mais importantes programas de saúde pública do país, o Programa Saúde da Família (PSF), em que a família passa a ser o centro das ações em saúde (ROSA, LABATE, 2005).

O Programa Saúde da Família conta com equipes compostas de enfermeiros, médicos, auxiliares ou técnicos em enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Essas equipes trabalham no foco preventivo e promotor de saúde, através de visitas domiciliares e educação em saúde. Diante dos expressivos resultados positivos, esse programa passa a ser visto como uma estratégia para modificar o modelo assistencial vigente à época (ROSA, LABATE, 2005).

No contexto da integralidade, o processo de construção do SUS abarcou outra problemática relativa à saúde mental. A década de 80 foi marcada por uma grande eclosão de hospícios e conseqüente mercantilização da loucura, com altos índices de internações em manicômios. Estes hospícios tinham como centralidade a exclusão dos loucos do convívio social, como forma de garantir a ordem e evitar a perturbação social proveniente da mendicância e ociosidade. Percebe-se, assim, uma generalização da loucura, onde miseráveis eram considerados como loucos e, conseqüentemente, retirados da sociedade e aprisionados nas instituições manicomiais (PITTA, 2011)

Nesta perspectiva, pode-se perceber certa banalização da loucura. Qualquer indivíduo que fosse causador da desordem social era considerado louco e aprisionado em manicômios. Os tratamentos empregados naquela época, hoje são considerados como desumanos, uma vez que consistiam em métodos cruéis de contenção da exacerbação de possíveis sintomas psicóticos. Eram empregados métodos físicos, entre os quais o eletrochoque, a eletronarcose, a convulsoterapia provocada pela insulina e cardiazol (BORENSTEIN, 2011).

Diante deste cenário, com o propósito de reorientar esses métodos empregados no cuidado em saúde mental, surgem movimentos por parte dos trabalhadores da saúde mental para modificar essa realidade. É nessa ótica que, em 1987, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (PITTA, 2011).

A década de 80 protagonizou importantes acontecimentos no campo da saúde mental. Ainda no ano de 1987, é criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, no estado de São Paulo. Dois anos mais tarde, surge, no Congresso Nacional, um Projeto de Lei que visa regulamentar os direitos das pessoas com transtornos mentais, bem como a

extinção dos manicômios no país. Nesse momento, iniciam-se diversas discussões acerca dos problemas enfrentados na área da saúde mental e surge um grande movimento, conhecido como Reforma Psiquiátrica (PITTA, 2011).

Os CAPS surgem como substitutivos às casas manicomiais, visando a uma rede integrada de atenção à saúde mental. Finalmente na década de 90, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, o Brasil passa a vivenciar suas primeiras normas federais e regulamentações, no tangente da implantação de serviços diários de atenção à saúde mental, sem a institucionalização dos sujeitos. Dessa forma, os CAPS se espalham nas mais diversas regiões do país, e em 2001 é promulgada a Lei n. 10.216 que prevê as diretrizes para a implantação da Reforma Psiquiátrica e consequente extinção dos manicômios. Concomitante a isso ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que corrobora como marco para consolidação dessa Reforma (BRASIL, 2005).

A partir do advento da Reforma Psiquiátrica, o conceito humanização se torna protagonista nos cenários de saúde no âmbito da saúde mental. E, consoante aos princípios do SUS, surge a Política Nacional de Humanização, criada no ano de 2003, pelo Ministério da Saúde, com o propósito de atender à integralidade da população, a partir de estratégias que ampliam a condição de direito e cidadania das pessoas, para implementar um atendimento mais humanizado. Essa política prevê ainda, uma reorganização dos processos de trabalho em saúde (PASCHE, PASSOS, HENNINGTON, 2011).

Através da pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) assume três objetivos centrais, dentre os quais, o enfrentamento de desafios apontados pela sociedade no tocante à qualidade e dignidade do cuidado em saúde; à remodelação, bem como à articulação de humanização no SUS; e ao enfrentamento das questões relativas à organização e gestão do trabalho em saúde (PASCHE, PASSOS, HENNINGTON, 2011).

Diante dessa remodelação do contexto e de conceitos de saúde no cenário nacional, emerge a necessidade de abordar as questões relativas à educação permanente em saúde, uma vez que, para que os profissionais possam estar inseridos nessas políticas públicas, é primordial primeiramente as conhecer bem, para então exercê-las em suas práticas profissionais. Aliada a esse objetivo, dispõe-se da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que surge como proposta para transformar as práticas de saúde, pela [re]qualificação dos profissionais envolvidos no cuidado individual e/ou coletivo à população (SILVA, DUARTE, 2015). Ao SUS compete, também, a ordenação da formação de recursos

humanos para a área da saúde, conforme prevê o artigo 200 da Constituição Federal de 1988 (LIMA et al, 2010).

A PNEPS prevê metodologias ativas de aprendizagem através da problematização de situações vivenciadas no cotidiano laboral, como meio de aprimorar a relação entre trabalho e educação de forma dinâmica, acompanhando a evolução nos tratamentos empregados na área da saúde (SILVA, DUARTE, 2015).

Corroborando com esta perspectiva surge o Curso Crise e Urgência em Saúde Mental, proveniente da parceria entre o Ministério da Saúde, Universidade Aberta do Brasil (UNASUS) e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Este curso é voltado à qualificação de profissionais da área de saúde mental do SUS. A metodologia do curso consiste na abordagem de situações de crises mais prevalentes, além das urgências em saúde mental e suas principais possibilidades de cuidado, o que inclui também as situações relacionadas ao uso e/ou abuso de álcool e drogas. O foco consiste na consolidação dos principais desafios enfrentados no atendimento dentro das Redes de Atenção em Saúde (ZEFERINO, RODRIGUES, CARTANA, 2014)

A partir da ideia de que “[...] é a pessoa em suas necessidades e desejos que indicam o cuidado singular a ser prestado”, o Curso Crise e Urgência em Saúde Mental se propõe como ferramenta para conferir a qualificação através da educação permanente aos profissionais do SUS, no âmbito da saúde mental. Desta forma, o público alvo deste curso foram os profissionais de nível universitário que atuam no cuidado em saúde mental, dentro da Rede de Atenção Psicossocial nas diversas regiões do Brasil. Através do curso, objetivou-se preparar os participantes para o cuidado de pessoas em situações de crise e urgência em saúde mental. O curso ocorreu na modalidade de atualização profissional, à distância e com carga horária total de 100 horas, desenvolvidas no período de 90 dias, e através de 4 módulos (ZEFERINO, RODRIGUES, CARTANA, 2014, p. 14),

A articulação de políticas públicas de saúde se tornou uma marca do SUS, o que corrobora para o surgimento de muitas outras políticas em benefício de melhores condições de saúde para a população. Em 2011, por meio da Portaria n. 3.088, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com grande destaque na área da saúde mental e surge como uma das mais importantes políticas que envolve uma grande equipe multiprofissional, prestando atendimento aos sujeitos em sofrimento psíquico, seja no foco preventivo, promotor ou curativo. É possível, assim, afirmar que a criação dessa rede se consolida como um marco importante da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2013).

Dessa forma, a RAPS tem como propósito a facilitação do acesso à atenção psicossocial, para as pessoas em sofrimento psíquico. Além disso, prevê que o cuidado prestado a estes indivíduos seja singular, contínuo e integrador. Destarte, torna-se importante que os profissionais envolvidos na produção do cuidado em saúde mental estejam capacitados adequadamente para implementar as ações previstas por esta política, e isso, far-se-á possível através da educação permanente destes profissionais (CARVALHO, FRANCO, 2015).

1.1 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema se deu a partir da sétima fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, quando ocorreu o primeiro contato de cuidado com pessoas em sofrimento psíquico, nas aulas práticas em um Centro de Saúde, trabalhando mais diretamente com a Política de Atenção Psicossocial e suas formas de cuidado. Consoante a isso, participar do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS), possibilitou uma maior aproximação com a temática.

Não há dúvidas de que as mudanças na atenção à saúde mental são ainda bastante incipientes. Aliada às prerrogativas das políticas públicas da área da saúde mental, esta pesquisa proposta visa conhecer a trajetória dos profissionais da RAPS e o preparo destes para o cuidado em saúde mental. Dessa forma, surge a questão de pesquisa: Como os profissionais da RAPS são preparados para o cuidado às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental?

Conhecer o contexto em que as biografias dos profissionais da RAPS foram construídas se torna importante, pois possibilita reconstruir, através dos fatos expostos, todo o processo de formação acadêmica destes profissionais. Além disso, permite identificar e compreender como vivências e experiências marcantes ao longo deste processo, podem ter impactos positivos ou negativos em sua atuação profissional.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a trajetória dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial, no contexto da formação e educação permanente, para o cuidado às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar (sexo, idade, profissão, pontos de atuação na RAPS, região do país) os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial, participantes deste estudo;
2. Descrever a formação acadêmica dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial, para o cuidado às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental;.
3. Verificar a contribuição da educação permanente, para o cuidado às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para a discussão dos dados foi adotada a revisão narrativa, que conforme Cordeiro et al (2007), proporciona uma discussão mais ampliada sem exigir um protocolo rígido como norteador para a pesquisa. Desta forma, a busca pelo material ocorre conforme a convicção do autor que norteia seus estudos a partir de ideias centrais do tema a ser abordado.

Este tipo de revisão é visto como adequado quando o propósito é descrever uma história, e a partir disso, discutir o assunto abordado, através de interlocuções abrangentes com outros estudiosos da temática (ROTHER, 2007). A área da atenção psicossocial ainda concentra poucas investigações, e a motivação para ampliar a discussão envolvendo o tema em pauta foi fundamental para estabelecer este tipo de revisão de literatura.

Ainda de acordo com Rother (2007), este tipo de revisão tem grande utilidade para promover a educação permanente em saúde, uma vez que possibilita aquisição e atualização de conhecimentos sobre uma área específica, e num curto período de tempo. Significa dizer que possibilita uma maior propagação de conhecimento, o que se propõe este trabalho na sua interface com a educação permanente. Sendo assim, abordar-se-ão as temáticas que abrangem o Sistema Único de Saúde e suas principais políticas públicas, cujo enfoque paira na Rede de Atenção Psicossocial.

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E SEUS PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS

O SUS, que nasceu da ampla mobilização popular para garantir a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, compõe-se pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde, que são prestados por órgãos e instituições públicas das três esferas federativas. Ainda, é permitido que a iniciativa privada participe de forma complementar ao SUS, formando, assim, uma rede amplamente articulada (NÓBREGA et al, 2010).

O surgimento do SUS permite, também, a mudança do entendimento acerca do conceito de saúde, que em vez de ser visto como ausência de doenças se torna qualidade de vida, com foco na prevenção de agravos e promoção da saúde (NÓBREGA et al, 2010).

