

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

Jossane Candeira Spíndola Linhares

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL VOLTADA AO CUIDADO DE POPULAÇÕES
VULNERÁVEIS: percepções acerca da Educação Permanente em Saúde

Porto Alegre
2023

Jossane Candeira Spíndola Linhares

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL VOLTADA AO CUIDADO DE POPULAÇÕES

VULNERÁVEIS: percepções acerca da Educação Permanente em Saúde

Dissertação de Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Aline Winter Sudbrack

Coorientadora: Profa. Dra. Luiza Maria de Oliveira Braga Silveira

Porto Alegre

2023

Catálogo na Publicação

Linhares, Jossane Candeira Spíndola

A formação profissional voltada ao cuidado de populações vulneráveis : percepções acerca da Educação Permanente em Saúde / Jossane Candeira Spíndola Linhares.

-- 2023.

81 p. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, 2023.

Orientador(a): Aline Winter Sudbrack ;
coorientador(a): Luiza Maria de Oliveira Braga Silveira.

1. Formação Profissional. 2. Educação Permanente. 3. Vulnerabilidade em Saúde. 4. Saúde Mental. I. Título.

Jossane Candeira Spíndola Linhares

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL VOLTADA AO CUIDADO DE POPULAÇÕES

VULNERÁVEIS: percepções acerca da Educação Permanente em Saúde

Dissertação de Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Andrea Wander Bonamigo
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Profa. Dra. Juliana Lopes de Macedo
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Profa. Dra. Luzia Fernandes Milão
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Porto Alegre

2023

*Ao meu filho Vinícius, que me acompanhou desde os primeiros dias do mestrado
(ainda no meu ventre) e caminhou comigo até aqui. Desejo que você cresça
reconhecendo as singularidades do mundo e sabendo o valor que cada uma tem.*

AGRADECIMENTOS

Não posso deixar de agradecer aos que caminharam ao meu lado durante este tão curto e, ao mesmo tempo, longo percurso do mestrado, no qual existiram tantos atravessamentos que eu não poderia sequer sonhar quando escrevi e submeti apressadamente - em sete dias - aquele pré-projeto. De início agradeço ao Pai, ou melhor dizendo, à Mãe Celeste, que tal qual uma amável mãe sempre me guiou pelos caminhos e segue me mostrando, em toda sua grandiosidade, que devo, sim, continuar confiando no que me faz sentido. Agradeço também aos meus pais e irmã, pelo amor e dedicação incondicionais que sempre tiveram por mim e, agora, pelo nosso pequeno Vinícius. O sentimento de gratidão faz-se imensamente presentes quando penso em meu esposo, Léo, e em nosso filhote, Vini. Não tenho como expressar o quão sou grata por ter vocês em minha vida e o quão importantes vocês foram nesse tempo de estudo, pesquisa e escrita em meio a tantos percalços. Obrigada às minhas amigas-irmãs – Priscilla, Mônica, Gizelly, Aline, Karina, Mônica e Dayana – por compartilharem suas vidas comigo e serem Porto em todas as vezes que eu precisei me ancorar. Agradeço também às professoras do PPGEnSau da UFCSPA que souberam exercer tão bem a função de educadoras – mais que ensinar, vocês acolhem e caminham conosco – friso aqui os nomes da minha orientadora, Aline Sudbrack, e das professoras Helena Hubert e Cleidilene Magalhães. Por fim, agradeço à Mharianni Ciarlini, que mais que uma professora, hoje é uma amiga e talvez não saiba o papel importantíssimo que tem em minha vida desde o final do ano de 2021.

RESUMO

Este é um estudo das percepções acerca da Educação Permanente em Saúde na formação de profissionais que atuam diretamente com populações em situação de vulnerabilidades, com ênfase no cuidado às pessoas com demandas de saúde mental. Apesar da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde ter sido implementada há mais de quinze anos, a sua prática ainda é escassa em muitos serviços, além de ser pouco compreendida em sua abrangência. Considerando isso, discorreu-se sobre a proposta de produzir uma práxis mais comprometida e consistente, realizando também uma discussão acerca das repercussões que os processos de EPS podem gerar na atenção em saúde de pessoas em vulnerabilidade. Realizamos um estudo de caráter qualitativo a partir de uma pesquisa de campo efetivada de forma integralmente virtual. As participantes foram cinco profissionais de nível superior que atuam em Centros de Atenção Psicossociais e os instrumentos utilizados foram um questionário estruturado, uma entrevista semiestruturada e um diário de campo. Os dados foram avaliados a partir da vertente Temática de Análise de Conteúdo de Bardin. A pesquisa mostrou que os processos de EPS nos CAPS têm evoluído e caminhado de forma mais coesa com o que propõe a PNEPS, realizando formações voltadas às competências para atuar nos variados contextos de vulnerabilidade, considerando as necessidades e potencialidades dos processos de trabalho em saúde e efetuando capacitações mediadas pelos próprios profissionais e residentes. Contudo, evidenciaram-se duas questões que precisam ser tratadas com mais atenção: 1) a EPS segue sendo, muitas vezes, confundida com a educação continuada; e 2) usuários e comunidade geral não têm participado dos processos de EPS. A partir desta pesquisa foram elaborados dois produtos técnicos educacionais com o objetivo de introduzir reflexões e aprofundar conhecimentos que contribuam para uma prática profissional cotidiana condizente com as reais necessidades dos usuários dos serviços públicos: 1) um curso on-line de ensino de curta duração e; 2) um e-book interativo; ambos acerca da temática do cuidado às pessoas em situação de vulnerabilidade.

Palavras-chave: Formação Profissional; Educação Permanente; Vulnerabilidade em Saúde; Saúde Mental.

ABSTRACT

This is a study of perceptions regarding Permanent Health Education in the training of professionals who work directly with populations in vulnerable situations, with an emphasis on caring for individuals with mental health needs. Despite the National Policy of Permanent Health Education having been implemented for over fifteen years, its practice is still scarce in many services and poorly understood in its scope. Considering this, we discussed the proposal to produce a more committed and consistent praxis, also discussing the repercussions that Permanent Health Education processes can have on the health care of vulnerable populations. We conducted a qualitative study based on field research carried out entirely virtually. The participants were five higher education professionals working in Psychosocial Care Centers, and the instruments used were a structured questionnaire, a semi-structured interview, and a field diary. Data were evaluated using Bardin's Thematic Content Analysis approach. The research showed that Permanent Health Education processes in Psychosocial Care Centers have evolved in a more coherent manner with the National Policy of Permanent Health Education, providing training focused on competencies to work in various vulnerability contexts, considering the needs and potentialities of health work processes, and conducting training mediated by professionals and residents themselves. However, two issues that need more attention were highlighted: 1) Permanent Health Education is often still confused with continuing education, and 2) users and the general community have not participated in Permanent Health Education processes. Based on this research, two technical educational products were developed with the aim of introducing reflections and deepening knowledge that contribute to a daily professional practice in line with the real needs of public service users: 1) a short-duration online course and 2) an interactive e-book, both addressing the theme of caring for people in vulnerable situations.

Keywords: Professional Training; Permanent Education; Vulnerability in Health; Mental health.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
EPS	Educação Permanente em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PTS	Plano Terapêutico Singular
RCLE	Registro de Consentimento Livre e Esclarecido
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS E IMAGENS

Quadro 1 – Categorias e subcategorias de análise	32
Quadro 2 – Resumo do perfil das participantes.....	34
Figura 1 – Trecho da sala na plataforma Moodle	56
Quadro 3 – Cronograma do curso.....	57
Figura 2 – Trechos do formulário de avaliação do curso	58
Figura 3 – Capa do e-book.....	59
Figura 4 – Trechos do formulário de avaliação do curso	60
Figura 5 – Termo de Autorização que foi apresentado aos gestores	71
Figura 6 – RCLE que foi apresentado aos participantes.....	74
Figura 7 – Questionário respondido pelas participantes	76

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: VISLUMBRANDO UM DESTINO.....	11
2 REFERENCIALTEÓRICO: DE ONDE PARTIMOS	15
2.1 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	15
2.2 Vulnerabilidade e os dispositivos de Saúde Pública.....	18
2.3 CAPS e vulnerabilidade: o cuidado em saúde mental	22
3 METODOLOGIA: TRAÇANDO A ROTA	26
3.1 Delineamento da pesquisa	26
3.2 Riscos e procedimentos éticos	26
3.3 Participantes e procedimentos prévios à coleta de dados	27
3.4 Procedimentos de coleta de dados	30
3.5 Procedimentos de análise de dados	30
4 DISCUSSÕES E RESULTADOS: EXPLORANDO LUGARES	32
4.1 Discussão das categorias encontras	33
4.1.1. Itinerário formativo	34
4.1.1.1. Graduação, Cursos e outras experiências de trabalho	34
4.1.1.2. Vivências na graduação direcionadas à prática na Saúde Mental	36
4.1.1.3. Vivências práticas em formação	37
4.1.2. Atuação no CAPS enquanto fazer prático especializado.....	39
4.1.2.1. Dissimetria entre teoria e prática.....	39
4.1.2.2. Organização dos processos de trabalho.....	40
4.1.2.3. Vulnerabilidade e riscos aos profissionais	41
4.1.2.4. Principais dificuldades e desafios no trabalho	42
4.1.3. Educação Permanente em Saúde	44
4.1.3.1. Percepções sobre as vivências de EPS.....	45
4.1.3.2. Expectativas e melhoramentos.....	47
4.1.4. O cuidado de pessoas em vulnerabilidade.....	48
4.1.4.1. Vivências formativas direcionadas à prática	48
4.1.4.2. Entendimento acerca do conceito de vulnerabilidade	49
4.1.5. Usuários dos CAPS.....	51
4.1.5.1. Principais vulnerabilidades	51
4.1.5.2. Protagonismo e autonomia.....	52

4.2 Produtos técnicos educacionais do mestrado	54
4.2.1. Curso on-line.....	55
4.2.2. E-book interativo	59
5 CONSIDERAÇÕES: INDO ALÉM.....	61
6 REFERÊNCIAS	63
7 APÊNDICES.....	69
Apêndice A – Termo de Anuência.....	69
Apêndice B – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido	71
Apêndice C – Questionário Estruturado.....	74
Apêndice D – Entrevista Semiestruturada.....	76

1. VISLUMBRANDO UM DESTINO

A vida é feita de caminhos. Uns longos, outros curtos; uns simples, outros complexos; uns bonitos, outros nem tanto. Os caminhos da vida são uma sequência, quase infindável, de possibilidades. Quando escolhemos um caminho, costumamos ter uma ideia base do que vamos nos deparar no seu percurso e do que vamos encontrar no seu destino. Mas é apenas uma ideia, afinal, no caminhar vamos descobrindo novas possibilidades e, cada possibilidade eleita, engravida novos caminhos, gera novas possibilidades. É um ciclo contínuo de escolhas, questionamentos, reorientações e aprendizagens. Com esta pesquisa também aconteceu assim.

Entre tantas possibilidades, escolhemos estudar sobre *educação* e sobre *vulnerabilidade*. Dois campos que percebemos serem, muitas vezes, negligenciados. Essas escolhas nos fizeram percorrer caminhos também da formação profissional, da saúde, das relações de poder, das tutelas exercidas nos espaços de cuidado. Duas escolhas iniciais gestaram outras, que levaram a outras. Que criaram o caminho que percorremos e agora expomos de forma sucinta, porém fidedigna; forma que acreditamos ser a melhor para apresentar esta pesquisa.

Tradicionalmente a educação é uma área associada à juventude e aos espaços formais de ensino, como escolas e universidades. No entanto, o processo de aprendizagem faz parte de todo o percurso de vida e, cada vez mais, percebemos a necessidade de atualização dos conhecimentos também nos ambientes de trabalho. A rápida obsolescência das informações tem exigido dos profissionais a busca constante por cursos e outras formas de capacitações. A educação passa assim, a fazer parte também do contexto laboral, na busca por romper com a clássica dicotomia entre teoria e prática. Contudo, é notável a dificuldade dos serviços em internalizarem metodologias educacionais no seu cotidiano.

Entendendo a necessidade de mudanças nesse cenário, na década de 1980, fortificou-se a discussão do tema da Educação Permanente em Saúde (EPS), trazendo uma proposta desafiadora: produzir uma práxis mais comprometida e consistente. A Organização Panamericana da Saúde (OPAS) foi uma das principais instituições nesse movimento. Buscando aprimorar a formação dos profissionais de saúde, liderou inúmeros processos de elaboração de estratégias em EPS (GADELHA, 2016) e abriu caminhos para discussões indispensáveis.