Nessa lógica, surgem o que se conhece por princípios doutrinários do SUS: universalidade, a equidade e integralidade, a saber (BRASIL, 1990. p. 4-5):

1. **Universalidade:** é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. [...] acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público [ou seja, a iniciativa privada que pode atuar de forma complementar ao SUS].
2. **Equidade:** é assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégio e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS [reside aqui, talvez, um dos maiores desafios para o SUS] e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.
3. **Integralidade:** é o reconhecimento na prática dos serviços de que: cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade [esse entendimento fica prejudicado, perante a grande diversidade de especialidades médicas, onde cada um cuida de determinado sistema do corpo humano]; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

Há aqui um conflito de entendimentos com relação ao princípio da equidade, pois apesar da Lei n. 8.080/90 tratar o princípio como igualdade, a maioria dos autores, e até mesmo materiais do próprio Ministério da Saúde, tratam o princípio como equidade. Considerando que, equidade remeta melhor a ideia do princípio, optou-se por essa nomenclatura.

O SUS conta também, com princípios organizativos que, como o próprio nome sugere, servem para organizar o funcionamento do sistema, de acordo com seus princípios doutrinários. Esses princípios organizativos se compõem por: regionalização e hierarquização; resolubilidade; descentralização; participação dos cidadãos; e complementariedade do setor privado, a saber (BRASIL, 1990. p. 5-6):

1. **Regionalização e hierarquização:** os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. [...] O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais, deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica [reside aqui, uma das maiores dificuldades do sistema, talvez por falta de qualificação ou pouco preparo dos profissionais atuantes, talvez por falha do próprio sistema, ou por falha de controle de RH por parte do SUS]. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada [...].
2. **Resolubilidade:** é a exigência de que quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência.

3. **Descentralização:** [...] redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto.
4. **Participação dos cidadãos:** é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução [conforme previsto pela Lei n. 8.142/90].
5. **Complementariedade do Setor Privado:** a Constituição definiu que, quando por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, isso deve se dar sob três condições: a celebração de contrato, conforme as normas de direito público [...]; a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS [...]; e a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS [...].

Conhecer o SUS na sua essência e compreender seu fluxo de funcionamento se torna o fio condutor para determinar se as ações desenvolvidas pelos profissionais atuantes na rede são e estão adequadas com o que é preconizado. Destarte, saber quem são os gestores desse sistema e suas responsabilidades, também se constitui como parâmetro norteador, pois revela a quem, e como exigir.

Assim, encontramos nos níveis municipais, estaduais e federal, respectivamente, secretários municipais de saúde, secretários estaduais de saúde e ministro da saúde. Cada qual, com responsabilidades específicas, devem garantir o acesso à saúde para toda a população. O gestor municipal figura como um dos mais importantes atores nesse cenário, uma vez que é de sua responsabilidade “programar, executar e avaliar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde”, através da atenção básica. Já aos gestores estaduais devem coordenar e estimular as ações de saúde em seu estado, através do plano diretor; e ainda, executar as ações de saúde que os municípios não sejam capazes de exercer. Com relação ao gestor federal, é de sua incumbência “liderar o conjunto de ações de promoção, recuperação e proteção da saúde”. Deve formular, coordenar e controlar a política nacional de saúde. É importante destacar que, os três entes federados devem manter uma constante articulação em prol da garantia de atendimento a toda a população (BRASIL, 1990).

Para garantir que todas essas ações sejam efetivamente cumpridas pelos gestores de saúde, surgem os conselhos de saúde. Estes conselhos atuam como fiscalizadores, nos três níveis de governo, e estão assegurados a partir da Lei n. 8.142/90 que prevê o controle social do SUS. Os conselhos são considerados como órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, que devem estar presentes em cada esfera de governo e integrar a estrutura básica das secretarias de saúde dos estados e municípios, com composição, organização e competências definidas por lei (SOUZA, KRÜGER, 2010).

A redemocratização do sistema de saúde demandou o surgimento de um programa que fosse capaz de atender a todas essas exigências constitucionais do SUS. E é desta forma que

surge o Programa do governo federal conhecido por Programa Saúde da Família. Apesar de seu nascimento ocorrer na transição do ano 1993 para 1994, foi somente em 1996, a partir da Norma Operacional Básica - NOB 96, que esse programa teve expansão, e consolida-se como uma estratégia para reorganizar a atenção básica, centrada na promoção da qualidade de vida (SOUZA, KRÜGER, 2010).

Essa reorganização se pauta inicialmente na mudança do modelo biomédico para o modelo da interdisciplinaridade. O foco das ações em saúde deixa de ser a doença, para ser o sujeito, a família e a coletividade. A fragmentação do cuidado perde espaço, uma vez que o sujeito passa a ser entendido com um ser biopsicossocial. Ou seja, um ser que não está sozinho no mundo e que sofre influência direta de fatores ambientais, sociais e psicológicos. Assim, surge a necessidade da abordagem da família de forma integral e transversal, uma vez que, o estado de saúde de um membro familiar pode influenciar diretamente no outro (MORETTI-PIRES, BUENO, 2009).

3.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

A história da psiquiatria retrata que, até meados do século XIX, os ditos loucos, conviviam livremente em meio à sociedade. No entanto, com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, essa realidade se modificou, pois Dom Pedro II promulgou um decreto em que, todos aqueles considerados como alienados deveriam ser confinados em hospícios, e assim, criou no Rio de Janeiro o primeiro manicômio, em 1841 (BORENSTEIN, 2011).

É histórica a marca que a assistência à saúde mental carrega de uma lógica de tratamento focada no isolamento, por intermédio do confinamento e exclusão das pessoas em sofrimento psíquico em locais denominados como manicômios. O que erroneamente era chamado de loucura, passou a ser mercantilizado e, na década de 80, havia no país cerca de 80 mil leitos de internação psiquiátrica. O foco do tratamento não consistia na compreensão dos sintomas, nem tampouco na perspectiva da cura, acreditava-se que a única forma de tratar o problema seria com o isolamento e uma grande carga de medicações (KIRCHNER et al, 2010).

A assistência às pessoas em sofrimento psíquico era predominantemente por meio de internação manicomial, e os métodos de tratamento consistiam basicamente em métodos físicos, que visavam produzir alterações no comportamento desses indivíduos. Desta forma, utilizava-se o tratamento com eletrochoque, a eletronarcole e a convulsoterapia promovida pelo uso excessivo de insulina e cardiazol (BORENSTEIN, 2011).

Segundo Borenstein (2011), o eletrochoque consistia no uso de corrente elétrica, que era) empregada através da caixa craniana, por determinado período de tempo, promovendo perda de consciência e convulsões. Esta modalidade foi a mais empregada no tratamento em saúde mental que, ainda hoje, é utilizado em alguns serviços, apesar da controvérsia de opiniões sobre seu uso. A convulsoterapia era induzida pelas medicações cardiazol e insulina, visto que essas medicações em excesso ocasionam efeitos colaterais no sistema nervoso central. Destaca-se que muitas mortes ocorreram provenientes destas modalidades de tratamento.

Em meio a este cenário, ainda na década de 80, a Reforma Psiquiátrica surge como um movimento de fortes críticas ao modelo assistencial vigente e também ao paradigma imposto aos portadores de sofrimento psíquico, deixando de denominá-los como loucos e perigosos, que necessitam ser excluídos do convívio social. Com o advento desse movimento, conhecido como Luta Antimanicomial, garante-se a defesa dos direitos humanos, bem como o resgate da cidadania desses que eram isolados do convívio social (KIRCHNER et al, 2010).

Pode-se, de certa maneira, afirmar que o surgimento do SUS corrobora de forma positiva à Reforma Psiquiátrica, uma vez que as concepções acerca da saúde ganham novos rumos e diretrizes. O conceito de saúde exige o equilíbrio biopsicossocial, e a saúde se torna o direito de todo cidadão e um dever constitucional do Estado. Significa dizer que a saúde mental também deve ser um direito de todos e um dever do Estado. Fato este, que fortaleceu o movimento, que culmina com a criação da Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Esta lei é reconhecida como o marco legal da Reforma Psiquiátrica Brasileira (KIRCHNER et al, 2010).

A Lei n. 10.216, garante ao portador de transtorno mental, diversos direitos, que antes lhes eram privados, a saber (BRASIL, 2001):

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
 - V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
 - VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
 - VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
 - VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
 - IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.
- Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Legitimando o processo da Reforma Psiquiátrica em curso se interpõe a Política Nacional de Saúde Mental com o objetivo de reestruturar o cuidado em saúde mental, a partir da desinstitucionalização com a implantação de serviços substitutivos às internações manicomiais, cujo propósito era o isolamento. Fato esse que contribuiu para a criação e expansão dos CAPS (BRASIL, 2001).

Além disso, esta política prevê ainda, a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, na prerrogativa de prevenir crises através da promoção da saúde mental pelas equipes da ESF. Outro aspecto positivo desta política está na exigência de Programas Permanentes de Formação de profissionais para a política em curso, além da inclusão social e empoderamento das pessoas com transtorno mental. A ampliação da oferta de serviços à população culminou na constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a partir do Decreto Presidencial n. 7.508, de 2011, que através de financiamento e regulação tripartite permite que a RAPS integre o conjunto das redes indispensáveis nas regiões de saúde do SUS (BRASIL, 2012).

Para que essa nova concepção se torne possível e presente nas ambiências da atenção psicossocial há a necessidade de qualificar os profissionais atuantes na rede, para então, agirem em conformidade com esta remodelação do sistema de saúde. Pois, ter simplesmente a política implantada no papel, sem a devida qualificação dos atores deste cenário, não resultará nas mudanças desejadas.

3.3 FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A transição da década de 70 para a de 80 é repleta de acontecimentos históricos, de repercussão bastante positiva no âmbito da saúde. Um desses acontecimentos é a ênfase que

se dá à área de recursos humanos, como campo de pesquisa e estudos. Foram inúmeras as pesquisas que convergiram para essa área, especialmente na abrangência da área da saúde, com enfoque no SUS (LIMA et al, 2010).

Com o avançar dos estudos e pesquisas, desponta a necessidade de se estabelecer os aspectos formativos e educativos dos profissionais de saúde atuantes no SUS. Concomitante a esses estudos, buscava-se também compreender o mercado de trabalho e a inserção dos profissionais neste mercado, com a perspectiva de traçar um perfil dos mesmos. Evidencia-se aqui, a importância de se conhecer o que se dispõe de recursos humanos, e como esses recursos são/estão constituídos, para que se possa então trabalhar a partir de suas potencialidades e fragilidades (MORETTI-PIRES, BUENO, 2009).

Nesta perspectiva de desvelar os conhecimentos acumulados pelos profissionais ao longo do processo formativo formal, ou seja, a graduação, percebe-se que o ensino nos ambientes de formação em saúde ainda é fragmentado, segundo Rodrigues, Santos e Spricigo (2012). Na mesma lógica, Silva et al (2013) destacam que nos serviços de saúde as práticas ainda apresentam conotação individualizada, provenientes deste aprendizado fragmentado nos centros de formação. Assim, Muylaert et al (2015) ressaltam que a vivência eloquente em saúde mental, durante a formação acadêmica, implica em relevantes significâncias no cuidado prestado pelos profissionais, aos sujeitos em sofrimento mental.

Batista e Gonçalves (2011) afirmam que apesar dos avanços e conquistas com a implantação do SUS e todas as políticas de saúde advinda de sua criação, a formação dos profissionais de saúde ainda está aquém do ideal, demonstrando uma prática não qualificada o suficiente para atender às prerrogativas das políticas públicas de saúde vigentes. Desta forma, fortalece-se a ideia da necessidade eminente da educação permanente em saúde. Todavia, a educação permanente em saúde não pode se tornar um mecanismo substitutivo às formações acadêmicas, mas sim, um mecanismo facilitador para as práticas profissionais, através da aprendizagem e atualização constantes, no que concerne à produção de conhecimentos em saúde.

Esta nova realidade exige uma maior aproximação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, para reorganizar os métodos de formação em saúde. É necessário que os profissionais de saúde sejam formados para atender às prerrogativas das políticas públicas vigentes, e o meio para que se alcance esse ideal é a reorganização das diretrizes curriculares nacionais dos cursos da saúde. Desta forma, é necessário que estes dois ministérios atuem de forma conjunta, estabelecendo meios para reajustar as falhas que têm se apresentado

hodiernamente. Esta reestruturação, quando bem planejada, é capaz de produzir mudanças positivas na qualificação dos profissionais e preparo para o cuidado em saúde (BATISTA, GONÇALVES, 2011).

A nova conjuntura dos sistemas de saúde corrobora com a necessidade de articular os aspectos relacionados à formação em saúde, entre instituições de ensino e o SUS. Com esse propósito surgiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída em 2004. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação na área da saúde estabelecem a necessidade de incorporar o sistema de saúde vigente na formação dos profissionais de saúde. Contudo, essa incorporação requer mudanças, novas estratégias, novas dinâmicas e metodologias de ensino. Percebe-se que essas mudanças estão num ritmo de evolução muito inferior ao das políticas públicas de saúde, o que requer uma melhor articulação entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação e, principalmente, educação permanente também aos docentes envolvidos neste processo de formação (CAVALHEIRO, GUIMARAES, 2011).

A complexidade da gestão dos múltiplos sistemas de contratação e de gestão vigentes convergem para o modelo da descentralização. O foco na produtividade com qualidade ganha espaço, e torna imperativa a exigência de se estabelecer a implementação e institucionalização de alternativas *in loco* para a educação permanente em saúde, visando aprimorar a qualificação dos trabalhadores (CAVALHEIRO, GUIMARAES, 2011).

Na área da atenção básica, desde a década de 90, o Ministério da Saúde tem se empenhado na implantação de Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família. Todavia, o grande marco com relação à educação permanente, pauta-se no ano de 2004, quando efetivamente surgiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Essa política surge com o propósito de reformular a educação permanente dos profissionais, a partir da desfragmentação dos saberes. Dessa forma, o objetivo é promover uma articulação entre saúde e educação (CAVALHEIRO, GUIMARAES, 2011).

A Educação Permanente em Saúde utiliza como pressuposto pedagógico a construção coletiva e significativa de conhecimentos. Constitui-se como uma nova ferramenta de gestão que empenha suas ações a partir das necessidades individuais e/ou coletivas. Assim, o ensinar e o aprender se integram ao cotidiano das organizações e, ao mesmo tempo, ao trabalho, constituindo-se num instrumento de consolidação do saber. Há de se destacar que, esta política prevê que o modelo educacional seja crítico, libertador e planejado em longo prazo de

acordo com as reais necessidades dos serviços, por meio de processo avaliativo formal e estruturado. Ainda, deve contemplar um modelo próprio de gestão, ensino e controle social. (LINO et al, 2009).

Rompe-se assim, a lógica da educação verticalizada e descendente, abrindo espaço para as reais capacidades de aprendizagem mútua de docentes e discentes, através da construção do conhecimento. Nessa dinâmica, fortalecem-se as ações de matriciamento, onde as experiências podem ser compartilhadas e o conhecimento construído coletivamente, promovendo assim a educação permanente em saúde. Não se pode deixar de destacar que nessa nova remodelação, é possível educar, ensinar e aprender nos mais diversos cenários, não sendo mais exclusivamente em salas de aula ou em ambientes formais (CAVALHEIRO, GUIMARAES, 2011).

Há o entendimento de que existe uma dificuldade de encontrar docentes com enfoque nesta nova realidade no SUS, permeando a aprendizagem conjunta dos diferentes profissionais que integram o sistema de saúde. Destarte, há certa resistência por parte dos profissionais na aprendizagem de novos conhecimentos. Percebe-se assim, a necessidade de uma maior integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, e desta forma, entre docentes, discentes e profissionais de saúde (CAVALHEIRO, GUIMARÃES, 2011).

Ante o exposto, pôde-se perceber o amplo empenho de profissionais e da população para a mudança dos paradigmas inerentes à saúde mental. É notório, também, o grande avanço conquistado nesse sentido, onde a Reforma Psiquiátrica se fortalece com a implantação da Política Nacional de Saúde Mental. Há de se destacar ainda, a grande evolução dos conhecimentos relativos ao campo da saúde mental, bem como o advento das novas modalidades de tratamento que surgem hodiernamente.

Todavia, é necessário reconhecer que todos esses avanços poderiam não ter alcançado tamanho sucesso, se não fosse o apoio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que surge com o propósito de transformar o modelo de saúde vigente. Desta forma, é inquestionável a necessidade de associar esta política à formação de recursos humanos para o SUS, como mecanismo de fortalecimento das redes de atenção à saúde. Assim, o objeto deste Trabalho de Conclusão de Curso consiste em expor a importância da articulação da educação permanente em saúde com a trajetória dos profissionais da RAPS.

4 MÉTODO

A evolução histórica do universo nos mostra que os homens sempre buscaram alguma maneira de tentar compreender e/ou explicar algum fato ou realidade. Qualquer pessoa pode afirmar algo sobre determinado fato se baseando apenas em seu conhecimento prévio. Porém, somente aqueles que empregam o método científico estão aptos a encontrar explicações reais para determinados fenômenos (TAFNER, SILVA, 2012).

A partir do conhecimento científico, “cada fenômeno observado e estudado conduz à construção de teorias que serão testadas, observadas ou não por outros cientistas e pesquisadores de forma sistematizada”. Entretanto, o conhecimento científico exige um estudo focado, com base em dados concretos e reais, adquiridos por meio de métodos científicos. Para tanto, faz-se necessário estabelecer um método a partir de um processo racional para se chegar um modo ordenado de proceder (TAFNER, SILVA, 2012. p. 101).

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Para o presente estudo, empregou-se a pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa. O objetivo da pesquisa exploratória consiste em obter maior aproximação com o fenômeno a ser investigado, de forma a torná-lo mais explícito e possibilitar a construção de hipóteses relativas ao objetivo principal, ou seja, o aperfeiçoamento de ideias. Descreve as características de determinado fenômeno ou população através da padronização da coleta de dados por meio de questionários e/ou observação sistemática (GIL, 2002).

Minayo (2007) afirma que a natureza do fenômeno a ser pesquisado tem impacto direto na escolha da abordagem. Assim, no método qualitativo os procedimentos empregados consistem basicamente na interpretação que se dá a partir dos dados coletados. Esses dados podem ser simbólicos ou situados em determinado contexto, que de alguma maneira expressam parte da realidade do indivíduo com relação ao que verbaliza. Enquanto que, outra parte se encontra abstrata, ou seja, o indivíduo não verbaliza e abre margem à interpretação do pesquisador.

4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

Os dados necessários à pesquisa foram coletados a partir dos portfólios elaborados pelos profissionais do SUS participantes da 1ª edição do curso Crise e Urgência em Saúde Mental, que responderam a questão proposta no Módulo I.

Através de parceria entre Ministério da Saúde, UNA-SUS e UFSC por meio do APIS – Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas, e atendendo à prerrogativa da PNEPS, trata-se de uma atualização profissional com carga horária total de 100 horas e duração de 90 dias, realizado exclusivamente na modalidade à distância. O curso se desenvolveu em quatro módulos e contemplou os diferentes profissionais do SUS de nível universitário das diversas regiões do país, mediante oferta de vagas pelo Ministério da Saúde.

Por se tratar de um curso na modalidade à distância, várias ferramentas e materiais para o aprendizado foram disponibilizadas. Dentre os recursos didáticos e pedagógicos, estão os conteúdos disponíveis em PDF, conteúdos *on-line*, fóruns de discussão, *Chat*, Portfólios e exercícios avaliativos interativos, cujo objetivo foi proporcionar novos conhecimentos, além de produzir reflexões capazes de transformar a realidade e [re]construí-la, no âmbito de atuação do aluno.

4.3 PARTICIPANTES

Critérios de inclusão: profissionais participantes da 1ª edição do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental regulamente matriculados, que elaboraram o portfólio do curso respondendo as quatro questões reflexivas propostas. Estes sujeitos, após a finalização do curso, aceitaram participar da pesquisa, através da concordância com o termo de consentimento livre e esclarecido (APENDICE A).

Critérios de exclusão: ter desistido do curso antes da sua finalização.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no Portfólio 1, elaborado pelos profissionais participantes do curso Crise e Urgência em Saúde Mental, como resposta à seguinte questão reflexiva: “Hoje você é um trabalhador da RAPS/RUE. Explique sua trajetória profissional até este momento”. Os portfólios se constituem como atividade avaliativa do curso e condição mínima para aprovação no curso, e por consequência, requisito para inclusão na pesquisa.

Portfólio é o espaço onde o aluno descreve reflexões acerca de seu contexto de trabalho, fazendo uma correlação com os conteúdos abordados durante o curso. Ou seja, é possível compreender, através destes portfólios, a evolução que o aluno alcança durante o desenvolvimento do curso, a partir de suas próprias reflexões (CORREA, 2007).

Essa técnica de interrogação a partir de portfólios permite obter informações acerca do que a pessoa "sabe, crê ou espera, sente ou deseja, pretende fazer, faz ou fez, bem como a respeito de suas explicações ou razões para quaisquer das coisas precedentes" (SELLTIZ, 1967 apud GIL, 2002. p.115).

A caracterização dos participantes foi estabelecida pela busca dos dados preenchidos na atividade perfil que compõe portfólio do Módulo I, contemplando informações referentes a idade, sexo, profissão, ponto de atuação, região do país, tempo de formado e tempo de atuação. Do total de 429 alunos que iniciaram o curso, 56 desistiram, 302 atenderam aos critérios de inclusão e 156 concordaram em participar da pesquisa. Desta forma, participaram desta pesquisa 156 diferentes profissionais do SUS das diversas regiões do país.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os portfólios dos alunos, que concordaram em participar da pesquisa, foram impressos e lidos individualmente. Os dados foram devidamente organizados e analisados de acordo com o método de Análise de Conteúdo Temático sugerido por Bardin (2011).

Segundo Bardin (2011), para que os dados coletados em uma pesquisa tenham sentido, precisam ser trabalhados a partir de uma técnica de análise apropriada. Define-se a análise de conteúdo como uma série de técnicas de investigação, e através de uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo das mensagens, obtém-se a interpretação dessas mensagens.

Bardin (2011) estabelece que a análise de conteúdo temática permite que se alcance de forma mais precisa o conhecimento relativo às condições de produção, recorrendo a indicadores, sendo que, para Minayo (2007), esta forma é a que melhor atende à investigação

qualitativa do material referente à saúde. A análise tem por objetivo a compreensão crítica do sentido das comunicações, refletindo sua significância para o objetivo analítico visado.