Em diversas conferências de saúde nacionais e internacionais, discutia-se, principalmente, acerca da necessidade de atualização permanente dos recursos humanos e sobre como traçar estratégias capazes de melhorar a qualidade dos serviços ofertados na saúde. Dentre os principais encontros, destaca-se a Conferência Sanitária Panamericana da década de 1980, que teve como objetivos: 1) definir as funções dos profissionais de saúde de forma mais acertada; 2) propor a formação dos profissionais e uma educação continuada mais eficiente e; 3) incluir os trabalhadores na organização e gestão dos serviços (GADELHA, 2016).

Outro marco histórico de importância fundamental para a implantação da PNEPS foi a outorga da Constituição Federal de 1988, que cria o sistema único de saúde (posteriormente regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90) e, em seu artigo 200, atribui a este o papel de coordenar a formação dos recursos humanos e fomentar o desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde, além de outras atribuições (BRASIL, 1988). Tais competências estão diretamente relacionadas à necessidade de elaborar uma política nacional capaz de efetivar um elo entre o ensino e o serviço de saúde.

Com a continuidade da pauta, tornou-se urgente o aprimoramento da gestão organizacional e a elaboração de formações mais contextualizadas, integrando conhecimento e atuação. Porém, somente no final da década de 1990, começaram a ser construídas políticas específicas nesse âmbito (GADELHA, 2016), resultando na implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em meados dos anos 2000, com as portarias GM/MS nº 198, de 2004 e GM/MS 1.996, de 2007 (BRASIL, 2018). Mais adiante será apresentada como a PNEPS se constituiu e suas principais propostas e diretrizes.

Apesar desses e outros avanços, ainda hoje, ao observarmos as matrizes curriculares dos cursos de graduação e de formações complementares e considerarmos estudos anteriores sobre o tema, é possível perceber que, de modo geral, os profissionais não contam com uma base teórica e/ou prática ao longo do seu processo formativo que lhes instrumentalize para atuar nos variados contextos de vulnerabilidade (TRINDADE et al, 2015; GADELHA, 2016).

É perceptível a preocupação das instituições de ensino em formar profissionais aptos a lidar com diversas tecnologias, os trabalhadores estão cada dia mais especializados, porém esses tipos de especializações, de modo geral, baseiam-se principalmente no repasse de conhecimentos (CECCIM, 2005). Apenas uma minoria

dos trabalhadores apresenta competências para lidar de forma satisfatória com a subjetividade dos usuários (TRINDADE et al, 2015; GADELHA, 2016).

Assim, entendemos que a vida acadêmica e profissional também é perpassada por uma numerosa sequência de caminhos e escolhas que vão se reorientando conforme as percorremos. Os anos passam, as disciplinas nos apresentam novos caminhos, alguns que fantasiávamos de forma bem diversa da realidade, ou sequer sabíamos que existiam. No percurso, o estudante experiencia possibilidades, se afasta de umas, se aproxima de outras.

Assim como o de muitos colegas de profissão, meu percurso na Psicologia foi bastante diversificado e, consideravelmente, diferente do imaginado quando ingressei na graduação. Ainda como acadêmica, tive o privilégio de vivenciar experiências que contribuíram para meu aprimoramento crítico diante dos desafios da profissão as quais me fizeram mudar da perspectiva de uma psicologia tradicionalmente elitizada para a compreensão da importância da clínica ampliada, social e integrativa.

Desse modo, o caminho pelo qual o profissional da saúde traça a sua carreira depende de inúmeras variáveis, que começam a tomar forma na graduação, porém são (re)modeladas durante anos, e até décadas. Cursos de extensão, formações e pós-graduações são vivenciados conforme os profissionais se sentem convocados a aprofundarem seus conhecimentos acerca de determinados temas. Contudo, ao longo dessas especializações há algo que, de modo geral, continua sendo insuficiente: a práxis. Predominantemente, os cursos têm enfoque sobre a teoria, em detrimento do fazer prático, contribuindo para que os profissionais, principalmente os menos experientes, sigam sem uma visão integralizadora do ser humano.

Assim, torna-se indispensável o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde, buscando instrumentalizar acadêmicos e profissionais para uma prática cotidiana condizente com as reais necessidades dos usuários dos serviços públicos, sobretudo, quando nos referimos às questões de vulnerabilidades. Nesse sentido, a EPS vai além da educação continuada. Ela se refere à aprendizagem no trabalho, de modo que o ensinar e o aprender se inserem no dia a dia do trabalhador, integrando a rotina dos serviços. Em um contexto ideal, as práticas passam a ser alicerçadas em evidências científicas e as trocas de saber se tornam frequentes entre profissionais, residentes, internos e estagiários.

Entretanto, apesar da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde ter sido implementada há mais de quinze anos, a sua prática ainda é escassa em

muitas instituições de saúde. Pouco se discute sobre o assunto e muitos gestores nem mesmo compreendem quais são suas responsabilidades na execução da política (BRASIL, 2009; BRASIL, 2018; SILVA e SCHERER, 2020). Logo, a PNPE permanece ignorada por grande parte dos profissionais de saúde, que seguem entendendo-a como a realização de formações pontuais e descontextualizadas.

É fato que muitas mudanças ocorreram na formação e atenção à saúde, principalmente nas últimas décadas. Apesar deste avanço, ainda há muito o que melhorar em busca de um cuidado realmente adequado às pessoas em situação de vulnerabilidades (TRINDADE et al, 2015). Assim, este estudo visou conhecer como ocorrem os processos de EPS em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em algumas cidades da região Nordeste do Brasil e avaliar como esses processos educativos repercutem e são percebidos pelos profissionais que deles participam.

A intenção foi também compreender de que forma os conteúdos abordados englobam questões sobre vulnerabilidade e a atuação cotidiana dos trabalhadores junto aos usuários, além de investigar acerca dos itinerários formativos dos profissionais. Como objetivo final, elaboramos e propusemos estratégias para a promoção da educação permanente nos dispositivos de saúde por meio de dois produtos técnicos educacionais: 1) um curso gratuito de ensino de curta duração realizado em modalidade de Educação à Distância no período de dezembro de 2022 a janeiro de 2023 aberto a acadêmicos e profissionais da saúde; 2) um manual sobre o cuidado em saúde de pessoas em situação de vulnerabilidades em formato de e-book interativo.

Desse modo, a relevância da pesquisa justifica-se na evidente necessidade de mudança nas práticas dos profissionais nesse cenário, ainda hoje ocorrendo majoritariamente de forma tradicional, fundamentadas no modelo hegemônico, focado no indivíduo e na doença, em detrimento do cuidado dirigido ao contexto integral da vida dos usuários. Com este estudo caminhamos em busca de inspirar ações que ultrapassem o simples fazer, abordando usuários e famílias de modo a produzir sentido e proporcionar as mudanças necessárias para a melhor adesão às terapêuticas pactuadas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO: DE ONDE PARTIMOS

Discutir sobre a formação dos profissionais de saúde que atuam diretamente com pessoas em situação de vulnerabilidades implica ponderar sobre a educação que eles vivenciam ao longo de suas carreiras e como esses processos de ensino-aprendizagem os afetam. É imprescindível também investigar sobre quem são esses profissionais, quais são suas experiências e significados dos empregos que têm, além de buscar entender por onde perpassam suas escolhas para chegarem aos serviços de saúde mental e como lidam com o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico.

A representação do trabalho que exercem, bem como o conhecimento e as crenças¹ acerca das vulnerabilidades, especialmente a social, e das queixas de saúde mental dos usuários, interferem de forma expressiva nos serviços que prestam e, conseqüentemente, no tratamento de quem assistem (SANTOS, PESSOA JUNIOR E MIRANDA, 2018). Desse modo, compreender os processos de Educação Permanente em Saúde os quais esses profissionais experienciam, é de suma importância para a garantia do bom funcionamento dos serviços públicos brasileiros, e para o adequado seguimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2018).

Considerando isso, a seguir serão apresentados três temas essenciais para compreendermos os atravessamentos entre a EPS e a formação profissional voltada ao cuidado de populações vulneráveis. São eles: 1) a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; 2) a vulnerabilidade e os dispositivos de saúde pública; e 3) CAPS e vulnerabilidades: o cuidado em saúde mental.

2.1. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Para que se tornasse viável instituir a PNEPS no ano de 2004, foram necessários vários movimentos anteriores, que se iniciaram ainda na década de 1970, quando o foco das discussões se situava em questões quantitativas, uma vez que os recursos humanos na área eram muito escassos (GADELHA, 2016). Essas discussões, gradualmente, foram se aprofundando, mas também se ampliando, agregando outros temas relevantes e passando a dialogar não somente sobre

¹ Segundo Moscovici, as representações sociais são construídas a partir da interação sujeito e sociedade, as quais o primeiro elabora objetivando compreender e interagir com o mundo. Assim, torna-se necessário, considerar o contexto e entender o seu caráter dinâmico de constante (re)construção.

questões de ordem quantitativa, mas também sobre a qualidade da formação dos profissionais de saúde e suas competências para assistir os diferentes públicos, considerando suas singularidades.

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, em 2003, foi de suma importância para a efetivação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A partir dela foram realizadas iniciativas para a reorientação da formação profissional, a valorização das abordagens integrativas e o reconhecimento dos processos de saúde-doença de forma contextualizada, bem como a integração entre ensino, serviço e comunidade, permitindo uma maior qualificação das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2018).

Assim, no ano seguinte foi possível a institucionalização da PNEPS, que se configura como uma estratégia político-pedagógica elaborada para tratar de questões relacionadas às necessidades e potencialidades dos processos de trabalho em saúde (SILVA e SCHERER, 2020). Ela é fundamentada em uma aprendizagem significativa, que preza pelo envolvimento de todos os atores (gestores, trabalhadores e comunidade) em seu contexto de atuação. Além disso, a Portaria GM/MS nº 198 de 2004 frisa a importância de romper com a lógica de verticalização e passar a compreender os espaços como uma rede horizontalizada de serviços, composta por variados serviços que vão desde a atenção primária até os hospitais especializados.

A portaria ainda afirma:

A grande expectativa é a instituição de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação técnica), os órgãos de controle social em saúde (movimentos sociais e educação popular) e as ações e os serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas); assim como a ruptura com a lógica da compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais; o compromisso dos gestores com a formação e o compromisso dos formadores com o sistema de saúde; a produção e disseminação de conhecimento por relevância e compromisso (BRASIL, 2004, p. 8-9).

Portanto, a política engloba uma complexa estrutura pedagógica de possibilidades a serem estudadas e aprimoradas acerca de todo processo de trabalho dentro das políticas públicas de saúde. Contudo, muitos trabalhadores ainda não compreendem como é organizada a Educação Permanente em Saúde, assim como muitos gestores dos serviços acreditam que esse processo é estruturado unicamente a partir das necessidades de cada dispositivo (SILVA e SCHERER, 2020). No entanto, a PNEPS preconiza que as estratégias devem ser elaboradas considerando as especificidades de cada região de saúde, sendo conduzidas pelos Colegiados de

Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço.

Dessa forma, a PNEPS busca ser uma política descentralizada e atuante nas três esferas governamentais de gestão – federal, estadual e municipal – porém, sempre articulada e considerando “a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde” (BRASIL, 2009, p. 8). Logo, sendo contrária a formações fragmentadas, a Educação Permanente em Saúde conta com diversos caminhos para ser executada, desde que estes dialoguem com as necessidades cotidianas dos dispositivos.

A estratégia pode ocorrer por meio da Educação em Serviço, da Educação Continuada ou da Educação Formal de Profissionais (CECCIM, 2005; BRASIL, 2009), acontecendo de forma presencial ou remota. Entretanto, é importante salientar que ela não deve ser confundida com capacitações descontextualizadas: “embora toda capacitação vise à melhoria do desempenho do pessoal, nem todas estas ações representam parte substantiva de uma estratégia de mudança institucional, orientação essencial nos processos de educação permanente” (BRASIL, 2009, p. 40).

O objetivo é transformar a rede pública de saúde em uma rede de ensino-aprendizagem em serviço, na qual os processos de trabalho e educação se retroalimentam cotidianamente e, mais do que saber-fazer, é indispensável a implicação ético-política sobre este fazer. Segundo Ceccim (2005), a educação permanente vai além da busca por conhecimentos atualizados, ela traça caminhos que abrangem a construção de relações e processos variados, indo do domínio micro (como as pequenas equipes de base), ao macro (envolvendo as parcerias intersetoriais), sem descuidar nem mesmo das práticas organizacionais dos dispositivos de saúde.

Nesse sentido, para que a EPS consiga ser uma prática genuinamente transformadora, é necessário o envolvimento de instituições acadêmicas, profissionais e gestores da saúde, responsáveis políticos e comunidade. Tal empenho tem como finalidade a melhoria na prestação dos serviços, incluindo acesso, qualidade e humanização (BRASIL, 2018).