A Análise de conteúdo de Bardin (2011) é estruturada em três fases, a saber: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na primeira fase, a **Pré-análise**, organiza-se o material para torná-lo operacional através da sistematização das ideias iniciais, conduzindo o pesquisador a um esquema preciso de desenvolvimento da pesquisa. Esta fase compreende quatro etapas: a leitura flutuante e contato com os documentos da coleta de dados; a determinação do que será analisado; formulação de hipóteses e objetivos; e, determinação de indicadores. Atendendo às premissas desta fase, foi realizada a impressão dos portfólios, leitura flutuante e organização do material, com vistas a torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais em categorias, a partir de elementos que descreveram a caracterização dos profissionais, bem como sua formação acadêmica e trajetória profissional. As categorias que resultaram desta pré-análise foram: 1) trajetória acadêmica dos profissionais da RAPS e sua inserção no cuidado em saúde mental; 2) educação permanente e a construção de conhecimentos a partir do coletivo; 3) a trajetória dos profissionais da RAPS e o preparo o cuidado em saúde mental.

A segunda fase de Bardin (2011) consiste na **Exploração do Material** e análise do texto de forma sistemática, a partir da definição das categorias formadas anteriormente. A exploração do material é uma etapa de alta relevância, uma vez que possibilitará a riqueza das interpretações a partir da descrição analítica. Procedeu-se assim, a codificação dos participantes, a classificação e a categorização dos dados encontrados de acordo com as categorias definidas anteriormente.

Já a terceira e última fase se refere ao **Tratamento das informações, inferência e a interpretação**, onde as informações são condensadas e analisadas através de operações estatísticas simples ou complexas, ressaltando as informações obtidas. Foram feitas as inferências e interpretações por meio da análise crítica reflexiva, que possibilitaram outras pesquisas, e os dados estão apresentados de forma descritiva.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) se insere no macroprojeto do grupo de pesquisa APIS, com o título: Rede de Atenção Psicossocial no Brasil: discursos e práticas, sob

a coordenação da professora Dra. Maria Terezinha Zeferino, com aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob Parecer n. 924.432/2014.

A coleta dos dados ocorreu de agosto a dezembro de 2015, imediatamente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da UFSC. Todos os aspectos que envolvem a pesquisa estão de acordo com o disposto pela Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme estabelecido nas disposições preliminares (BRASIL, 2012a):

A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverão atender a esta Resolução.

Esta resolução determina, ainda, que as pesquisas envolvendo seres humanos atendam aos preceitos éticos e científicos pertinentes, garantindo respeito ao participante da pesquisa, em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por manifestação expressa, livre e esclarecida. Para tanto, utilizou-se do instrumento próprio para este fim, conhecido por Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Este documento está escrito em linguagem clara, objetiva e acessível, permitindo o fácil entendimento sobre o propósito da pesquisa, a qual cada indivíduo se propôs a participar ao concordar com os termos do TCLE.

Para garantir o anonimato, os participantes da pesquisa foram identificados como E1, pois são da Edição 1 do curso, e de A1 até A156 (156 participantes), seguido da referência do tipo de serviço de saúde mental em que atuam. Os profissionais foram consultados quanto à participação na pesquisa, após finalização do curso, de forma a não interferir no processo de aprendizagem.

5 RESULTADOS

De acordo com as orientações do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados dos Trabalhos de Conclusão de Curso devem ser apresentados no formato de manuscrito. Em atendimento a esse dispositivo, os resultados deste Trabalho de Conclusão de Curso foram estruturados no manuscrito apresentado a seguir.

5.1 MANUSCRITO

TRAJETÓRIA DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DA FORMAÇÃO À EDUCAÇÃO PERMANENTE

Jean Carlos Müller da Silva Bizarro

Maria Terezinha Zeferino

Resumo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, que teve como objetivo conhecer a trajetória profissional dos trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), desde o preparo para o cuidado em saúde mental até a inserção nesta rede de cuidado, além de estabelecer sua interface com a educação permanente. Os dados foram coletados em portfólios respondidos pelos profissionais da RAPS, participantes do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental, promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Aberta do SUS e Universidade Federal de Santa Catarina, como modalidade de educação permanente. Participaram da pesquisa 156 profissionais de nível superior de diferentes categorias. Os dados foram trabalhados a partir de análise temática e agrupados em três categorias: trajetória acadêmica dos profissionais da RAPS e sua inserção no cuidado em saúde mental; educação permanente e a construção de conhecimentos a partir do coletivo; e, trajetória dos profissionais da RAPS e o preparo para o cuidado em saúde mental. Evidenciou-se a predominância do sexo feminino e os profissionais Psicólogos e Enfermeiros, como os mais numerosos na rede, com atuação predominantemente no CAPS II. Os relatos dos profissionais expressaram falta de experiências em atenção psicossocial durante a graduação, bem como a pouca oferta ou inexistência de educação permanente nos serviços que compõem a RAPS. Desta forma, é possível afirmar que o preparo para o cuidado em saúde mental, por parte dos trabalhadores da RAPS, necessita avançar através da reorganização dos currículos dos cursos de graduação, e pela ampliação da oferta de educação permanente.

Palavras-chave: Saúde Mental. Habilitação profissional. Educação permanente.

Introdução

O surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) desponta como um marco histórico das políticas sociais no cenário brasileiro ao ampliar o acesso à saúde para a totalidade da população nacional. Fruto de ampla mobilização social ao longo dos anos 80, é na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que se estabelecem as principais pactuações que garantiriam o texto constitucional de 1988, no qual a saúde consta como “direito de todos e dever do estado”. (NÓBREGA et al, 2010).

Paralelamente ao processo de criação do SUS, na transição das décadas de 80 e 90, ocorria no Brasil um movimento que questionava e propunha alternativas às práticas excludentes com que as pessoas com transtornos mentais eram tratadas. A organização dos trabalhadores da saúde mental se constituiu em importante movimento popular que acabou resultando, em 1987, na criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país. Nascido a partir da experiência santista dos Núcleos de Apoio Psicossocial, propunha o cuidado em liberdade, substituindo a principal – senão única - opção disponível para a atenção à saúde mental na época, os manicômios. O advento do SUS, por intermédio da manifestação popular, serviu como propulsor para um movimento por parte dos trabalhadores da saúde mental, cujo objetivo era remodelar os tratamentos empregados às pessoas com transtornos mentais, evitando-se as internações (PITTA, 2011).

Em 1989 é apresentado ao Congresso Nacional um projeto de lei que visa regulamentar os direitos das pessoas com transtornos mentais e, concomitante a isso, a substituição dos manicômios existentes pelos CAPS. Destarte, na década de 90, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, o Brasil avança nessa discussão e emergem as primeiras normas federais e regulamentações, no tangente à implantação de serviços diários de atenção à saúde mental, substitutivos aos hospitais psiquiátricos (PITTA, 2011).

Esse remodelamento de ações objetiva um cuidado em saúde mental que visa à integralidade do sujeito em sofrimento psíquico, e não apenas a doença mental. Esse novo pensar intensificou a disseminação dos CAPS pelo país, e foi imprescindível para a promulgação da Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001, que prevê as diretrizes para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, bem como a extinção gradual dos manicômios existentes. Desta forma, o despontar do SUS, aliado ao movimento da Reforma Psiquiátrica, corroboram para um novo pensar e agir nos aspectos relacionados à saúde da população (CARVALHO, FRANCO, 2015).

Muito vem se avançando desde então no tocante à ampliação de uma rede de ações e serviços que seja substitutiva aos manicômios. No entanto, estudos têm apontado que a atenção às situações de crise se constitui como um importante analisador da efetividade dessa rede, uma vez que é justamente nesse momento em que os sujeitos e suas famílias se encontram mais vulneráveis ao, ainda forte, apelo das instituições manicomialis (SILVA, DIMENSTEIN, 2014).

A atenção às situações de crise em saúde mental promove insegurança por parte dos profissionais. A palavra crise assume diferentes conceitos e interpretações, resultando em diversas formas de cuidado. Crise pode ser definida como o “desencadeamento psíquico que coloca a pessoa no vazio, em um lugar de interrogação”. Para que esse vazio possa ser preenchido por tratamentos adequados, faz-se necessário que os profissionais de saúde se sintam preparados o suficiente para isso, prestando um cuidado humanizado ao sujeito em sofrimento psíquico. (ALMEIDA et al, 2014, p. 709)

Para atender à integralidade das prioridades de saúde da população, é necessário estabelecer estratégias que ampliem as condições de direito e cidadania das pessoas. Nessa perspectiva, no ano de 2003, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Humanização (PNH), cujo propósito consiste em reorganizar os processos de trabalho nos ambientes de saúde, a partir da valorização dos diferentes sujeitos atuantes nestas ambiências. A autonomia e o protagonismo dos sujeitos, aliados à corresponsabilização entre estes, são norteadores deste processo humanizador (PASCHE, PASSOS, HENNINGTON, 2011).

Para atender aos propósitos dessa reorganização e à perspectiva de humanizar o cuidado prestado aos sujeitos nos ambientes de saúde urge qualificar os profissionais através de um processo de educação continuada. Nesse sentido, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que se propõe à qualificação contínua e permanente dos profissionais envolvidos no cuidado individual e/ou coletivo (SILVA, DUARTE, 2015).

A articulação de políticas públicas se tornou um marco no SUS, contribuindo para o surgimento de novas políticas que visam a melhores condições de saúde para a população, formando as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essas redes atendem às premissas da PNH, e compõem-se pelos diversos serviços e equipamentos de saúde de um determinado território geográfico. Todavia, para que sejam efetivas, é necessário que estejam interligadas e confluam para o objetivo da PNH, que preconiza um conceito ampliado de saúde. No âmbito da saúde mental, destaca-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que prevê uma rede

organizada e suficientemente preparada para prestar atendimento aos sujeitos em sofrimento psíquico, seja no foco preventivo, promotor ou curativo (BRASIL, 2013).

A RAPS propõe uma nova abordagem de tratamento em saúde mental, com foco na emancipação dos sujeitos, em sua reinserção social e no maior envolvimento das famílias nesse processo. Para atender a essa nova realidade, os profissionais de saúde mental devem estar preparados para atuar nesse novo contexto. A definição se há ou não esse preparo provém do relato dos próprios trabalhadores, que traduzem suas emoções frente às situações de crise. Para Muylaert et al (2015), a partir de sentimentos e emoções descritas nos relatos, torna-se possível compreender e identificar eventos ou fatores que ocasionem mudanças e motivações nos informantes.

Contudo, a mudança de rotinas e formas de cuidado por vezes não é encarada de forma positiva pelos profissionais, provavelmente pelo receio do novo, que gera sentimentos de angústia e insegurança. Implementar um novo modelo de atenção, neste caso, na saúde mental, significa abandonar práticas aprendidas ao longo do processo de formação. Nos ambientes de formação em saúde, existe ainda uma outra problemática, que é o ensino fragmentado das diferentes dimensões do cuidado em saúde mental (RODRIGUES, SANTOS, SPRICIGO, 2012)

Nesse sentido, esta pesquisa objetiva conhecer a trajetória profissional dos trabalhadores da RAPS, que atuam no cuidado às pessoas em situações de crise em saúde mental.

Método

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa. O público alvo foram 429 profissionais da RAPS, participantes da primeira edição do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental, com formação em nível universitário, que atuam no cuidado em saúde mental, no Sistema Único de Saúde (SUS), oriundos das diversas Regiões do Brasil, selecionados pelo Ministério da Saúde.

Esse Curso é resultado da parceria entre o Ministério da Saúde (MS), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS), por meio do APIS – Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas. Constitui-se como uma modalidade de atualização profissional, com 100 horas de duração, dividido em quatro módulos, todo realizado à distância, através de

ferramentas interativas (perfil, *chats*, fóruns, exercícios avaliativos e portfólios) com propósito de proporcionar novos conhecimentos e reflexões, transformando e reconstruindo a realidade no âmbito de atuação do profissional. O desafio deste curso consiste em proporcionar uma formação que possibilite uma prática reflexiva e contextualizada, superando o treinamento meramente técnico e tradicional, vislumbrando a formação de sujeitos éticos, críticos, reflexivos, colaborativos, históricos, transformadores, humanizados e com responsabilidade social (ZEFERINO, RODRIGUES, CARTANA, 2014).

A caracterização dos participantes foi realizada por meio do preenchimento da atividade perfil, componente do portfólio I, que continha as seguintes informações: sexo, idade, profissão, procedência e local de trabalho.

Foram incluídos na pesquisa os profissionais participantes da 1ª edição do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental, regulamente matriculados e que elaboraram o portfólio do curso respondendo as 4 questões reflexivas propostas. O critério de exclusão foi ter desistido do Curso antes do término. Dos 429 alunos que iniciaram o curso, 56 desistiram, 302 atenderam aos critérios e 156 alunos concordaram em participar da pesquisa, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta dos dados, utilizou-se o instrumento portfólio, atividade de aprendizagem, em que os alunos elaboraram um documento individual com reflexões sobre sua prática profissional, ponderando alternativas para a transformação de sua realidade. O portfólio de cada aluno foi composto por quatro questões reflexivas, uma em cada módulo do Curso, sendo que para este estudo foi utilizada a resposta à seguinte questão, referente ao primeiro módulo: “Hoje você é um trabalhador da RAPS/RUE. Explique sua trajetória até este momento”. Esse documento foi produzido e postado pelos alunos no Ambiente Virtual de Ensino Aprendizagem do Curso.

Os documentos foram impressos, constituindo o banco de dados desta pesquisa. Os pesquisadores organizaram e analisaram coletivamente esses dados, segundo o método de Análise de Conteúdo Temática sugerida por Bardin (2011), seguindo as três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento das informações. Na primeira etapa, foi realizada a organização do material, com vistas a torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. O próximo passo foi a codificação, a classificação e a categorização dos dados. Na terceira e última etapa, realizou-se a condensação e o destaque das informações, culminando na análise reflexiva e crítica do material.

A coleta de dados ocorreu de agosto a dezembro de 2015, após a aprovação do projeto

pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, com Parecer n. 924.432/2014, respeitando, assim, os preceitos éticos da pesquisa.

Para garantir o anonimato, os participantes da pesquisa foram identificados como E1, pois são da Edição 1 do curso e de A1 a A156, seguido da referência do tipo de serviço de saúde mental em que atuam.

Da análise emergiram três categorias, a saber: trajetória acadêmica dos profissionais da RAPS e sua inserção no cuidado em saúde mental; educação permanente e a construção de conhecimentos a partir do coletivo; e, trajetória dos profissionais da RAPS e o preparo para o cuidado em saúde mental.

Resultados e discussão

Caracterização dos trabalhadores

Inicialmente, os dados coletados a partir dos relatos dos trabalhadores, permitiram a caracterização dos profissionais que compõem a RAPS, e estão expostos no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos profissionais da RAPS, participantes da 1ª edição do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental (n=156)

Variável	n	%
Idade em anos		
22 – 31	46	29,50%
32 – 41	58	37,20%
42 – 51	37	23,70%
52 – 61	15	9,60%
Sexo		
Feminino	126	80,80%
Masculino	30	19,20%
Profissão		
Assistentes Sociais	22	14,10%
Educadores Físicos	2	1,30%
Enfermeiros	44	28,20%
Farmacêuticos	1	0,60%
Médicos Clínicos Gerais	1	0,60%
Médicos de Família e Comunidade	1	0,60%
Médicos Psiquiatras	6	3,80%
Musicoterapeutas	1	0,60%
Nutricionistas	2	1,30%

Pedagogos	3	2%
Psicólogos	60	38,50%
Terapeutas Ocupacionais	13	8,30%
Pontos de Atenção		
CAPS AD II	6	3,80%
CAPS AD III	5	3,20%
CAPS I	10	6,40%
CAPS II	70	44,90%
CAPS III	33	21,20%
Gestão	7	4,50%
Hospital Geral	13	8,30%
Unidade Básica de Saúde	11	7,10%
Unidade de Pronto Atendimento	1	0,60%
Região do País		
Centro-Oeste	27	17,30%
Nordeste	47	30,10%
Norte	19	12,20%
Sudeste	44	28,20%
Sul	19	12,20%
Tempo de formado em anos		
1 – 3	24	15,20%
4 – 7	44	28,30%
8 – 15	58	37%
16 ou mais	30	19,50%
Tempo de atuação (atual) em anos		
< 1	9	5,70%
1 – 3	88	56,60%
4 – 7	24	15,10%
8 – 15	29	18,80%
16 ou mais	6	3,80%

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Percebe-se que há uma predominância de profissionais com faixa etária compreendida entre 32 e 41 anos. Ao se categorizar as faixas etárias, pode-se dizer que a maioria dos trabalhadores é composta por adultos, com pequena parcela de adultos jovens e parcela ainda menor de idosos. Também é possível observar que a maior parte dos profissionais participantes da pesquisa é do sexo feminino.

A predominância feminina, entre os trabalhadores da RAPS, segue a lógica estudada por outros pesquisadores, que creem ser essa uma tendência na área da saúde, conforme expõem Silva et al (2013). Acredita-se que essa tendência ao gênero feminino esteja associada ao fato da categoria de enfermagem, profissão predominantemente feminina, ser uma das

mais representativas entre os profissionais de saúde, em questão de números. Nesta pesquisa, a enfermagem aparece como segunda profissão mais numerosa.

Despontou no estudo, a participação de 12 diferentes profissões, cuja maior representatividade de trabalhadores está expressa por psicólogos. Nota-se também que entre os participantes do curso Crise e Urgência em Saúde Mental, a maioria atua no CAPS II. A participação de apenas um trabalhador com atuação em Unidade de Pronto Atendimento se deve ao fato da oferta de vagas para o curso, pelo Ministério da Saúde, ter se destinado principalmente a trabalhadores da RAPS.

Quanto à distribuição geográfica, os trabalhadores foram agrupados por regiões. Considerando-se as cinco regiões brasileiras, encontrou-se que o maior quantitativo de participantes do curso, que compreendem este estudo, foi da região Nordeste. A participação menos expressiva se dividiu entre as regiões Norte e Sul.

Numa análise mais criteriosa dos dados apresentados no estudo, verificou-se que na região Nordeste, o estado com maior representatividade de participação foi o estado da Bahia (25,53%) e com menor representatividade, os estados Ceará (6,38%) e Alagoas (6,38%). Na região Sudeste o estado mais representativo foi São Paulo (45,45%) e o menos representativo foi o Rio de Janeiro (4,54%). Quanto à região Centro-Oeste, o estado com a maior representação foi Goiás (44,44%) e com a menor, o estado de Mato Grosso (7,41%). Na região Norte, teve-se como mais representativo o estado Tocantins (26,32%) e como menos representativo, o estado Roraima (5,26%). Por fim, ao se verificar a região Sul, encontrou-se com maior representação o estado do Rio Grande do Sul (52,63%) e com menor representação, o estado de Santa Catarina (10,53%).

Insurge assim a reflexão, ou os profissionais da região Nordeste de fato procuram mais por capacitação, quando comparados a profissionais de outras regiões, ou a oferta para educação permanente é maior nessa região, quando comparada a outras. No entanto, alguns estudos, como o de Macedo et al (2013), estabelecem que há carências de investimento no profissional de saúde mental para aprimoramento de suas práticas, na região Nordeste.

Ainda com relação à distribuição geográfica, percebe-se a inexpressiva participação de profissionais do Rio de Janeiro. Costa, Corrêa e Silva (2015) apontam falha na acessibilidade aos serviços de saúde mental no Rio de Janeiro, expressas por barreiras de acesso, gerando a dúvida se isso é reflexo da falta de capacitação em saúde mental para atender de forma eficaz às demandas da atenção psicossocial.

Denota-se que a maioria dos trabalhadores possui tempo de formado que varia entre 8

e 15 anos. Também se evidencia que mais da metade dos trabalhadores possuem pouco tempo de atuação nos serviços em que se encontram, variando de 1 a 3 anos. Com relação ao período de formação acadêmica, percebe-se que uma pequena minoria pode ser considerada com pouco tempo de conclusão da graduação, pois menos de 16% dos trabalhadores têm tempo de formado inferior a 3 anos.

Dentre estes profissionais, constatou-se ainda que, aproximadamente metade (48,43%) possui pós-graduação. Destas, 20,31% são na área da saúde mental. Já, com relação à abordagem de vivências em saúde mental durante a graduação, apenas 17,18% dos participantes teve tal experiência. Silva et al (2013) afirmam haver entraves na formação dos profissionais de saúde, pela formação fragmentada divergindo dos ideais da RAPS, que foca a integralidade do sujeito. Outro fato apontado pelos autores para a falta de conhecimentos referente à saúde mental pós-reforma, é o modelo biomedicamentoso ainda existente em muitos centros de formação em saúde. No entanto, metade dos participantes afirmou ter experiências progressas em saúde mental, com relação ao serviço que estão atuando. Experiências estas, advindas de práticas profissionais em outros ambientes onde a saúde mental se faz presente.

Registrou-se a baixa participação de médicos da família e comunidade, que se pode traduzir como sinal de alerta, uma vez que estes são os principais sinalizadores de demandas de saúde mental no contexto da saúde. Apesar dos estudos de Silva et al (2013) justificarem que o problema consiste na negação por parte desses profissionais em participar de pesquisas, o presente estudo foi realizado através de uma modalidade de educação permanente, em que a participação dos profissionais ocorreu mediante oferta de vagas pelo Ministério da Saúde. Isto possibilita definir que o investimento em educação permanente por parte do Ministério da Saúde precisa avançar, garantindo o acesso universal à educação permanente em saúde.

A expressividade de profissionais não médicos dentro da RAPS permite visualizar uma equipe multiprofissional atuante. Alves, Dourado e Cortes (2013) alertam que a prática em saúde mental requer uma visão ampliada dos aspectos sociopolíticos abarcados nas relações de trabalho para o cuidado prestado aos sujeitos. Esse é um fator preponderante para se atender à ideia de modelo substitutivo, onde através de um cuidado coletivo pode-se alcançar melhores resultados na reinserção social dos sujeitos com transtorno mental.