Assim, efetivar a educação permanente requer também flexibilização e ajustamentos dos serviços, de modo que esses sejam capazes de se adequar às demandas dos usuários, considerando as singularidades de cada grupo. Na dimensão

do ordenamento dos serviços, por exemplo, é preciso que se abram espaços de diálogo entre gestores, profissionais e usuários, convocando-os a interlocuções críticas, a tomadas de decisões em conjunto e a experimentações cotidianas (CECCIM, 2005; GADELHA, 2016).

Logo, a EPS é também uma estratégia que visa criar e fortalecer os vínculos entre profissionais e usuários, trabalhando em prol do desenvolvimento de uma consciência crítica de todos os envolvidos para que se reconheçam enquanto atores sociais. Para que seja possível atingir os objetivos da PNEPS, ainda existem muitos desafios a superar, como implementar efetivamente a política e estabelecer estratégias de atualização (BRASIL, 2018).

Sabendo que a Educação Permanente em Saúde busca reorganizar o trabalho em saúde, tornando-o mais humanizado e objetivando o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços, movamos o foco desta discussão para o propósito-fim dessa estratégia: promover a autonomia dos sujeitos – profissionais e usuários. Para promover autonomia, é necessário compreender quem é e quais são as singularidades do público assistido, desse modo, lembramos que grande parte dos usuários dos dispositivos de atenção primária e secundária do SUS está entre as populações mais vulneráveis e tal realidade não deve ser negligenciada. Mas do que se trata a vulnerabilidade?

2.2. Vulnerabilidade e os Dispositivos de Saúde Pública

Nesta pesquisa discutimos acerca da vulnerabilidade a partir da perspectiva da saúde, mais especificamente da saúde mental, contudo a maior parte dos estudos acerca desse conceito são da área da assistência social (CARMO E GUIZARDI, 2018; SCOTT *et al.*, 2018; MOREIRA, 2020) e, assim, trazem o enfoque social da vulnerabilidade. O termo vulnerabilidade frequentemente é confundido com “risco”, uma vez que a discussão sobre o assunto, no âmbito da saúde, ainda é escassa (AYRES *et al.*, 2008).

O conceito originou-se na área dos Direitos Universais, e na saúde ganhou força a partir dos encontros e discussões acerca dos Direitos Humanos e a epidemia da síndrome de imunodeficiência adquirida – AIDS:

Ele pode ser resumido justamente como esse movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. (AYRES *et al.*, 2008, p. 123)

Desse modo, a vulnerabilidade em saúde relaciona-se com diversos fatores, como socioeconômicos, culturais, individuais e coletivos, de modo que ao reduzirmos o termo a “risco em saúde”, minimizamos sua complexidade. Ao contrário, quando entendemos que não se trata de um conceito absoluto, e ampliamos nosso olhar, podemos adotar atitudes que nos auxiliam a compreender os comportamentos dos sujeitos diante das situações que se apresentam no ciclo da vida (TRINDADE *et al.*, 2015).

Buscando uma melhor compreensão do tema, cabe pontuar as definições de cada termo. De acordo com o Dicionário Aurélio (2010), a palavra *vulnerável* refere-se ao “lado fraco de um assunto ou questão, ou do ponto pelo qual alguém pode ser atacado ou ferido”, enquanto *risco* diz respeito a “perigo ou possibilidade de perigo”. Outro termo também relevante nesta discussão é *pobreza*, que diz da “falta do necessário à vida; penúria, escassez”.

Os três termos estão intimamente relacionados, o que, muitas vezes, faz com que sejam confundidos ou usados como sinônimos entre si. Moreira (2020), enfatiza a frequente inconsistência teórica acerca do conceito vulnerabilidade, sendo percebido, inclusive, em documentos oficiais do governo. Em consonância, Carmo e Guizardi (2018) afirmam que a produção acadêmica sobre os conceitos de vulnerabilidade ainda é bastante escassa, necessitando de um maior aprofundamento dos estudos na área da saúde e da assistência social. As autoras trazem ainda que etimologicamente, o termo vulnerabilidade provém do latim *vulnerare* e *bilis*, que significam, respectivamente, lesar/prejudicar e suscetível. Assim, vulnerabilidade é qualidade do que está suscetível ao prejuízo, este podendo se dar de inúmeras formas e envolvendo diversos âmbitos.

Portanto, a vulnerabilidade é condição inerente ao ser humano, uma vez que todos somos passíveis de sofrermos algum tipo de prejuízo no decorrer da vida. Porém, nesta pesquisa usamos o termo compreendendo um conceito amplo, direcionado aos sujeitos que se encontram em constante situação de vulnerabilidade,

uma vez que apresentam mais dificuldades na mobilidade social e que têm sua cidadania fragilizada em decorrência dos inúmeros atravessamentos cotidianos.

Assim, a vulnerabilidade conceituada aqui é multidimensional, variável e se mostra em diferentes níveis (DIMENSTEIN, 2017; TONIN e BARBOSA, 2018). Ela está presente na vida de pessoas carentes – de informação, bens e políticas – que enfrentam a inacessibilidade a direitos fundamentais, como saúde, educação, moradia digna, alimentação e lazer, dentre outros. Estas pessoas encontram-se em situação de exclusão social, exposição à violência e fragilização de laços, que interferem diretamente no seu modo de pertença e posicionamento na sociedade, consequentemente influenciando em seus vínculos com os serviços de saúde.

Essa realidade é facilmente percebida no dia a dia de pessoas em sofrimento psíquico, que, mesmo depois da reforma psiquiátrica, seguem bastante excluídas do convívio social e com dificuldade para atingirem uma qualidade de vida adequada, uma vez que fogem ao padrão de “normalidade” preconizado (TONIN e BARBOSA, 2018). É importante frisar que a exclusão desses sujeitos é exercida tanto pela sociedade geral, quanto pelos próprios profissionais que os acompanham, mas ainda continuam encarando-os como incapazes. O rótulo do “incapaz” e a lógica manicomial é mais um exemplo da vulnerabilidade que esses sujeitos, particularmente, vivenciam.

Dessa forma, compreender a dimensão ampla e transversal do que é ser uma pessoa vulnerável contribui para a qualificação do cuidado em saúde e para a efetivação da equidade. Outros dois pontos fundamentais para discutir quando buscamos efetuar um adequado atendimento de populações vulnerabilizadas em dispositivos de saúde são as relações de poder e a tutela exercida sobre esses sujeitos.

Acerca do assunto, Merhy (2004) levanta uma discussão sobre o que ele nomeia de micropolítica dos encontros, compreendida como os processos relacionais que ocorrem sempre que há a reunião de sujeitos, sejam individuais ou coletivos. Nela, existirá relações de exclusão, dominação e outras formas de eliminação e fugas que vão se (re)configurando ao mesmo passo que vão acontecendo, em um processo dinâmico.

Contudo, o autor, em seus estudos sobre sujeito-cuidador/sujeito-cuidado, percebeu também outras formas de relações na micropolítica dos encontros, às quais denominou encontros autopoieticos. Esses, acontecem dinamicamente em conjunto com os processos de interdição e se referem a movimentos vivos produtores de vida.

Concomitantemente, Merhy (2004) discute diversas possibilidades de tutela, entre elas, destacamos neste trabalho a tutela que libera, autonomiza os sujeitos. Há, entretanto, um limiar muito tênue entre a tutela autonomizadora e a castradora e, incorre-se no perigo de esterilizar desejos e movimentos de vida, enquanto se pretende produzir percursos.

Assim, esse autor defende:

A tutela autonomizadora no seu modo de agenciar uma libertação a partir de si, aparentemente em um movimento paradoxal, no qual da dependência procura-se gerar liberação, para não se tornar um mero projeto “autocentrado”, tem que caminhar com a produção do processo liberador coetaneamente com a do processo público de estabelecimento de responsabilizações, que se referem ao momento das máquinas desejantes estarem implicadas com outras, em possíveis processos cooperativos e contratualizados, em um movimento em que o agir vivo de um dispara produção de vida no outro. O que de um certo modo refere-se a processos relacionais eu e tu, nós e os outros. (MERHY, 2004, p. 4).

Ao discutirmos sobre a micropolítica dos encontros nos dispositivos de saúde, é necessário pontuar que esses são organizações particulares, uma vez que visam a produção do cuidado. Em última instância, o objetivo dos serviços de saúde é produzir vida, implicando em produzir autopoiese. No entanto, configura-se aqui um paradoxo, pois eles não deixam de ser instituições e permanecem perpassadas pelas relações de poder, frequentemente exercidas pelo profissional sobre o usuário.

Sobre as relações de poder, Foucault (2004) afirma que elas estão presentes em todas as relações humanas e não são, necessariamente, negativas, mas o serão sempre que um grupo ou indivíduo específico exercer poder tamanho a ponto de bloquear as possibilidades de mobilidade de outros sujeitos. Esse estado de dominação restringe as práticas de liberdade dos sujeitos dominados, e pode acontecer em diversos espaços de convivência – familiar, político, educacional, de saúde, etc.

Assim, quando as relações de poder estão completamente desequilibradas, faz-se necessário realizar mudanças nas interações, que podem ocorrer através de resistências diversas e múltiplas. Trazendo essa questão para o âmbito dos serviços de saúde, podemos entender que quando o usuário se percebe em uma relação de total dessimetria com o profissional, torna-se capaz de exercer resistência de inúmeras maneiras como, por exemplo, faltas aos atendimentos agendados, mudança na forma de usar os medicamentos prescritos, abandono do tratamento, entre outros.

Nessas situações ficam evidentes perdas consideráveis na eficiência do serviço de saúde, que geram, muitas vezes, descrença na capacidade do SUS em ofertar

cuidado qualificado. Logo, quando busca-se atuar a partir de uma perspectiva autonomizadora, é necessário se manter atento, de modo a não construir um cuidado castrador (MERHY, 2004). A tutela autonomizadora pode ser trabalhada, portanto, a partir de questionamentos críticos, com o uso de termos acessíveis e um posicionamento profissional dialógico, possibilitando que, ao tempo que o usuário dispõe sua vida para ser cuidada, ele receba em troca um agir tecnológico acolhedor e propulsor de autonomia.

Tal posicionamento vai ao encontro das necessidades das pessoas em situação de vulnerabilidade, que, a partir de intervenções adequadas, que estimulem o caminhar e a corresponsabilidade, tornam-se capazes de elaborar novas possibilidades de vida. Vale ressaltar que, de modo geral, para atingirmos os princípios do SUS e alcançarmos uma satisfatória evolução do quadro de saúde de usuários vulneráveis, é necessário trabalhar intersetorialmente (LINHARES, 2017; CARMO e GUIZARDI, 2018), criando estratégias organizacionais que sejam capazes de atuar não só no tratamento, mas também na prevenção e na promoção de saúde desses indivíduos.

É indispensável frisar ainda que, para as populações em situação de extrema vulnerabilidade, as barreiras para o acesso ao cuidado em saúde são maiores, a exemplo das pessoas em situação de rua, que continuam invisibilizadas para grande parte do sistema (ENGSTROM e TEIXEIRA, 2016). É importante lembrar que grande parte dos usuários dos CAPS vivenciam diferentes formas de situação de rua, principalmente em períodos de crise, e os que fazem uso de álcool e outras drogas. Desse modo, visando ampliar e melhorar o acesso aos serviços, precisamos refletir sobre quem são os profissionais que trabalham diretamente com essas populações, entendendo como constroem seus itinerários formativos e direcionam sua atuação.

2.3. CAPS e vulnerabilidades: o cuidado em saúde mental

No ano de 2001, após muitos esforços, foi sancionada a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, marco essencial da reforma psiquiátrica (MENDES et al, 2022). No ano seguinte, foi publicada a Portaria nº 336/GM/MS, que define as formas de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, tornando-os serviços de referência em saúde mental. A partir

principalmente dessas normativas, que recentemente completaram duas décadas, está organizado o cuidado em saúde mental.

Assim, os CAPS podem ser de diferentes modalidades (I, II, III ou IV), tendo como público-alvo pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, divididos em públicos específicos em cada um dos serviços: 1) crianças e adolescentes em CAPS-i; 2) adultos com transtornos gerais em CAPS I, II e III; 3) pessoas de qualquer faixa etária com quadros graves e de intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em CAPS-AD, CAPS-AD III e CAPS-AD IV.

A operacionalização é realizada com atendimento diário, diurno na maioria dos casos, mas com acolhimento noturno com vagas limitadas e por um curto período, visando não incorrer em uma manicomialização dos espaços dos CAPS. Esses serviços devem priorizar a reinserção social de todos os seus usuários, alicerçada a partir do plano terapêutico singular (PTS), que deve ser elaborado conjuntamente entre a equipe multidisciplinar, o usuário e sua família, buscando um cuidado integral.