Destaca-se também a baixa participação de profissionais das unidades básicas de saúde, uma vez que para Paes et al (2013), pelo princípio da integralidade, os sujeitos deveriam ter suas demandas de saúde mental atendidas pelos profissionais da atenção

primária, evitando-se, assim, a lógica dos encaminhamentos que podem convergir para uma assistência fragmentada. No entanto, para que isso seja possível, requer-se que os profissionais da atenção básica se sintam e estejam capacitados para atender a essas demandas. Este preparo provém da participação desses sujeitos nas modalidades de educação permanente em saúde ofertadas, o que para este estudo não é uma evidência, pois nesta edição do curso, o Ministério da Saúde direcionou as vagas para as equipes dos RAPS prioritariamente.

Ante a análise das trajetórias profissionais dos trabalhadores da RAPS, percebeu-se que metade dos profissionais detém experiência progressiva em saúde mental, com relação aos seus atuais locais de trabalho. Entretanto, ao se analisar o tempo de atuação nas instituições em que se encontram atualmente, nota-se que esta é bastante incipiente, pois quase 60% dos trabalhadores atuam há menos de 3 anos no ponto da rede em que se encontram. Silva et al (2013) estabelecem que é fundamental possuir e desenvolver habilidades para o desenvolvimento da prática em saúde mental, culminando na formação de vínculo e afinidade com a área.

Trajetória acadêmica dos trabalhadores da RAPS e sua inserção no cuidado em saúde mental

Nesta categoria temática, os relatos dos profissionais apontam para o impacto negativo que a falta de vivências em saúde mental, durante a graduação, reflete na sua atuação profissional.

A60: “Tinha conhecimento sobre a política de saúde, mas confesso nunca ter ouvido falar sobre reforma psiquiátrica [...] fui estudar para saber, devido à faculdade não abordar a questão do sofrimento psíquico da forma que convivo hoje”.

A63: “Em minha graduação não foi possível vislumbrar de forma adequada o modo de se atuar em um contexto de CAPS”.

A64: “No começo foi muito difícil, pois a graduação lhe oferece muito pouco sobre o assunto, e os estágios curriculares são muito breves”.

A138: “Somente na unidade na emergência adulto [ambiente de trabalho] tive o primeiro contato com os pacientes portadores de algum tipo de sofrimento [psíquico], bem como a respeito das redes de apoio”.

Constata-se pelas descrições dos sujeitos que a saúde mental ainda não recebe a devida valorização pelas instituições de ensino. O mesmo panorama se apresenta em diversos serviços de saúde mental da RAPS. Percebe-se certo despreparo por parte dos trabalhadores para o cuidado em saúde mental, que atribuem a falta de vivências ao longo da formação acadêmica.

Silva et al (2013) expõem que ainda se encontram nos serviços de saúde “práticas focalizadas na dimensão orgânica, de delimitação individual e médico-centrada”. Acredita-se que essa realidade ocorra em virtude de os centros de formação em saúde ainda estarem atrelados aos modelos antigos de tratamentos em saúde mental. Mielke et al (2011) apontam que a reabilitação psicossocial requer habilidades e competências aquém das encontradas no processo de formação acadêmica dos profissionais. Entende-se ainda, que os currículos não sejam condizentes com os novos modelos de atenção à saúde mental, refletindo na formação de um profissional com pouco ou nenhum preparo para atuação no âmbito da atenção psicossocial.

Muylaert et al (2015) estabelecem que as vivências em saúde mental durante a graduação implicam relevantes significâncias às carreiras dos sujeitos, com impacto direto em suas práticas. Relevância essa que pode ser claramente percebida na fala do sujeito 21, onde afirma que as experiências advindas da graduação foram determinantes para as escolhas profissionais. Percebe-se nesse contexto, que a trajetória acadêmica pode ter influências positivas como também negativas nas trajetórias profissionais.

A 21 “O meu interesse na área da Saúde Pública iniciou desde a minha graduação, onde tive experiências bem significativas e importantes para as minhas escolhas”.

Educação permanente e a construção de conhecimentos a partir do coletivo

Além da lacuna de vivências deixada pela formação acadêmica, observa-se também, a falta de educação permanente oferecida pelos serviços que compõem a RAPS.

A34: “Sinto falta de mais capacitações e treinamentos”

A57: “A área de saúde mental é muito ampla e aqui as possibilidades de educação/qualificação são raras”.

A140: “A minha formação começou no dia a dia do serviço”.

A141: “no início de meu trabalho no CAPS II necessitei me apropriar de literaturas sobre essa política e o que havia de mais atual”.

Outro entrave enfrentado pelos trabalhadores, além da falta de educação permanente, refere-se à dificuldade no compartilhamento de aprendizagens entre as próprias equipes.

A7: “No início encontramos algumas dificuldades em relação aos próprios colegas de trabalho”.

A19: “os profissionais envolvidos na Rede [de atenção psicossocial] são bastante resistentes na abordagem”.

A31: “alguns serviços não querem aceitar [os pacientes] por não haver profissionais habilitadas para o atendimento”.

A51: “fica muito claro o despreparo da equipe para lidar com tais situações [de crise] de uma maneira humanizada”.

A31: “Outra dificuldade é a falta de profissionais com formação em saúde mental para acolher e oferecer uma assistência de qualidade aos usuários e familiares”.

Numa parcela de profissionais, percebe-se certa resistência para modificar o modelo de cuidado prestado ao paciente em sofrimento psíquico, onde o foco biomédico ainda é uma evidência. Ao mesmo tempo, destaca-se o desejo por capacitação, por parte de alguns profissionais, que relatam serem insuficientes ou inexistentes as ofertas de educação permanente. Silva et al (2013) apontam que o trabalho na perspectiva do modelo de atenção

psicossocial exige um cuidado reflexivo e crítico ao modelo institucionalista, estimulando o modelo substitutivo que enaltece os CAPS. Macedo et al (2013) apontam que o desenvolvimento da prática profissional se valoriza pelo grau de investimento nos trabalhadores a partir de capacitações, o que ainda não tem se mostrado uma prática frequente na saúde mental.

No campo da saúde, os relatos têm incitado os pesquisadores na busca das subjetividades impostas por estas, uma vez que traduzem sentimentos e emoções dos narradores, conforme abordam Miranda e Campos (2010). Nessa ótica é possível estabelecer os sentimentos de frustração e angústia expressos pelos relatos dos trabalhadores, quanto à falta de educação permanente. Para Stroschein e Zocche (2011), a educação permanente é estabelecida pela Portaria GM/MS n. 198/2004, e posteriormente reformulada pela Portaria GM/MS n.1996/2007, que prevê os meios necessários para implementar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Este modelo de educação permite a problematização de situações vivenciadas nas práticas dos trabalhadores, possibilitando reflexões críticas e coletivas em busca de soluções para os problemas que se apresentam nos cotidianos.

Para Bezerra (2007), a formação de recursos humanos se constitui num desafio primordial, pelo fato da rede ser formada, principalmente, por jovens que não vivenciaram a luta política e ideológica que resultou na reforma psiquiátrica. Por essa razão, acredita-se que esses jovens profissionais não compreendam implicitamente a remodelação do cuidado em saúde mental, ante a mudança de estereótipos e paradigmas. Desta forma, o “louco” torna-se um ser em sofrimento psíquico, e em vez de ser segregado, insere-se numa sociedade aberta a novos ideais de tratamento e comportamentos.

Paes et al (2013) apontam que uma das dificuldades encontradas na RAPS está na compreensão que os profissionais de saúde detêm acerca do funcionamento do sistema de saúde. Esta dificuldade, segundo os autores, decorre da formação deficiente e da resistência às mudanças propostas pelos novos modelos de atenção à saúde. A aprendizagem com significância requer uma adequada integração entre o aprender e o ensinar, que devem se apresentar de forma mútua. No entanto, Stroschein e Zocche (2011) afirmam que são poucos os serviços de saúde no Brasil que atendem aos pressupostos da PNEPS. Nessa pesquisa o resultado é muito semelhante, quando se atenta aos relatos dos trabalhadores.

A trajetória dos trabalhadores da RAPS e o preparo para o cuidado em saúde mental

Para se estabelecer o preparo dos trabalhadores da RAPS para o cuidado em saúde mental, primeiramente faz-se necessário compreender como esses trabalhadores chegaram à RAPS.

A50: “Durante meu estágio curricular da graduação tive um primeiro contato com Saúde Mental [...] atualmente trabalho como Assistente Social no CAPS II. Posso dizer que me identifico com Saúde Mental e através do meu trabalho procuro diminuir o sofrimento dos usuários e familiares”.

A 18: “fiz o concurso para educação e como não tinha multiprofissionais na área da saúde fui convocada para fazer parte da equipe do CAPS”.

A 25: “tive a oportunidade de encarar o primeiro emprego, trabalhar como Enfermeira no Centro de Atenção Psicossocial [...] um desafio para mim! Digo isso porque Saúde Mental não era uma área de afinidade”.

A 34: “A minha inserção na área da Saúde Mental se deu de forma repentina e não planejada [...] fiz um concurso e após 3 anos fui [...] lotada no Caps III”.

Percebem-se pelas falas apresentadas, dois contrapontos. Aqueles que relatam a vivência de saúde mental na graduação, não expressam grandes dificuldades para a prática profissional. Já, aqueles que entraram de forma não planejada, ou mal planejada, na saúde mental expressam claramente em seus relatos diferentes dificuldades para exercerem suas atividades dentro da RAPS.

A 28 “iniciei minha atuação como Assistente Social na Associação de Pais e Amigos dos excepcionais [...] Meu primeiro vínculo empregatício foi válido como experiência profissional, mas pessoalmente foi de intenso sofrimento, pois não consegui me identificar com o trabalho que realizei”.

Para Paes et al (2013), o fato da rede estar composta por maioria de profissionais com pouca experiência, não implica exclusivamente em aspectos negativos, uma vez que isto permite a introdução de novas indagações, novos saberes e novas intervenções. Todavia, por

outro lado, há um consenso por parte de alguns profissionais, conforme expõe a pesquisa de Silva et al (2013), de que é indispensável um conhecimento teórico prévio sobre saúde mental, para que se possa nortear as práticas na atenção psicossocial. Obviamente, o conhecimento teórico, por si só, não é suficiente para determinar condutas e ações, a experiência advinda de práticas reais no âmbito da saúde mental contribui de forma indescritível para esse objetivo. Nesse contexto, destaca-se a necessidade de os estágios curriculares obrigatórios contemplarem de forma mais abrangente a essência do cuidado em saúde mental.

É inquestionável, que a trajetória profissional pregressa dos trabalhadores tem influência direta no estabelecimento do adequado, ou inadequado, preparo dos profissionais para o cuidado em saúde mental. Percebe-se que aqueles que nunca tiveram contato mais expressivo com a saúde mental, relatam maior dificuldade para se inserir na RAPS. Destaca-se que grande parte das descrições reitera a necessidade de uma experiência prévia, como mecanismo facilitador para atuação na saúde mental.

O mecanismo de entrada dos trabalhadores na RAPS evidencia que grande parte se deu de forma não programada. Boa parte dos sujeitos relata como desafio, permeado de sofrimento, o início da atuação na atenção psicossocial.

Sinaliza-se pelas falas que a maior das dificuldades encontradas pelos trabalhadores se refere ao início da atuação na RAPS, uma vez que não se consideravam preparados suficientemente para tal prática. Fato esse, que mais uma vez demonstra os impactos negativos que a lacuna deixada pela formação acadêmica acarreta aos profissionais. Geram-se, assim, sentimento de frustração, angústia, temor e sofrimento, que podem refletir no cuidado prestado pelo trabalhador ao indivíduo que já está em sofrimento psíquico.