Percebemos, contudo, que o *modus operandi*, de forma geral, negligencia os determinantes sociais da saúde e as especificidades do trabalho com os variados grupos socioeconômicos. Dimenstein et al (2017) afirmam que, apesar dos avanços na saúde pública, muitos profissionais seguem realizando intervenções sob a ótica individualizante, focada no processo de saúde-doença-cuidado, desagregado de sua totalidade. Porém, quando nos deparamos com a prática, enquanto profissionais éticos, corresponsáveis pelas vidas dos sujeitos, torna-se crucial compreendermos a singularidade de cada contexto e a complexidade dos processos de saúde e doença.

Desse modo, considerar os determinantes sociais da saúde é fundamental para reduzirmos as iniquidades (OMS, 2010; CARRAPATO, CORREIA e GARCIA, 2017; MENDES et al, 2022). A partir deles, entendemos que a situação de saúde dos indivíduos é bastante complexa, abrangendo questões que envolvem fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos, comportamentais, religiosos, biológicos, bem como as relações estabelecidas entre os indivíduos e as instituições. Todas essas variáveis influenciam no sofrimento e adoecimento ou, por outro lado, para promoção de saúde dos sujeitos e em como eles buscarão e receberão a atenção em saúde (DIMENSTEIN ET AL, 2017; CARMO E GUIZARDI, 2018).

Neste sentido, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), tanto o conceito de saúde quanto o de saúde mental, são bastante amplos, envolvendo diversas questões, como o bem-estar subjetivo, a capacidade de autonomia, a independência,

as relações intergeracionais, a autorregulação emocional, dentre outros (OMS, 2010; DUTRA e OLIVEIRA, 2015). Logo, é, em grande medida, ineficaz tentar tratar de pessoas em sofrimento psíquico grave considerando apenas questões biológicas, em detrimento de um amplo contexto vivencial.

Considerando a amplitude contextual do cuidado em saúde direcionado a pessoas em sofrimento psíquico, em 2011 foi publicada a Portaria nº 3.088, instituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que visa o acolhimento dessas pessoas nos mais variados serviços, com base territorial e em diferentes níveis de complexidade (LINHARES, 2017; SAMPAIO e BISPO JÚNIOR, 2021). Além dos CAPS, a RAPS é composta também por Serviços Residenciais Terapêuticos, Atenção Básica, Urgência e Emergência e Unidades de Acolhimento.

Algumas diretrizes da RAPS são: respeitar os direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade dos usuários; garantir o acesso e a qualidade dos serviços sob a lógica interdisciplinar; definir ações intersetoriais que garantam a integralidade da assistência; priorizar a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011). Embora essas diretrizes e objetivos sejam comuns a todos os equipamentos da Rede, cada um apresenta atribuições específicas, prestando o cuidado de acordo com os serviços que lhes cabem.

Para que os profissionais consigam abranger essa complexidade e prestar um serviço adequado, faz-se necessário que as formações mudem seu foco de um ensino mecanicista e passem a se alicerçar em metodologias e teorias fundamentadas na integralidade do cuidado, que incluam os diferentes contextos bio-psico-sociais. Entendendo isso, torna-se irresponsável recorrer a uma lógica de causa-consequência, focando em tratamentos específicos e não integrativos, principalmente quando estamos falando sobre sofrimento psíquico, que envolve questões multifatoriais.

Os itinerários formativos dos profissionais atuantes nos Centros de Atenção Psicossocial são de grande relevância para a organização do serviço, uma vez que, é a partir das vivências formativas que se constroem, em grande parte, as crenças e a práxis dos trabalhadores. Sabendo que os CAPS contam com equipes multidisciplinares, é evidente que as práxis, bem como os próprios percursos formativos dos profissionais são bastante diversificados. Tal realidade pode gerar grandes potências, tanto quanto trazer impasses ao cotidiano do dispositivo.

As categorias mais comuns são de médicos, enfermeiros e psicólogos. Esses configuram-se como equipe técnica mínima de nível superior do CAPS tipo I, junto com outras categorias, como assistente social e terapeuta ocupacional, estando presentes também nas outras modalidades do dispositivo (BRASIL, 2002; CUNHA e GALERA, 2016; SANTOS, PESSOA JUNIOR E MIRANDA, 2018).

Sobre o perfil socioeconômico, há predomínio de profissionais do sexo feminino, com idade inferior a 40 anos, jornada de trabalho no CAPS de 30 horas semanais e com mais de um emprego (CUNHA e GALERA, 2016; SANTOS, PESSOA JUNIOR E MIRANDA, 2018). É interessante pontuar que esse perfil é bastante parecido com os de profissionais de outros tipos de dispositivos de saúde, para além dos Centros de Atenção Psicossocial (TONIN e BARBOSA, 2018).

As autoras acima fazem também uma reflexão acerca do papel social designado às mulheres que, apesar das inúmeras mudanças culturais e econômicas ocorridas nas últimas décadas, seguem tendo trabalhos predominantemente nas áreas que envolvem cuidados a terceiros. De acordo com outro estudo (CUNHA e GALERA, 2016), a única categoria profissional dos CAPS que apresentou maioria do sexo masculino foi a médica, o que também indica uma forte influência da cultura patriarcal na escolha das profissões ainda na atualidade.

Em consonância, diversos estudos recentes têm apresentado a alta rotatividade dos profissionais na rede de atenção em saúde mental e a ausência de conhecimentos científicos atualizados. No entanto, o estudo de Bogo e Chapadeiro (2019), trouxe uma realidade diferente: profissionais com ampla experiência, pós-graduados na área ou em áreas afins à saúde mental e com longo tempo de atuação nos serviços, apresentando experiências exitosas com profissionais bem capacitados.

É preciso lembrar, porém, que usualmente os cursos da saúde ainda contam com uma formação bastante generalista, muitas vezes direcionada às clínicas tradicionais e medicocentradas, com um currículo mínimo. Pesquisas também apontam que os docentes de cursos de graduação em áreas da saúde percebem que, embora haja esforços para mudar esta realidade, há diversos desafios a superar, uma vez que os acadêmicos continuam encerrando seus cursos sem se apropriarem e tendo conhecimento mínimo sobre temas bastante relevantes, inclusive no que se refere a questões de saúde mental (BARBOSA, 2012).

Essa prática reforça o que muitos autores têm percebido em suas pesquisas, evidenciando a dificuldade de atuar de forma integrativa e insistindo nas práticas

manicomiais, adquiridas no dia a dia do trabalho e baseadas principalmente no senso comum (SANTOS, PESSOA JUNIOR e MIRANDA, 2018; MENDES et al, 2022). É muito significativa a fragilidade nas formações também no que se refere aos conceitos relacionados à vulnerabilidade. Muitos profissionais são tão carentes de conhecimento na área que chegam a relacionar a vulnerabilidade social diretamente a desordens psicológicas e/ou à responsabilidade individual (TONIN e BARBOSA, 2018).

É necessário pontuar que essa responsabilização dos usuários gera graves entraves no decorrer do acompanhamento, afetando os vínculos e prejudicando até mesmo o tratamento em si, principalmente no contexto da saúde mental. Tal responsabilização equivocada pode ser percebida mais facilmente em CAPS-AD, onde muitas vezes a escassa experiência dos profissionais colabora com condutas impositivas, comportamentos julgadores e moralistas que afastam os usuários (MENDES et al, 2022.)

Os transtornos mentais decorrentes do uso de drogas atualmente é uma das principais demandas dos CAPS, uma vez que substâncias psicoativas são usadas de forma abusiva por cerca de 10% da população urbana (MENDES et al, 2022). Contudo, Bogo e Chapadeiro (2019), identificaram um perfil bastante diversificado, apresentando diferentes diagnósticos como espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtornos depressivos e de ansiedade, transtorno bipolar, transtornos de personalidade, transtornos parafílicos, dentre outros. As autoras encontraram também em seu estudo diferenças nos níveis de prejuízo, havendo usuários do serviço não apenas com transtornos graves, como preconiza a política, mas também leves e moderados.

Identificaram ainda nos usuários, vulnerabilidades que vão além do transtorno mental em si, perpassam por situações sociais, familiares, comunitárias e laborais. A Educação Permanente em Saúde, assim, torna-se uma importante aliada dos processos de trabalho dentro de um Centro de Atenção Psicossocial. Ela possibilita que os profissionais aprofundem seus conhecimentos e compreendam melhor as especificidades envolvidas no acompanhamento de pessoas em situações de vulnerabilidade.

Assim, é necessário que os profissionais da saúde se tornem aptos a organizar uma cadeia de cuidados, considerando as singularidades de cada caso e indo além dos aspectos sintomatológicos percebidos (LINHARES, 2017). Defendemos também que é indispensável compreender que as questões de saúde mental atravessam as

vidas do usuário e familiares, envolvendo desde as condições básicas de sobrevivência até aspectos emocionais e do acolhimento a eles prestado nos serviços de saúde, necessitando, ainda, de atenção intersetorial para que o direito à cidadania seja respeitado.

3. METODOLOGIA: TRAÇANDO A ROTA

3.1. Delineamento da pesquisa

O presente trabalho se configura como um estudo de caráter qualitativo realizado a partir de uma pesquisa de campo. Assim, visamos alcançar evidências mais relevantes, objetivando analisar com maior profundidade a unidade social em sua amplitude e compreender os fenômenos em seu contexto.

Sobre a pesquisa de campo, Minayo (2006) afirma que essa é parte essencial da pesquisa qualitativa, sendo necessariamente pensada a partir de dois eixos: referenciais teóricos e aspectos operacionais. Assim, essa autora defende que este tipo de estudo não pode ser neutro, uma vez que tanto o pesquisador quanto os sujeitos intervêm dinamicamente na realidade que vem a ser conhecida.

3.2. Riscos e procedimentos éticos

Ponderando que toda pesquisa apresenta algum tipo de risco, o risco deste estudo pode ser avaliado como mínimo; entendendo a possibilidade das participantes sentirem desconforto com relação a alguma questão da entrevista. Assim, foi expresso que no caso de qualquer pergunta da entrevista criar algum constrangimento, a participante de pesquisa poderia deixar de responder à questão ou mesmo retirar-se da pesquisa sem que isto implicasse em quaisquer prejuízos. Além disso, a pesquisadora comprometeu-se a prestar assistência necessária na existência de tais situações.

A confidencialidade das informações está garantida, visando o cumprimento dos princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos no Brasil, de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016, bem como as orientações mais recentes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, a exemplo

da Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS (BRASIL, 2021). Assim, buscando a redução dos riscos característicos de ambientes virtuais, todos os procedimentos foram realizados por um único computador, de uso exclusivo da pesquisadora, e todas as informações colhidas estão protegidas por meio de senha única e de acesso restrito à pesquisadora.

Sobre os riscos relacionados à identificação das participantes, esse foi minimizado por procedimentos de anonimização dos dados gerados, a partir do uso de pseudônimos e não identificação exata dos CAPS e municípios onde foram realizadas as entrevistas. As participantes tiveram sua privacidade respeitada, assim como garantida a confidencialidade das informações pessoais. É importante frisar que as gravações de áudios foram utilizadas apenas para possibilitar a transcrição das entrevistas. Assim, em nenhum momento as vozes foram ou serão publicizadas.

3.3. Participantes e procedimentos prévios à coleta de dados

Considerando a equipe técnica mínima de nível superior dos CAPS I, delimitou-se como participantes do estudo profissionais de três categorias – psicólogos, médicos e enfermeiros –, atuantes em Centros de Atenção Psicossociais de cidades da região Nordeste do Brasil podendo ter ou não participado de atividades de qualificação que envolvam a temática de assistência a grupos vulneráveis. Trata-se de amostra feita por conveniência, em CAPS de cidades do Piauí e do Ceará, uma vez que a pesquisadora possui contatos profissionais nesses Estados.

Definiu-se como critérios de inclusão dos participantes: 1) ser profissional de nível superior das categorias psicologia, medicina e enfermagem; 2) trabalhar em um CAPS I, II ou III; ou CAPS-AD, AD III ou AD IV. Foram excluídos profissionais com menos de seis meses de experiência como trabalhador em CAPS.

Como já pontuamos na introdução desse estudo, a vida é feita em uma sequência de caminhos que, ao serem percorridos, vão nos mostrando novas possibilidades, assim como desafios. Na pesquisa também não estamos imunes aos obstáculos, que, muitas vezes, nos demandam reorientar as rotas. Assim, no decorrer de nosso estudo nos deparamos com percalços que nos fizeram reorganizar o planejamento, tanto no que se refere ao cronograma quanto à participação dos participantes da pesquisa.