A3: “[sinto] impotência quando chega paciente descompensado [em crise]”.

A17: “trabalhar com saúde mental, é sempre um desafio, visto as dificuldades encontradas, pois, é uma área em que poucos profissionais querem atuar. Tenho encontrado grandes desafios”.

A25: “saúde mental não era uma área de afinidade, o receio imperava e imaginava como conseguiria desenvolver a função do cuidado em um serviço que acreditava não me identificar”.

A36: “pacientes com transtornos mentais graves, que, por vezes, chegam para ser atendidos e me deixam com uma certa insegurança”.

A37: “Os primeiros dias confesso que foram bastante difíceis para mim... Pensei muito em pedir exoneração, chorava todos os dias após retornar do trabalho”.

A60: “A princípio assustou muito é pensei em desistir deste trabalho, e lembro-me da primeira crise de um usuário da qual eu era referência, eu sofri igual a ele”.

Obviamente, ao se estabelecer todas as dificuldades apresentadas, torna-se tácito encontrar relatos de dificuldades tanto de inserção na rede, quanto de articulação entre os profissionais da rede. Pois, como os profissionais poderão atuar na lógica da RAPS sem conhecê-la efetivamente? Cada vez mais se evidencia a necessidade do conhecimento pleno da lógica, com a qual a RAPS se insere no cotidiano da prática laboral, para que os trabalhadores possam estar em harmonia com esta, tornando os sujeitos em sofrimento psíquico protagonistas de seu autocuidado, como forma de reinseri-lo na sociedade.

Na perspectiva da RAPS, os CAPS são considerados componentes especializados que adentram como substitutos ao modelo manicomial. De acordo com Mielke et al (2011), devem abranger o cuidado à família, que se fará coparticipante nesse processo. Desta forma, estes centros oferecem atenção diária às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

Os CAPS são definidos pela Portaria Ministerial n. 336/2002 como serviços de atendimento individual, ou coletivo, através das oficinas terapêuticas que oferecem. Podem ser de diferentes tipos, conforme o número de habitantes do município, a saber: CAPS I, CAPS II, CAPS III. O CAPS I atende a municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; o CAPS II atende a municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, ambos funcionam em dias úteis, em horário comercial das 08 horas às 18 horas. Já o CAPS III, atende a municípios com população superior a 200.000 habitantes e tem atendimento 24 horas por dia, inclusive em finais de semana e feriados (BRASIL, 2013).

Esses modelos substitutivos agregam ao sujeito em sofrimento psíquico um cuidado mais humanizado, pois diferem do modelo manicomial. Neste novo panorama de cuidado em saúde mental, os CAPS servem como dispositivos facilitadores da reinserção destes sujeitos à sociedade, a partir do momento que o tornam protagonista do seu autocuidado. Além disso, a inserção da família nesse processo corrobora para o fortalecimento da rede de apoio a estes

seres em sofrimento, a partir da corresponsabilização do cuidado.

Vieira Filho e Rosa (2010) definem que a clínica em saúde mental é construída e reconstruída através da dinâmica do trabalho em rede, com interação entre ação e reflexão das relações entre trabalhadores e sujeitos em sofrimento psíquico. Logo, é evidente que se não houve preparo adequado ao longo da formação acadêmica, não se dispõe de experiências prévias em saúde mental, e ainda, não há educação permanente. O que se pode esperar é o relatado, pelos sujeitos da pesquisa, como sentimentos de angústia e sofrimento pelo despreparo para atuar frente às crises e urgências em saúde mental.

Considerações finais

Os trabalhadores da RAPS, participantes desta pesquisa, sinalizaram formação acadêmica deficiente na abrangência da saúde mental. Apenas uma minoria afirmou ter vivenciado de forma expressiva a saúde mental ao longo da graduação. Também foi possível perceber que estes sujeitos com experiência pregressa, expressaram pouca ou nenhuma dificuldade para o cuidado em saúde mental. Portanto, consuma-se a ideia da necessidade de repensar os currículos dos cursos de formação em saúde, permeando uma melhor consolidação do conhecimento em saúde mental aos estudantes.

Outro fator que despontou neste trabalho foi o mecanismo de entrada dos profissionais na rede, onde grande parte relatou ter entrado de forma não planejada. Este dado é minimamente curioso, pois ao mesmo tempo em que os relatos confluem para a inserção mal planejada, percebeu-se também, que boa parte foi em busca de formações voltadas à área de saúde mental, através de especializações e/ou educação permanente. Talvez, esse entrar repentino na saúde mental seja colaborativo para instigar a busca por saber, ante ao despreparo implícito pela formação acadêmica.

Entretanto, não se pode desprezar a necessidade do preparo para o cuidado em saúde mental para a adequada atuação, segundo a lógica da RAPS. Preparo este, que deve advir tanto da formação acadêmica ao longo da graduação, quanto através de modalidades de educação permanente em saúde, como prevê a PNEPS. A falta de educação permanente em saúde mental também se mostrou uma evidência nesta pesquisa, onde os relatos apontam para a inexistência ou baixa oferta.

A falta de conhecimentos prévios em saúde mental, por parte dos trabalhadores,

também desvela a dificuldade encontrada no compartilhamento de informações e troca de saberes entre os profissionais. Fator esse que confronta com a PNEPS, a qual prevê que o conhecimento seja horizontalizado, pois deve advir do compartilhamento de saberes nos cotidianos laborais.

Denota-se assim que a adequação à realidade prevista pelos pressupostos da RAPS e da PNEPS, ainda está aquém do ideal. Desta forma, é possível afirmar que o preparo para o cuidado em saúde mental, por parte dos trabalhadores da RAPS, necessita avançar. Esse avançar se fará possível através da valorização da saúde mental nos cursos de graduação. Além disso, torna-se imprescindível que as ambiências, onde a saúde mental é uma realidade, ofereça aos trabalhadores a oportunidade ampla de educação permanente em saúde, possibilitando o compartilhamento de saberes entre os pilares da rede, de forma a potencializar a qualidade do cuidado prestado ao usuário em sofrimento psíquico e sua família.

Referências

- ALMEIDA, A. B. et al. Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 708-714, out. 2014.
- ALVES, H. M. C.; DOURADO, L. B. R.; CORTES, V. N. Q.. A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2965-2975, Out. 2013.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Edições 70, 2011.
- BEZERRA JR, B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CARVALHO, M. N.; FRANCO, T. B. Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de sis e da cidade para desinstitucionalizar. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 863-884, 2015.
- COSTA, N. R.; CORRÊA, S. G. P.; SILVA, P. R. F.. Considerações sobre a acessibilidade nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3.139-3.150, out. 2015.
- MACEDO et al. Práticas em serviço de saúde mental: interface com a satisfação profissional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 4, out/dez, 2013.
- MIELKE, F. B. et al. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 265-276, jul/out, 2011.
- MIRANDA, L.; CAMPOS, R. T. O.. Narrativas de pacientes psicóticos: notas para um suporte metodológico de pesquisa. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 441-456, set. 2010.
- MUYLAERT et al. Narrativas sobre as trajetórias de profissionais de serviços de saúde mental infantojuvenil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 45-59, 2015.
- NÓBREGA, C. B. C. et al. Financiamento do setor saúde: uma retrospectiva recente com uma abordagem para a odontologia. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 15, supl. 1, p. 1763-1772, 2010.
- PAES, L. G. et al. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p. 395-409, maio/ago, 2013.
- PASCHE, D.F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E.A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.11, p.4541-48, 2011.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

RODRIGUES, J.; SANTOS, S. M. A.; SPRICIGO, J. S.. Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental através do discurso docente. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n 3, p. 616-24, jul/set, 2012.

SILVA, D. S. J. R.; DUARTE, L. R. Educação Permanente em Saúde. **Rev Fac Ciênc Med**, Sorocaba, v. 17, n. 2, 2015.

SILVA et al. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 4, out/dez, 2013.

SILVA, Maura, L. B.; DIMENSTEIN, Magda, D. B.. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. **Arq bras psicol**, v. 66, n. 3, Rio de Janeiro, 2014.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCHE, D. A. A.. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 503-519, nov. 2011.

VIEIRA FILHO, Nilson, G.; ROSA, Miriam, D.. Inconsciente e cotidiano na prática da atenção psicossocial em saúde mental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 1, p. 49-55, jan/mar, 2010.

ZEFERINO, M.T.; RODRIGUES, J.; CARTANA, M.H.F. **Crise e Urgência em Saúde Mental: introdução ao curso**/ Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs). – Florianópolis: UFSC, 2014.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de conclusão de curso possibilitou compreender a dimensão da importância do cuidado em saúde mental, e a importância que o processo de formação tem para a inserção no cotidiano do cuidado, sem que haja os sentimentos de insegurança e despreparo.

Desta forma, a partir desta pesquisa pode-se compreender de forma mais abrangente todo o processo de construção do Sistema Único de Saúde, e a importância da participação popular para a criação das políticas públicas que garantam direitos à população, quanto à saúde.

Sobremaneira, foi possível internalizar o quão importante é enfatizar o ensino do cuidado em saúde mental, nos cenários de aprendizagem formal, uma vez que em muitas instituições o ensino ainda se apresenta fragmentado. Tornou-se evidente a conveniência de um cuidado que transcenda o tratamento de sintomas e/ou cura de doenças, um cuidado que permita cuidar do indivíduo como um ser integral, de forma humanizada, como prevê a Política Nacional de Humanização.

Torna-se pertinente reforçar a necessidade emergente da reformulação dos currículos dos cursos da saúde, de forma a tornar a saúde mental, em suas diversas ambiências, uma realidade, e assim, promover um melhor preparo dos discentes para o cuidado em saúde mental. Também é importante que os docentes sejam qualificados ao mesmo tempo em que os sistemas de saúde evoluam, pois são estes os principais responsáveis por perpetuar o conhecimento.

Finalmente, pode-se dizer que os discursos devam aparecer menos e as ações se destacarem mais. É preciso que o cuidado humanizado inicie nos próprios centros de formação, através de um ensino efetivo da arte e da ciência do cuidado em saúde mental. E paralelamente a esse processo, torna-se imprescindível ampliar os horizontes da educação permanente, abarcando ao maior número de profissionais possível, pois somente, assim, poder-se-á retransformar as práticas do cuidado em saúde mental, atendendo aos pressupostos da Rede de Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Edições 70, 2011.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M. I. C. S.; SANTOS, I. Enfermagem em Santa Catarina (1900-2011). In: BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M. I. C. S. **Enfermagem em Santa Catarina: recortes de uma história (1900-2011)**. Florianópolis: Secco, 2011. p. 59-82.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Dispõe Sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 12 de dezembro de 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. 5. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2001.

CARVALHO, M. N.; FRANCO, T. B. Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de sis e da cidade para desinstitucionalizar. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 863-884, 2015.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. **Caderno FNEPAS**, vol 1, 2011.

CORDEIRO, A. M. et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev col bras cir**, v. 34, n. 6, Nov/dez, 2007.

CORREA, J. **Educação à distância: orientações metodológicas**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

KIRCHNER et al. **A Formação em Saúde da Família: uma estratégia na consolidação do SUS/** Fátima Buchele, Elza Berger Salema Coelho (orgs). – Florianópolis: UFSC, 2010.

LINO et al. Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Trabalho e Educação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.115-36, 2009.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; LUCHESE, G. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 26, v. 4, p. 682-692, abr, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORETTI-PIRES, R. O.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o sistema único de saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 4, p. 439-444, 2009.

MUYLAERT et al. Narrativas sobre as trajetórias de profissionais de serviços de saúde mental infantojuvenil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 45-59, 2015.

NÓBREGA, C. B. C. et al. Financiamento do setor saúde: uma retrospectiva recente com uma abordagem para a odontologia. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 15, supl. 1, p. 1763-1772, 2010.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.11, p.4541-48, 2011.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

RODRIGUES, J.; SANTOS, S. M. A.; SPRICIGO, J. S.. Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental através do discurso docente. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n 3, p. 616-24, jul/set, 2012.

ROSA, W.A.G; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.6, p.1027-34, 2005.

ROTHER, Edna, T.. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem**, v. 20, n. 2, abr/jun, 2007.

SILVA, D. S. J. R.; DUARTE, L. R. Educação Permanente em Saúde. **Rev Fac Ciênc Med**, Sorocaba, v. 17, n. 2, 2015

SILVA et al. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 4, out/dez, 2013.

SOUZA, A. V.; KRÜGER, T. R. Participação social no SUS: proposições das conferências sobre o conselho local de saúde. **Rev. Saúde Pública Santa Catarina**, Florianópolis, v. 3, n. 1, jan/jun, 2010.

TAFNER, E.P.; SILVA, E. **Metodologia do Trabalho Acadêmico**. Indaial: UNIASSELVI, 2012.

ZEFERINO, M.T.; RODRIGUES, J.; CARTANA, M.H.F. **Crise e Urgência em Saúde Mental**: introdução ao curso/ Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs). – Florianópolis: UFSC, 2014.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
GRUPO DE ESTUDOS EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DROGAS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - ALUNOS

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido sobre o objetivo, a importância e como será sua realização, no caso de aceitar fazer parte do estudo, clique no ícone “CONCORDO” ao final deste documento. Caso contrário, clique no ícone “NÃO CONCORDO”. Você tem a opção de imprimir este documento para sua posse e guarda.

Esta pesquisa faz parte de um grande (macro) projeto do Grupo de Estudos em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob coordenação da professora pesquisadora Dr^a Maria Terezinha Zeferino, líder do Grupo e da professora Dr^a Maria do Horto Fontoura Cartana, vice-líder do Grupo, ambas docentes do Departamento de Enfermagem da UFSC.

O projeto tem como título: “REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: DISCURSOS E PRÁTICAS” e objetiva analisar a implementação e articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil, na perspectiva de seus trabalhadores.

O recorte específico deste estudo, para o qual você está sendo convidado, tem por objetivos: caracterizar a RAPS no país, na perspectiva dos seus trabalhadores; conhecer como se dá a articulação entre os diversos pontos da Rede de Saúde para o cuidado em saúde mental na perspectiva dos seus trabalhadores; identificar as situações de crise e urgência em saúde mental mais impactantes para os trabalhadores da RAPS; conhecer como as pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental são cuidadas na RAPS, na perspectiva dos seus trabalhadores; identificar estratégias para ampliar a resolutividade da atenção às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental em rede; desvelar a vivência de trabalhadores da RAPS no atendimento à pessoas em situação de crise e urgência; avaliar a satisfação dos alunos com o Curso Crise e Urgência em Saúde Mental e; avaliar a percepção da aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos no Curso Crise e Urgência em Saúde Mental na prática profissional dos estudantes.

A relevância deste estudo está ligada a necessidade de qualificar o cuidado às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental em redes de atenção, uma vez que esta política é recente no país e pouco se sabe sobre a sua real implementação.

Esta pesquisa será de natureza qualitativa e os sujeitos serão os trabalhadores que atuam na RAPS e que participaram deste Curso Crise e Urgência em Saúde Mental. Serão analisados os portfólios construídos ao longo do referido curso e as respostas à enquête proposta. A metodologia escolhida seguirá os seguintes passos: impressão dos portfólios e enquetes dos alunos que concordarem em participar da pesquisa; análise de seus conteúdos de acordo com os objetivos explicitados e divulgação dos resultados em eventos e revistas científicas.

A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais, não implicará em ônus ou danos aos participantes. Porém, não se pode assegurar que não lhe trará nenhum desconforto, dentre os possíveis pode-se citar o de divulgar informações sobre o seu cotidiano de trabalho e das relações interpessoais que nele estão presentes. Os benefícios dessa pesquisa são de contribuir na implementação da RAPS no Brasil no que tange a formação dos trabalhadores e gestores do SUS, bem como, favorecer o cuidado do usuário nos serviços de saúde.

A concordância ou não concordância na participação da pesquisa não interfere na sua avaliação e certificação no Curso. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios de Ética em Pesquisa com Seres Humanos nos termos da Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que somente após a sua permissão é que iremos iniciar a coleta de dados. São assegurados o seu anonimato e a confidencialidade de suas informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Salienta-se, caso você aceite participar, que os dados obtidos serão divulgados apenas com fins científicos, sendo garantido o sigilo absoluto quanto ao nome, identificação dos participantes e local de trabalho.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou quiser desistir do mesmo a qualquer momento, pode entrar em contato pelos telefones (48) 37213424 – 91140656 e pelos emails: terezinha.zeferino@ufsc.br, hortofc@gmail.com sem que haja qualquer prejuízo a você ou à pesquisa e/ou pelo endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Trindade, Florianópolis/Santa Catarina. Brasil. CEP: 88040-900 – CCS - Bloco I – sala 513. Se você desejar informações sobre o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFSC) pode entrar em contato pelo telefone: (48) 3721-9206.

Dra. Maria Terezinha Zeferino (pesquisadora)

Dra. Maria do Horto Fontoura Cartana (pesquisadora)

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Eu, Maria Terezinha Zeferino, CPF: 591.646.119-49, residente no município de Florianópolis/SC, comprometo-me em cumprir todos os preceitos éticos desta pesquisa de acordo com a resolução 466/2012 mencionados neste documento.

Assinatura da pesquisadora: 

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, acima identificado como respondente, com data e hora registrados neste documento, declaro que compreendi o objetivo, a importância e como será realizada a pesquisa: "REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: DISCURSOS E PRÁTICAS", e concordo em participar como sujeito, tendo publicados os dados contidos nos documentos produzidos por mim no Curso Crise e Urgência em Saúde Mental para a pesquisa, desde que sejam respeitados os acordos deste documento.

- () Concordo em participar da pesquisa
 () Não concordo em participar da pesquisa

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: DISCURSOS E PRÁTICAS

Pesquisador: MARIA TEREZINHA ZEFERINO

Área Temática:

Versão:

CAAE: 39378213.4.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 924.432

Data da Relatoria: 07/12/2014

Apresentação do Projeto:

Trata o presente de um projeto de pesquisa sob a responsabilidade de Maria Terezinha Zeferino, professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC, que assina como pesquisadora responsável a folha de rosto em conjunto com a Chefe do Departamento de Enfermagem da mesma instituição.

A pesquisa será exploratória descritiva com abordagem qualitativa, junto a trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) visando verificar o impacto da vivência de ser tutor do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental sobre o cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a implementação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil para a atenção as situações de crise e urgência em saúde mental, na perspectiva de seus trabalhadores.

Objetivo Secundário:

a. Caracterizar os trabalhadores da RAPS que participaram do Curso Crise e Urgência em Saúde

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 904.432

Mental;

- b. Identificar as situações de crise e urgência em saúde mental mais impactantes para os trabalhadores da RAPS;
- c. Conhecer como as pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental são cuidadas na RAPS, na perspectiva dos seus trabalhadores;
- d. Caracterizar a RAPS através da perspectiva dos seus trabalhadores;
- e. Conhecer como se dá a articulação entre os diversos pontos da RAPS para a atenção às situações de crise e urgência em saúde mental;
- f. Identificar estratégias para ampliar a resolutividade do cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental;
- g. Desvelar a vivência dos trabalhadores da RAPS no atendimento às pessoas em situação de crise e urgência e saúde mental;
- h. Avaliar a satisfação dos alunos com o Curso Crise e Urgência em Saúde Mental;
- i. Avaliar a percepção da aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos no Curso Crise e Urgência em Saúde Mental na prática profissional dos alunos;
- j. Verificar o impacto da vivência de ser tutor do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental sobre o cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o que foi literalmente citado no projeto:

Riscos:

A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais, não implicará em ônus ou danos aos participantes. Porém, não se pode assegurar que não lhe trará nenhum desconforto, dentre os possíveis pode-se citar o de divulgar informações sobre o seu cotidiano de trabalho e das relações interpessoais que nele estão presentes.

Benefícios:

Os benefícios dessa pesquisa são de contribuir na implementação da RAPS no Brasil no que tange a formação dos trabalhadores e gestores do SUS, bem como, favorecer o cuidado do usuário nos serviços de saúde.*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações adicionais sobre a pesquisa estão devidamente descritas nos campos do presente Parecer e nos documentos submetidos do processo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 924.432

Constam na Plataforma os documentos solicitados para a submissão do projeto:

- 1) Folha de rosto devidamente assinada;
- 2) Formulário Projeto da Pesquisa - PB;
- 3) Projeto de Pesquisa estruturado na íntegra;
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e
- 5) Declaração de concordância expedida pela instituição

Recomendações:

Incluir no TCLE que o documento será assinado em duas vias de igual conteúdo

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi apresentado, sou de parecer favorável à aprovação deste processo

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 20 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PARECER FINAL DO ORIENTADOR

Declaro que o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) realizado pelo acadêmico Jean Carlos Müller da Silva Bizarro, intitulado "Trajetória dos Profissionais da Rede de Atenção Psicossocial: da formação à educação permanente", foi aprovado na banca examinadora realizada em 15 de junho de 2016.

Durante a realização do TCC, houve responsabilidade com rigor científico e ético, desde a elaboração do projeto até a finalização do trabalho. Trata-se de um estudo descritivo, com análise qualitativa de dados, que teve como objetivo conhecer a trajetória dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no contexto da formação e da educação permanente, para o cuidado às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental.

Este estudo traz contribuições importantes para a área da enfermagem e da saúde, em especial no campo da saúde mental, ao descrever a trajetória acadêmica dos profissionais da RAPS, o contexto da inserção destes profissionais no cuidado às situações de crise e urgência em saúde mental, bem como o preparo destes profissionais para este cuidado. E ainda, as diferentes formas de compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais no contexto da educação permanente.

Cabe ainda ressaltar que o acadêmico teve sensibilidade para expor a temática, demonstrando habilidade, criatividade, iniciativa, organização, compromisso e competência para desenvolvê-la, o que repercutiu na qualidade do estudo ora apresentado.

Florianópolis, 19 de julho de 2016

Assinatura manuscrita em tinta azul, legível como "Maria Terezinha Zeferino".

Prof^ª Dra. Maria Terezinha Zeferino
Orientadora