O plano inicial visava a participação de profissionais de quatro CAPS: um CAPS I e um CAPS II de duas cidades piauienses; e um CAPS II e um CAPS-AD III de uma cidade cearense. Seriam entrevistados três profissionais de cada CAPS, sendo um de cada categoria, totalizando 12 participantes. A pesquisadora – ao término de sua licença-maternidade, em fevereiro de 2022 – acionou os gestores de quatro dispositivos – por meio de ligação telefônica e/ou por meio de mensagem de texto no aplicativo WhatsApp – apresentando o estudo e explicando suas etapas e procedimentos, e os gestores, por sua vez, indicaram, no Termo de Anuência (apêndice A), os profissionais a serem contatados posteriormente para o estudo.

Aqui nos deparamos com o primeiro entrave: nenhum dos quatro médicos do CAPS II da cidade cearense aceitou participar da pesquisa, o que reduziu para 11 o número total de profissionais disponíveis a serem entrevistados. Outros entraves vividos foram referentes, principalmente, a questões burocráticas dos órgãos municipais que levaram alguns meses para aprovarem a pesquisa. Todos esses contatos e procedimentos foram realizados de forma virtual; dessa forma, o Termo de Anuência foi preenchido remotamente por meio da plataforma *Google Forms*.

Após conseguirmos todas as quatro anuências, no final do primeiro semestre de 2022, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, bem como à Plataforma Brasil. O primeiro parecer foi emitido em 20 de outubro de 2022 com situação *pendente*, pois se entendeu a necessidade de que as anuências fossem assinadas de forma manuscrita. Com este novo encaminhamento, entramos novamente em contato com os gestores dos serviços realizando o envio do Termo de Anuência em formato PDF para que os gestores o imprimissem, assinassem, digitalizassem e os encaminhassem de volta à pesquisadora. Nesse processo, não conseguimos novamente a anuência para a realização da pesquisa do CAPS I. Aqui, tivemos que lidar com um novo número de pretensos entrevistados: oito.

Após obtermos o parecer favorável do CEP, emitido em 11 de novembro de 2022, iniciamos os contatos com os profissionais indicados pelos gestores como participantes. As primeiras tentativas de contato com os profissionais ocorreram individualmente via mensagem de texto no aplicativo WhatsApp a partir dos números fornecidos anteriormente pelos gestores nas anuências. O texto inicial enviado continha apresentação da pesquisadora, do estudo e explicação sucinta sobre suas etapas e procedimentos.

Nos casos em que os profissionais não responderam às mensagens tentamos contato através de ligação telefônica. Houve ainda os que não atenderam a ligação; casos em que entramos em contato novamente com os gestores a fim de validar os números repassados. Todos os contatos foram realizados de forma virtual e aconteceram por intermédio de computadores ou outros aparelhos eletrônicos. Na ocasião, foram apresentados os assuntos abordados nas etapas de coleta de dados. Os objetivos e procedimentos do estudo também foram apresentados aos participantes, bem como os assuntos a serem abordados no questionário e na entrevista, e solicitou-se a aprovação do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) (apêndice B), antes de iniciar qualquer coleta de dados utilizados na pesquisa. Esse procedimento – RCLE – também foi realizado por meio da ferramenta digital *Google Forms*.

Conforme conseguimos realizar o contato, agendamos e efetivamos as entrevistas usando a plataforma *Google Meet*. Dos oito profissionais contatados, apenas uma enfermeira não respondeu a nenhuma das tentativas de agendamento; outros dois – um enfermeiro e um médico – agendaram algumas vezes horário para entrevista, mas não acessaram o link da sala. Foram realizadas, pelo menos, cinco tentativas com cada um dos pretendidos participantes antes de definirmos a sua exclusão.

Desse modo, o estudo teve a participação de trabalhadoras de três CAPS, sendo dois CAPS II e um CAPS-AD, contando com, pelo menos, uma profissional de cada especialidade por serviço, chegando ao total de cinco participantes: três psicólogas, uma enfermeira e uma médica. A última entrevista foi realizada no dia 11 de abril de 2023.

3.4. Procedimentos de coleta de dados

A pesquisa foi instrumentalizada a partir de informações colhidas com as profissionais, por meio de duas etapas virtuais. A primeira etapa tratava-se de um questionário on-line (apêndice C) aplicado por intermédio da ferramenta digital *Google Forms*. Ele auxiliou no direcionamento e celeridade da próxima fase da pesquisa, sendo composto por 12 (doze) questões estruturadas que cada participante levou aproximadamente cinco minutos para preencher. Nesse instrumento as participantes

responderam objetivamente a questões sociodemográficas, sobre seu tempo de trabalho no CAPS e participação em processos de Educação Permanente em Saúde.

A segunda etapa referiu-se a uma entrevista semiestruturada (apêndice D), realizada na plataforma *Google Meet*, com horário previamente agendado, considerando a disponibilidade da participante. As entrevistas tiveram, em média, duração de 30 minutos. Na entrevista as participantes foram convidadas a falar livremente sobre seu itinerário formativo, as experiências com especializações, cursos de extensão e processos de EPS. Existiam também perguntas disparadoras acerca do que as entrevistadas entendiam por vulnerabilidade e pontos relacionados ao tema no cotidiano do trabalho. A partir da fala das participantes, a pesquisadora realizou novas perguntas no decorrer da entrevista conforme sentiu a necessidade de contextualização dos dados expostos. Alguns exemplos dessas questões são: 1) Quais são os profissionais que compõem atualmente a equipe do CAPS em que você atua?; 2) Quem ministra a Educação Permanente em Saúde da qual você está participando atualmente?; dentre outras.

Além disso, foram feitas anotações em um diário de campo. A construção do diário permite registrar processos e abrange duas funções primordiais – descritiva e reflexiva – pois, ao mesmo tempo que traz em seu texto a descrição dos acontecimentos, é uma ferramenta que permite ao pesquisador registrar suas ideias, sentimentos e especulações para consultas futuras (AFONSO; et al, 2015).

3.5. Procedimentos de análise de dados

Os dados advindos dos questionários e do diário de campo foram utilizados para contextualização das informações levantadas durante as entrevistas semiestruturadas, além de servirem para o delineamento do perfil sociodemográfico das participantes. Já as entrevistas foram avaliadas, a partir da análise de conteúdo de Bardin, que consiste em avaliar o que compõe o discurso nos instrumentos utilizados, objetivando sistematizar e descrever, por categorias, os conteúdos implícitos e explícitos presentes. Nesta metodologia realiza-se um trabalho embasado no processo de inferência, por meio de técnicas especializadas e científicas, buscando tornar a pesquisa replicável e válida (MINAYO, 2006; FERREIRA ET AL, 2020).

Segundo Campos (2004), o método da análise de conteúdo é um dos mais utilizados em estudos qualitativos da saúde, configurando-se como um conjugado de

técnicas de pesquisa que têm por objetivo procurar os sentidos de um texto. Esta busca vai além das palavras em si, ela visa interpretar figuras de linguagem, pausas na fala e formas variadas de comunicação. É importante salientar que a produção de inferência não denota somente fazer proposições subliminares partindo-se de uma mensagem, mas de fundamentá-la com pressupostos teóricos e com as situações reais, segundo o contexto (CAMPOS, 2004).

Dentre as vertentes da análise de conteúdo, para o presente estudo a categoria “Análise Temática” foi a escolhida. Ela é elaborada a partir da descoberta dos núcleos de sentido que compõem determinado diálogo e sua operacionalização consiste em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na primeira etapa (pré-análise), realizamos a leitura flutuante das comunicações, de modo a iniciar o contato com seus conteúdos direta e intensamente, valorizando os procedimentos exploratórios e a possibilidade de reformular hipóteses e objetivos. Na pré-análise foram editadas as falas de modo a excluir vícios de linguagem e erros gramaticais, objetivando tornar a leitura mais fluida, porém mantendo o seu sentido e conteúdo. Nesta etapa também foi realizada a anonimização dos dados gerados, a partir do uso de nomes fictícios.

Na segunda etapa exploramos o material fazendo a categorização, ou seja, reduzindo o documento a palavras e expressões significativas, classificando os dados a partir de categorias teóricas ou empíricas que especificaram os temas. Nela também realizamos recortes de ordem semântica, enumeramos e alocamos os trechos dentro das categorias e subcategorias adequadas, apresentadas no Quadro 1.

Na última etapa, fizemos o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, que implica em realizarmos inferências e interpretações dos resultados obtidos, junto às dimensões teóricas (MINAYO, 2006). Os dados geraram um *corpus* de análise do qual foram destacados 106 recortes contextuais dentro das cinco categorias. Alguns desses recortes são utilizados no texto das discussões para exemplificar a análise.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS			
Itinerário formativo	Graduação, cursos e outras experiências de trabalho	Vivências na graduação direcionadas à prática na Saúde Mental	Vivências práticas em formação	

Atuação no CAPS enquanto fazer prático especializado	Dissimetria entre teoria e prática	Organização dos processos de trabalho	Vulnerabilidade e riscos aos profissionais	Principais dificuldades e desafios no trabalho
Educação Permanente em Saúde	Percepções sobre as vivências de EPS	Expectativas e melhoramentos		
O cuidado de pessoas em vulnerabilidade	Vivências formativas direcionadas à prática	Entendimento acerca do conceito de vulnerabilidade		
Usuários dos CAPS	Principais vulnerabilidades	Protagonismo e autonomia		

Quadro 1: Categorias e subcategorias de análise

A escolha desta metodologia deve-se ao entendimento de que a pesquisa no campo das ciências humanas, não pode ser neutra. O humano é relacional e, mesmo que se pretenda um certo distanciamento, o pesquisador é atravessado por inúmeras vivências físico-emocionais que tornam sua existência única e seu olhar singular. Esses atravessamentos precisam ser considerados quando se pretende realizar uma pesquisa séria. É importante também ressaltar que o estudo não pretende trazer à tona verdades absolutas, mas explorar processos, refletir sobre os mesmos e propor possibilidades de intervenção.

4. DISCUSSÕES E RESULTADOS: EXPLORANDO LUGARES

Nesta seção trouxemos uma discussão acerca dos achados que realizamos a partir da pesquisa, tanto com as informações que foram ao encontro de nossas suposições iniciais, quanto apresentando pontos que se mostraram diversos do que acreditávamos que seria encontrado. É interessante salientar que os dados que ratificaram nossas conjecturas do início, assim como os que delas divergiram, foram de fundamental importância para uma compreensão mais profunda do fenômeno das propostas de Educação Permanente em Saúde atualmente realizadas nos Centros de Atenção Psicossocial. Além de nos proporcionar perceber como o tema das vulnerabilidades em saúde permeia os itinerários formativos e os espaços de trabalho dos profissionais.

No segundo ponto da seção apresentamos os dois produtos técnicos educacionais elaborados a partir de nosso estudo: 1) um curso on-line de curta duração direcionado a acadêmicos e profissionais da saúde; 2) um manual, em formato de *e-book* interativo. Ambos os produtos têm como tema o cuidado em saúde de pessoas em situação de vulnerabilidades.

Compreendendo a importância da contextualização de todo e qualquer dado para que esse se torne uma informação fidedigna, foram utilizados, além das entrevistas semiestruturadas, um questionário estruturado e um diário de campo. As impressões anotadas no último serviram como fontes para o resgate de questões a serem levantadas nesta seção com as discussões acerca da análise.

Já os questionários, em consonância com o que afirma Gil (2002), nos possibilitam levantar as características do grupo de sujeitos, como gênero, faixa etária, tempo de conclusão da graduação e o tempo de trabalho no CAPS. Desse modo, os questionários foram úteis para traçar um perfil base das participantes, que será apresentado adiante.

Como dito anteriormente, a amostra dos sujeitos sofreu bastantes mudanças no decorrer da pesquisa em decorrência da disponibilidade dos profissionais, passando do número inicial desejado de 12 participantes para a quantidade final de cinco. Os dados sociodemográficos são os seguintes: todas as participantes se identificaram como sendo do sexo feminino, com idades entre 29 e 42 anos – tendo como média 33,2 anos e mediana, 32 anos. Quatro delas residem e trabalham em CAPS do estado do Ceará e apenas uma no estado do Piauí.

Sobre a formação profissional, três das participantes são psicólogas, uma é enfermeira e uma é médica; três cursaram a graduação em instituições de ensino superior privadas. Uma entrevistada é formada há quase duas décadas; outras três finalizaram a graduação há menos de cinco anos, sendo que uma destas também se graduou em outro curso superior, porém, na área de humanas; o nível de escolaridade mais alto de todas é a pós-graduação *lato sensu*.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro delas estão há menos de dois anos atuando em instituições da saúde mental. Todas relataram ter, pelo menos, uma experiência de Educação Permanente em Saúde no CAPS que trabalha atualmente e três afirmaram não ter vivenciado a EPS em outros empregos. Dessa forma, percebemos que os perfis das participantes se equiparam aos perfis de

profissionais de CAPS apontados em estudos anteriores (CUNHA e GALERA, 2016; SANTOS, PESSOA JUNIOR E MIRANDA, 2018; TONIN e BARBOSA, 2018).

Abaixo é apresentado o Quadro 2, com o resumo do perfil das participantes para uma melhor visualização:

Identificação	Profissão	Estado	Tempo de formada	Tempo de atuação em CAPS
Ana	Enfermeira	Ceará	Mais de 10 anos	Menos de 2 anos
Bianca	Psicóloga	Piauí	Entre 2 e 5 anos	Menos de 2 anos
Carla	Psicóloga	Ceará	Entre 5 e 10 anos	Entre 2 e 5 anos
Diana	Psicóloga	Ceará	Entre 2 e 5 anos	Menos de 2 anos
Elisa	Médica	Ceará	Entre 2 e 5 anos	Menos de 2 anos

Quadro 2: Resumo do perfil das participantes

4.1. Discussão das categorias encontradas

A seguir são apresentados os dados organizados dentro das cinco categorias definidas, a partir do processo de análise. Cada uma das categorias se ramifica em, pelo menos, duas subcategorias. Desse modo, as informações serão apresentadas em 13 subcategorias, buscando a maior compreensão de todo o conjunto estudado.

4.1.1. Itinerário formativo

Nesta categoria expomos o percurso formativo das participantes de forma ampla, considerando que os caminhos trilhados impactam direta e indiretamente na sua atuação diante das demandas atendidas nos CAPS. A categoria é composta por três subcategorias que trazem informações sobre as experiências vividas na graduação e em outros espaços de ensino-aprendizagem.

4.1.1.1. Graduação, cursos e outras experiências de trabalho

Como muitos calouros, Bianca ingressou na graduação pensando em trabalhar com uma área específica de sua profissão, mas, ao longo do curso conheceu novas possibilidades:

“[...] a gente se depara com várias outras áreas, e foi aí que eu percebi que precisava ter outros conhecimentos, e outros conhecimentos estavam me chamando atenção.”

Assim que finalizou a graduação, Bianca trabalhou com psicologia organizacional em empresas privadas, mas a saúde mental era uma área que tinha lhe despertado o interesse e, desejando conhecer melhor o funcionamento do dispositivo, decidiu prestar serviço voluntário por seis meses em um CAPS-AD. Essa experiência lhe rendeu experiências positivas e, em 2021, com o retorno dos atendimentos presenciais, após o período mais crítico da pandemia de Covid-19, foi contratada para trabalhar no CAPS II da cidade.

Ana teve uma experiência bastante diferente:

“Quando eu estava começando os estágios foi quando começaram a implantação dos CAPS, por volta de 2001. Quando eu me formei, em 2003, fui trabalhar na Atenção Básica, então tudo que eu tenho de embasamento maior está na AB, onde eu trabalhei até 2021. Em 2021 eu fui trabalhar no CAPS-AD [...]. Mas dentro desse percurso eu fiz especialização em Psicanálise. Eu já gostava da área e me apaixonei.”

Trabalhar em CAPS não era desejo de Carla, porém foi um lugar onde ela viu a possibilidade de ter uma segurança financeira:

“Quando eu me formei [2017] fui para a clínica particular e com uns dois anos apenas é que eu consegui entrar nas políticas públicas. No início não era o meu objetivo, mas aqui na cidade são poucos os campos de atuação para psicólogos: é a prefeitura, poucas empresas particulares. [...] Foi um campo que eu vi que dava para me manter, porque a clínica não estava dando muito retorno. [...] Assim que eu me formei fiz pós em Saúde Mental, já pensando mesmo nessas seleções da prefeitura. [...] Eu não penso em ficar aqui [no CAPS].”

Ao longo da entrevista Carla relacionou seu desejo de não permanecer no CAPS principalmente a dois aspectos: seu interesse por outras áreas da psicologia, e a baixa valorização dos profissionais das políticas públicas.

Com esses poucos exemplos percebemos como os itinerários formativos dos profissionais podem ser diversificados e como eles influenciam nos serviços. A fala de Carla, no seu desejo de não permanecer no CAPS, exemplifica uma questão importante da realidade dos dispositivos de saúde mental: a alta rotatividade dos profissionais. Essa rotatividade é causada principalmente pelos motivos que Carla relatou: a não identificação com o trabalho, que é bastante desgastante; e a

desvalorização dos profissionais, que, muitas vezes, não possuem direitos trabalhistas nem salários satisfatórios (SANTOS, PESSOA JUNIOR e MIRANDA, 2018). A mudança constante de profissionais prejudica o acompanhamento dos usuários, reduzindo a qualidade do serviço prestado e interferindo negativamente nos processos de vínculos terapêuticos (NISIIDE e SILVA, 2020; SOUZA et al, 2022).

É importante mencionarmos, porém, que o desejo de não permanecer nesse espaço de trabalho não significa, necessariamente, que o profissional não atuará de forma positiva e condizente com as demandas que atende. Contudo, não devemos minimizar os impactos que as sucessivas trocas de profissionais causam na organização dos processos de trabalho de forma geral e na evolução dos usuários, especialmente no que tange aos cuidados com vulnerabilidades dos usuários.

4.1.1.2. Vivências na graduação direcionadas à prática na Saúde Mental

Essa subcategoria nos trouxe uma informação bastante interessante: percebemos que as participantes que finalizaram suas graduações há mais de cinco anos relataram não terem vivenciado disciplinas especificamente direcionadas à prática profissional além das questões técnicas, principalmente no que se refere à saúde mental. Suas experiências práticas se detiveram aos estágios, como foi o caso de Carla:

“Eu acho que na graduação não teve essa preparação, nem minimamente teórico; não teve nem problematizações na área. Foi algo bem básico mesmo.”

Já Ana, formada há quase 20 anos, relatou sua aproximação com a saúde mental a partir de seus interesses próprios, que a motivaram a pesquisar sobre a área:

“Como eu sempre gostei da saúde mental, todas as minhas formações tiveram trabalhos de conclusão de curso direcionados para a saúde mental.”

Já a experiência das participantes que se formaram a partir de 2020, trouxe uma atenção maior das graduações em agregarem disciplinas visando capacitar os acadêmicos a realizarem um acolhimento mais adequado, bem como propiciar, minimamente, experiências práticas:

“[...] tinham as disciplinas de Habilidades Pessoais e de Ações Integradas de Saúde, que dão essa abordagem geral de como é que a gente tem que se comportar diante da sociedade. E a

saúde mental hoje ela faz parte do escopo da saúde de maneira geral, tanto que ela não está só ali como especialidade isolada, ela entra também como parte da saúde de família, da saúde primária. Então a gente teve muito contato com a saúde mental nessas esferas da faculdade.” (Elisa)

“[...] mesmo que sejam de 40 horas, curtinha, a gente consegue ter essa experiência de como é o campo, dentro desse grande leque.” (Diana)

Contudo, as experiências mais significativas para a prática de Diana foram vivenciadas a partir de projetos de extensão, que não são vivências obrigatórias aos acadêmicos:

“Eu fiz parte do projeto de pesquisa em uma comunidade rural que vivia da caprinocultura [...] Trabalhei também em empresas júnior [...] participei de um projeto de pesquisa sobre a saúde mental de estudantes de psicologia [...] Outro projeto de pesquisa que participei foi sobre o suicídio [...] eu tive uma vivência bem misturada, vivenciei muitas coisas e não tinha um foco, não sabia com o que eu iria trabalhar, com o que eu gostaria de trabalhar.”

Esses relatos nos mostram que as faculdades das áreas de saúde têm percebido a necessidade de reformularem seus currículos implementando disciplinas e propondo extensões voltadas a um atendimento humanizado e à saúde mental. Ainda há, porém, um desencontro entre a formação e as necessidades assistenciais (ALMEIDA e BARBOSA, 2019; CARDOSO e CAMPOS, 2020). Assim, entendemos que essas mudanças nos currículos, apesar de se apresentarem de modo pontual, são significativas e ampliam o olhar crítico dos acadêmicos.

Evidencia-se então a existência de um itinerário da graduação de currículo formal, mínimo, que se articula com o modelo educacional tradicional em contraponto aos conhecimentos transversais, complementares. Esses incluem extensão e pesquisa e fazem parte da formação, ainda que dependam do protagonismo e interesses dos próprios graduandos. Contudo, atualmente estamos vivendo um processo de curricularização da extensão que tem direcionado, cada vez mais, os acadêmicos a participarem dos projetos, considerando que pesquisa e ensino são interligados.

Neste sentido, o Plano Nacional de Educação do decênio 2014-2024 definiu como uma de suas estratégias “assegurar, no mínimo, 10% (dez por cento) do total de créditos curriculares exigidos para a graduação em programas e projetos de

extensão universitária, orientando sua ação, prioritariamente, para áreas de grande pertinência social” (BRASIL, 2014, s/p). Tal meta vem instigando as instituições de ensino superior a orientarem suas ações em busca de formações que contemplem itinerários mais humanizados e próximos de outros setores da sociedade (ALMEIDA e BARBOSA, 2019).

4.1.1.3. Vivências práticas em formação

Quando estendemos o questionamento sobre vivências práticas também para os espaços de outras formações, para além da graduação, obtivemos respostas que confirmam o que as pesquisas anteriores mostram acerca da escassa formação prática. Os cursos, de forma geral, sejam de extensão ou especialização, seguem priorizando o conteúdo teórico e minimizando a importância dos ensinamentos que capacitam os profissionais para o saber-fazer.

“Sempre só teórico, não tive nada prático.” (Bianca)

“[...] o curso foi de dois anos, era presencial mesmo, mas ir a campo, ir fazer visitas; não tinha.” (Carla)

Ana relatou que dos diversos cursos que realizou, com exceção dos realizados no ambiente de trabalho, sua formação para tornar-se psicanalista foi a única em que houve, de fato, uma prática significativa.

“A psicanálise foi um mergulho muito profundo, nela a gente tinha pacientes pilotos, então a gente tinha que fazer o atendimento que a gente fazia sozinho e tinha a supervisão. Foi quando eu me adentrei mais na saúde mental, o mais prático, mais profundo que eu pude me adentrar.”

Vale ressaltar, porém, que todos os cursos de formação em psicanálise devem conter, de forma obrigatória, uma carga horária mínima de atendimentos. Como esta, outras formações, a exemplo das da área médica, têm atividades práticas em maior quantidade. Neste sentido, no relato de Elisa percebemos algo curioso: ao falar sobre sua especialização em saúde da família, realizada por meio do programa Mais Médicos, ela entende que ter como plano de fundo o próprio trabalho, não é uma vivência prática:

“Na de Saúde da Família e Comunidade, não [tive vivência prática]. A gente tinha como plano de fundo o nosso próprio trabalho; a gente ia fazendo esse aperfeiçoamento e eles

embasavam o nosso aprendizado em cima do que a gente estava vivendo ali no trabalho. Era direcionado para o nosso dia a dia. Já na [especialização em] psiquiatria a gente tem as aulas práticas. Não chega a ser tão amplo quanto é o serviço realmente ali nos CAPS, porque ali a gente vê um mundo, também não temos acesso aos hospitais, mas a gente tem as práticas ambulatoriais, com pacientes diversificados, foi o que eu tive de prática [no curso].”

A metodologia utilizada pelo programa Mais Médicos, na qual as discussões são realizadas a partir das vivências cotidianas dos profissionais vai ao encontro do que preconiza a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, uma vez que esta se baseia na aprendizagem significativa a partir do trabalho (BRASIL, 2018). Contudo, essa aparente contradição na fala de Elisa em não considerar o trabalho como um campo de aprendizagem prática ainda é comum entre os profissionais da saúde e reflete as representações sociais de que os campos de ensino e de trabalho são cindidos.

Buscando superar essa cisão, Merhy (2005) defende que ensino e trabalho se retroalimentam, um produzindo ao outro, capacitando os profissionais e gerando compromisso ético-político. Essa realidade pode ser percebida nas residências médicas e multiprofissionais, que se caracterizam como formação em serviço favorecendo o desenvolvimento de profissionais mais atentos aos contextos e particularidades dos usuários atendidos. Os residentes, muitas vezes, são apontados como “oxigenadores” dos serviços, estimulando reorganizações nos processos de trabalho (RODRIGUES ET AL, 2021).

4.1.2. Atuação no CAPS enquanto fazer prático especializado

Os CAPS são dispositivos de média complexidade direcionados a um público que apresenta questões graves e persistentes de saúde mental, necessitando de um atendimento continuado que seja capaz de compreender a subjetividade de cada usuário. Assim, a atuação nesse serviço exige um fazer prático especializado.

A partir da investigação acerca das experiências das participantes de pesquisa como profissionais de CAPS foram encontradas quatro subcategorias: 1) divergências entre teoria e prática; 2) organização dos processos de trabalho; 3) vulnerabilidade e riscos aos profissionais e; 4) principais dificuldades e desafios no trabalho.

4.1.2.1. Dissimetria entre teoria e prática

O acompanhamento de saúde mental exige um cuidado significativamente subjetivo, uma vez que demanda a compreensão profunda e ampla de questões psicológicas e contextos dos usuários que, muitas vezes, passam despercebidas aos profissionais que não sejam capacitados para esse tipo de atuação. Tal conjuntura, por si só, já contribui bastante para que a prática seja diferenciada da teoria, que passa a funcionar como direcionamentos assertivos para a atuação com os usuários.

“Você tem um norte, não é como nos livros, não é como você chegar ali e atender o paciente que tem um quadro infeccioso, que é bem objetivo o tratamento, não é. Você realmente tem que ter uma experiência, um feeling. [...] tem situações que você pode ler mil vezes no livro e você só vai entender quando você estiver em frente ao paciente, porque é tudo muito singular. Não é que destoe tanto da teoria, é a singularidade do trabalho em si. Não é que fuja da teoria, é porque essa subjetividade ela é típica do próprio ambiente de saúde mental, não é algo muito preto no branco.” (Elisa)

Como ponto específico da subjetividade, as questões relacionadas às vulnerabilidades dos usuários, de acordo com os relatos das participantes, necessitam ser mais discutidas e consideradas nas formações:

“[...] na faculdade a gente é ensinada um pouco a ser um robô, quase uma divindade; estar sentada na cadeira, mas você não pode chorar, você não pode comprar um alimento que o paciente está precisando etc. E quando a gente vai para a prática, a gente percebe que você tem que sair desse lugar que o outro nos coloca.” (Diana)

Muitas divergências entre teoria e prática pontuadas pelas entrevistadas perpassam questões mais burocráticas relacionadas ao financiamento e organização da política e dos próprios serviços de saúde mental, uma vez que os recursos que são disponibilizados no cotidiano do trabalho não permitem a realização de muitas atividades que são apresentadas na teoria.

“Tem muitas diferenças por se tratar da nossa situação aqui, por exemplo, a gente tem poucos recursos, o que dificulta muito o nosso trabalho. [...] O que é, na raiz, nos grupos, essa questão do acolhimento, de fazer o sujeito se sentir importante, isso eu não tenho dúvida que acontece, porque a gente sente o carinho da pessoa que está lá, do usuário, mas que falta muita coisa, falta. Do básico mesmo.” (Bianca)

“[...] Por exemplo, dizem assim ‘para conter uma crise são necessárias cinco pessoas’, [...] mas a gente não tem esses profissionais disponíveis por turno.” (Diana)

Com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a reorganização dos serviços de saúde mental, pauta-se o cuidado integral, envolvendo usuário, família e comunidade (SOUZA et al, 2022). A partir desse novo modelo de atenção, o trabalho nos CAPS é bastante complexo, contando com atendimentos individuais, coletivos, internos e externos ao serviço e de modo a envolver a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como um todo. Para atingir tal objetivo é necessário que os processos de trabalho sejam arquitetados de forma igualmente complexa, o que muitas vezes não é possível dentro da realidade cotidiana.

4.1.2.2. Organização dos processos de trabalho

Apesar das diferenças com a teoria e outras dificuldades da atuação, as participantes perceberam, de modo geral, os processos de trabalho como positivos. Todas apontaram a equipe como fator positivo do trabalho. De acordo com os relatos, o funcionamento da equipe multidisciplinar ocorre, de modo geral, em conformidade com o que é preconizado:

“[...] a equipe é muito boa e o gerente também. [...] Organiza o trabalho e recebe muito bem todo mundo, consegue ter um diálogo. [...] A gente não se sente abandonada no trabalho porque a gente acaba tendo muito esse suporte” (Diana)

“[...] é um dos serviços que a equipe tem uma melhor comunicação. Todos os profissionais - eu acredito até que pela boa liderança da gestão do CAPS - conseguem ter uma contribuição uns com os outros, de ajudar, ofertar ajuda, compartilhar casos... Conseguem ter essa comunicação, como conseguem também ter a empatia de estar vendo as necessidades uns dos outros.” (Ana)

“Uma coisa que me surpreendeu muito no CAPS é que realmente funciona a equipe multi. Quando eu cheguei, o educador físico, por exemplo, eu não sabia se ele era médico, enfermeiro, educador...As categorias elas ficam um pouco apagadas, não tem tanta divisão, porque todo mundo entende um pouco de tudo e faz um pouco de tudo. As decisões acabam sendo tomadas em conjunto. Eu acho sensacional, porque descarrega um pouco a gente e a gente se sente realmente amparado. Isso foi algo que me atraiu muito lá no serviço e dá

muito certo, você vê que os pacientes têm essa percepção também, sentem essa união da gente enquanto equipe e é muito diferente dos outros ambientes onde eu já trabalhei, onde cada um fazia o seu papel, isoladamente, depois transferia o trabalho para o próximo.” (Elisa)

As reuniões de equipe também foram referenciadas, de forma unânime, como um espaço importante de trocas de informações e planejamento.

“E todas as sextas-feiras a gente tem reunião, em que a gente trata assuntos da semana: paciente novo que chegou, um caso mais delicado que aconteceu, paciente que teve uma crise. E ações, por exemplo, o Dia da Mulher, Dia do Homem, reuniões com a família, isso é bem interessante, acho que influi muito no trabalho do CAPS.” (Bianca)

Tanto as reuniões quanto a boa integração da equipe multidisciplinar foram apontados como aspectos favoráveis à gestão de cuidado nos CAPS (PORTAL et al, 2021). Os autores defendem que é necessário que os profissionais estejam engajados política e socialmente com a causa da saúde mental para que o cuidado seja, de fato, realizado em toda a sua potência.

4.1.2.3. Vulnerabilidade e riscos aos profissionais

As vulnerabilidades dos próprios profissionais é um assunto pouco discutido e, apesar de não ter sido questionado diretamente nas entrevistas, foi pontuado por 80% das participantes. Os riscos a que elas estão expostas também foram trazidos:

“Por exemplo, no acolhimento eu estou sozinha. Então se tiver a situação de crise, uma pessoa tentando fazer alguma coisa, ou quer se matar, ou quer fazer algo comigo... Como é que eu sozinha dentro de uma sala vou conseguir fazer essa contenção? Até que eu chame outras pessoas, pode acontecer algo comigo. Então acaba que aqui faltam muitos recursos humanos.” (Diana)

Enquanto os riscos relatados referem-se principalmente à integridade física das profissionais, as vulnerabilidades são principalmente de cunho psicológico/emocional desencadeados a partir das demandas dos usuários:

“Está faltando hoje umas medicações que são básicas. Isso mexe muito comigo [...] porque isso maltrata muito a gente, enquanto profissionais, de ver que o paciente não tem a condição de comprar e a gente quer ajudar e não consegue. Eu acho que a maior dificuldade que eu tenho hoje é de saber lidar

bem com essa situação; não trazer para casa esse sofrimento, que, às vezes, cai muito em cima da gente: ‘eu não consegui resolver isso’ ou ‘aquela pessoa vai dormir hoje na rua’.” (Elisa)

“Eu acredito que o serviço que lida com uma escuta de tanto sofrimento, afeta, em algum momento, o profissional. [...] esse cuidado é muito interessante dentro do ambiente que estou hoje: de perceber o outro, cuidar do outro que está cuidando, também de valorizar todas as categorias profissionais, desde o controlador de acesso, a pessoa que está lá na copa [...] todo mundo consegue se ver.” (Ana)

Esses relatos tornaram indispensável a reflexão acerca do cuidado direcionado ao cuidador: precisamos cuidar da saúde mental dos profissionais da saúde mental! A integração da equipe multidisciplinar, como pontuado pelas entrevistadas anteriormente, é um forte fator de proteção e deve ser trabalhada e fortalecida. Nesse sentido, mas conseguindo ir além, Merhy, em muitos de seus escritos, discute sobre as potências que podem surgir de situações de vulnerabilidades. Nesse caso em especial, o movimento deve se direcionar a tornar essa vulnerabilidade um elemento positivo para o cuidado, de modo a ampliar a empatia com os usuários, instigar mais produção de vida, trazer novos sentidos para os desejos, fortalecer a inclusão social.

4.1.2.4. Principais dificuldades e desafios no trabalho

Percebemos que as questões trazidas nas três subcategorias acima, em maior ou menor escala, também se configuram como dificuldades e desafios da atuação nos CAPS. Contudo, alguns pontos foram apresentados com maior evidência. É o caso dos poucos recursos, tanto humanos quanto materiais, que fizeram parte dos relatos de todas as participantes.

“Faltam algumas coisas essenciais e a gente acaba não conseguindo fazer igual, direitinho, por conta de falta de recursos materiais e humanos.” (Diana)

“[...] a gente utiliza do nosso bolso muita coisa. Ou então a gente vai pedindo, faz parceiros [...] Mas no dia a dia, o coordenador tem uma luta muito grande. Ele consegue muitas coisas que a gente vai pedir, mas a gente sabe que poderia ser muito melhor. [...] A gente vai fazendo o que dá, aos poucos mesmo.” (Bianca)

“Eu acho que a gente só consegue fazer o que a gente faz também por conta desse suporte das residências, porque senão a gente não daria conta dessa demanda toda.” (Carla)

Com relação aos recursos humanos, as participantes apontam que as equipes contam com o número mínimo ou até mais profissionais, porém, esse número torna-se insuficiente na prática, principalmente por dois motivos: 1) um bom atendimento em saúde mental, na maioria das vezes, demanda tempo; 2) a necessidade de cobrir demandas que não são especialidade do dispositivo, como é o caso dos atendimentos a crianças e adolescentes nos CAPS II.

“Eu acredito que na saúde mental a gente precisa ter tempo para conseguir fazer uma boa abordagem.” (Elisa)

Outra questão amplamente levantada pelas profissionais é referente aos estigmas sofridos pelos usuários do serviço. O preconceito atrapalha a socialização dos usuários e gera consequências em sua autonomia e independência, influenciando diretamente na evolução do tratamento.

“[...] ações fora do CAPS, para mostrar mesmo para a sociedade a importância. [...] não deixar essas ações só lá dentro, mas levar para a sociedade de uma maneira geral.” (Bianca)

“[...] outras limitações que fogem do serviço, por exemplo, a questão de cursos profissionalizantes que muitas vezes é para um público, um perfil que não é o dos nossos usuários, às vezes, pela idade... Eu acho que falta mesmo esse outro incentivo que não compete à gente, também falta de empregos. [...] esse estigma, esse preconceito, na sociedade.” (Carla)

Questões trabalhistas também surgiram como dificuldades do trabalho. As fragilidades nas condições empregatícias geram insatisfação e contribuem para a alta rotatividade dos profissionais. Como consequências das equipes estarem sendo constantemente renovadas, muitos dos seus membros encontram-se despreparados para lidar com as especificidades do trabalho com saúde mental:

“[...] o vínculo empregatício: a gente passa por uma seleção de um ano, podendo ser renovado por mais um ano o contrato. Não temos direitos trabalhistas... O salário melhorou um pouco, mas ainda é insatisfatório.” (Carla)

“Aqui no CAPS que eu trabalho só tem uma pessoa concursada, as demais são de seleção, então a rotatividade no serviço é muito grande: atualmente eu sou a psicóloga mais antiga, sendo que eu vou completar 2 anos em agosto. Então muitos que vão entrando não têm experiência em saúde mental. [...] Chega no CAPS a gente não sabe nem como é o acolhimento, a forma de agendar... Tudo é diferente. Acaba que a gente está despreparado para atender esse momento de crise.” (Diana)

Esta é uma realidade de muitos serviços que compõem a RAPS (SANTOS, PESSOA JUNIOR E MIRANDA, 2018). Além das condições insatisfatórias do trabalho, também por conta do baixo investimento das políticas públicas, os estigmas e preconceitos com o público atendido também é evidente entre os profissionais, que, muitas vezes, em seu processo de formação não têm contato suficiente e adequado com disciplinas de saúde mental.

4.1.3. Educação Permanente em Saúde

Nesta categoria também contamos com achados que vão ao encontro do referencial teórico, mostrando que apesar de já existirem atividades condizentes com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em alguns aspectos, ela segue não sendo compreendida em toda a sua complexidade e potência. A partir dos relatos, definimos duas categorias: 1) as percepções sobre as EPS vivenciadas e; 2) as expectativas que as profissionais têm, bem como os aspectos que entendem que poderiam melhorar.

As quatro profissionais do Ceará estavam vivenciando, na época das entrevistas, EPS em atenção à crise, que foi muito trazida como exemplo. A cidade já foi referência, nacionalmente reconhecida, no cuidado à Saúde Mental devido à implementação dos CAPS, no início dos anos 2000, ter acontecido de forma muito congruente com a Reforma Psiquiátrica. Embora o ativismo na cidade tenha reduzido, muitos processos de trabalho seguem acontecendo de acordo com o que é preconizado, buscando uma visão ampliada e de integralidade da rede de cuidados.

4.1.3.1. Percepções sobre as vivências de EPS

De modo geral, as percepções foram positivas; mostraram um esforço da gestão em realizar as EPS de acordo com os parâmetros da política, visando integralização da rede, priorizando os fluxos do trabalho, utilizando os conhecimentos dos próprios profissionais dos serviços e convocando profissionais externos quando há necessidade. Essa realidade indica que a PNEPS está sendo mais disseminada e aplicada e os trabalhadores reconhecem sua importância.

“O CAPS acaba sendo também, além de um local de trabalho, um lugar que a gente tem esses processos formativos. Então eu estou sempre fazendo cursos pelo CAPS [...] na educação permanente a gente aprende muitas coisas.” (Diana)

“A saúde aqui na cidade foca muito nessas complementações, a gente vê que é muito integrativo e para mim é um momento novo e muito proveitoso.” (Elisa)

Nesse sentido, compreender a importância da Rede de Atenção Psicossocial contribui significativamente para um cuidado mais efetivo dos usuários dos serviços, pois considera o movimento das pessoas com transtornos mentais. Entendendo que elas estão – ou deveriam estar – em diferentes espaços, pertencendo e socializando na cidade como um todo. Assim, muitas das reuniões de Educação Permanente em Saúde Mental são direcionadas não apenas aos profissionais dos serviços especializados na área, mas aos diversos setores:

“[...] eles fornecem o curso de atenção à crise e nesse curso acaba que a gente tem a participação de guarda municipal, gestores de outros dispositivos de saúde [...]” (Diana)

“[a EPS de atenção à crise] envolveu os CAPS, o setor da psiquiatria, a UPA, o SAMU... A gente discutiu como é a abordagem em cada um desses setores. [...] Foi muito enriquecedor [...] trazem esse processo educativo e a questão das necessidades de rede.” (Ana)

“[...] a gente convidou todas as UBS da cidade e fez uma atividade prática.” (Bianca)

Além da EPS em atenção à crise, foram relatados outros momentos de formação. Com os relatos percebemos que todos esses espaços de educação são entendidos como Educação Permanente em Saúde.

“[...] eu acho que posso considerar duas [EPS vivenciadas pelo CAPS]. Uma foi o próprio CAPS que realizou [...] era sobre o que é o CAPS e o serviço do CAPS de uma maneira geral, como avaliar na UBS o paciente que não é para UBS, é para CAPS. [...] Foram divididos em duas sextas-feiras e a gente levou estudo de caso, levamos a prática mesmo do CAPS, na realidade. Essa eu tive uma impressão excelente, foi assim que eu cheguei. A gente organizou e fez, foi ótimo.” (Bianca)

“As últimas que tivemos foi com o CEREST, o pessoal da segurança do trabalho, sobre como preencher a comunicação de acidente de trabalho e a gente está tendo também EPS em atenção à crise atualmente, está sendo bem legal.” (Elisa)

“[...] também já teve EPS direcionada ao fluxo interno do serviço. [...] por exemplo, o fluxo da enfermagem, com relação à vacinação da covid: eu sei os calendários vacinais, mas nem todas as categorias vão saber, então a gente procura colocar isso também dentro do serviço: como é que vai ser abordado, quem vai abordar [...] Eu me lembro de um também sobre a população LGBTQIA+ porque a gente também lida muito com eles, principalmente na questão do acolhimento, do nome social, como é que é feito.” (Ana)

Alguns dos exemplos citados pelas participantes, como a capacitação com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), apesar de serem mencionados como EPS, não o são. Essas capacitações, na realidade, são momentos de educação continuada, que são atividades com período definido de execução e, de modo geral, utilizam metodologias tradicionais e menos participativas, com apresentações técnico-científicas (BRASIL, 2018).

Em contrapartida, a Educação Permanente em Saúde, de acordo com a definição oficial do Ministério da Saúde, refere-se à aprendizagem no trabalho, de modo que ensino e aprendizado acontecem em um processo fluido, um estimulando o outro e ambos incorporados ao dia a dia do trabalhador e das organizações como um todo (BRASIL, 2018). A partir desse movimento cíclico, podem ser identificadas questões que demandam momentos reservados ao estudo, como é o caso da EPS de atenção à crise citada pelas participantes.

Em consonância com o processo orgânico de ensino-aprendizagem proposto pela PNEPS, as entrevistadas cearenses referenciaram as residências multidisciplinares e médicas – que têm os CAPS entre os seus campos de formação – como essenciais tanto nas questões de recursos humanos no atendimento direto aos usuários, quanto como propulsoras de momentos de educação em saúde:

“[...] muito dentro do fluxo da própria residência. Eles têm que estar apresentando algumas das intervenções deles. Então eles acabam trabalhando dentro das necessidades do serviço e acabam envolvendo, às vezes, a rede como um todo.” (Ana)

“Recentemente eu solicitei para um colega que trabalha com a gente, que é residente de psiquiatria no último ano, que fizesse uma EP sobre farmacologia: efeitos colaterais das medicações, antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos... E ele vai fazer. Eu acho que a gente tem muito suporte nesse sentido.” (Diana)

Assim, o movimento dos profissionais em solicitar as EPS e valorizá-las pode ser compreendido como um avanço: eles reconhecem suas limitações e almejam aprimorar sua atuação proporcionando um serviço de qualidade. De fato, nesse movimento, efetua-se relações orgânicas entre as ações em serviço e o ensino; ponto crucial da PNEPS.

4.1.3.2. Expectativas e sugestões de melhoramentos

As participantes relataram alguns pontos bastante positivos no que se refere à organização dos processos de Educação Permanente em Saúde. Contudo, algumas questões ainda necessitam ser aprimoradas.

“Eu sinto que esses momentos não são tão estruturados. A gente tem muita comunicação dentro da rede de Saúde Mental, pelas experiências a gente aprende muito, mas a questão do direcionamento mesmo, da EPS de forma mais sistematizada e estruturada eu sinto falta. Eu acho que isso poderia ser melhor nesse sentido. [...] Se for direcionar para a categoria, ainda está mais distante da perspectiva.” (Ana)

“Desde que eu iniciei no CAPS, em 2019, ocorreram algumas EPS, só que eu acho que são muito pontuais, são bem superficiais, não vejo uma continuidade. Essa [de atenção à crise] foi a que mais teve esse embasamento e aprofundamento na temática, os outros eram encontros que abordavam alguma temática e ficavam só mesmo na parte teórica, sem um aprofundamento e eram bem pontuais mesmo.” (Carla)

“Aconteceu uma na universidade que eu recebi o convite para ir e, inclusive, nesse treinamento seria definido o pessoal que ficaria na delegação dos municípios. Essa, para mim, foi um desastre porque as falas eram muito mais culpabilizando os CAPS por ter um serviço ruim do que incentivando, sabe? Eu não tive uma boa percepção. Na verdade, foi muito mais uma briga política do que um treinamento. Foi horrível a minha experiência.” (Bianca)

Como exposto, as falas das entrevistadas remetem a dificuldades relacionadas principalmente à estrutura e à continuidade dos processos educativos. Uma boa organização estrutural, com didática adequada contribui para a efetivação da aprendizagem. Já a falta de continuidade dos processos aponta um descompasso com a proposta da PNEPS, uma vez que esta tem como um de seus pilares os

processos continuados, que dialogam entre si e, conseqüentemente, com o cotidiano do trabalho.

Freire afirma: “Quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias” (1983, p. 30), corroborando com o que propõe a PNEPS. Desse modo, a Educação Permanente em Saúde precisa acontecer de forma contextualizada e estruturada, a partir do uso de metodologias participativas que promovam o envolvimento de todos os atores.

4.1.4. O cuidado de pessoas em vulnerabilidade

A vulnerabilidade é vivenciada em muitas instâncias dentro dos Centros de Atenção Psicossocial. É imperioso que os profissionais desses dispositivos sejam capacitados a atender os usuários considerando suas vulnerabilidades. Ao investigarmos a formação voltada especificamente ao cuidado de populações vulneráveis, definimos duas subcategorias: 1) as vivências formativas como pilares do cuidado e; 2) a compreensão que as profissionais têm acerca do conceito de vulnerabilidade.

4.1.4.1. Vivências formativas direcionadas à prática

Quando questionamos sobre a formação direcionada ao cuidado de pessoas em vulnerabilidades, todas as entrevistadas trouxeram relatos acerca da formação humanizada, que ultrapassa os conhecimentos teóricos e entende a técnica como um norte para o cuidado, compreendendo a necessidade de um olhar ampliado e uma prática acolhedora que trata o paciente como sujeito de direitos e ser desejante.

Algumas falas focaram na graduação e outras trouxeram mais as experiências enquanto profissional formada.

“[...] é aquilo que a gente aprende na faculdade: não olhar a doença, olhar o doente, olhar o indivíduo como um todo, olhar o ambiente onde ele está. [...] Eu acredito que hoje as faculdades de medicina estão se voltando mais para esse olhar empático, antes não tanto. [...] hoje, a nossa formação, pelo menos nessas disciplinas que eu falei, de HAPE [habilidades pessoais] principalmente, eles têm as disciplinas próprias para trabalhar

esse lado mais empático, como tratar o paciente, de como ver o que está ao redor dele, não olhar só para o processo de adoecimento psíquico. Ter um olhar mais sensível.” (Elisa)

“Na minha formação eu tive muito acesso a comunidades. Nesses grupos de extensão, de pesquisa, a gente tinha contato com isso, mas durante a formação é só um tópico, um resumo. A gente vai entender mesmo e aprender é no dia a dia, no fazer.” (Diana)

“Além da questão ética da profissão, o respeito, a empatia, o não julgamento das demandas.” (Carla)

“Como eu trabalhei dentro da Atenção Básica, tem que ter um olhar para além da doença. [...] Eu vejo que esse olhar me trouxe muito uma empatia pelas pessoas, o ser humano em si, a estrutura que se encontra, de lá de dentro da comunidade, se ele tem alguma potencialidade que possa ser incentivada.” (Ana)

Nenhuma das participantes participou de curso com tema específico do cuidado de pessoas em situação de vulnerabilidade e expuseram que entendem sua importância.

“[...] é algo extremamente necessário, pois é uma das coisas que mais adoecem.” (Diana)

Contudo, o tema foi apresentado sucintamente em alguns momentos de formação dos quais participaram. Como exemplos elas trouxeram cursos sobre a pandemia de Covid-19, sobre a população em situação de rua, e sobre o cuidado a pessoas idosas.

4.1.4.2. Entendimento acerca do conceito de vulnerabilidade

Apesar do conceito ainda ser nebuloso, as profissionais mostraram compreender o seu contexto geral de forma muito satisfatória.

“De uma maneira geral, eu acredito que não é só falta de saúde, não é só falta de saúde mental. É a falta do emprego, é a separação dos pais, é morar de casa alugada e não ter condição de pagar, é a medicação que não está disponível na UBS para entregar... Eu entendo dessa forma: é tudo, um pouquinho de cada coisa, que faz com que a pessoa não tenha saúde mental. Isso é o que eu vejo no CAPS.” (Bianca)

“Eu vejo que vulnerabilidade vai partir de um contexto social, cultural, econômico, e, inclusive, vai envolver muita

subjetividade. [...] pessoas que têm uma boa condição financeira, mas têm uma estrutura familiar muito desestruturada, isso torna a pessoa muito vulnerável para o consumo das substâncias. [...] também vai afetar psiquicamente aquela pessoa, tornando mais vulnerável, por exemplo, a desenvolver um transtorno de personalidade, pelo abandono na infância.” (Ana)

“98% das pessoas que a gente atende, não só lá no CAPS, mas também em outras áreas da saúde pública são pessoas em extrema vulnerabilidade. No CAPS AD, por entrar essa questão do álcool e drogas a gente vê que essa problemática muitas vezes está associada a ambientes de pobreza, de pouco estudo, onde você tem pouco saneamento, há pouco acesso também à educação, pouco acesso a outros métodos de saúde. Então, a gente recebe pacientes com uma grande vulnerabilidade social, insegurança alimentar. Muitas vezes pacientes em situação de rua, com outras doenças e sem estarem em tratamento.” (Elisa)

Compreendemos que essa percepção ampliada das profissionais acerca do conceito vulnerabilidade está em consonância e influencia diretamente no trabalho que elas vêm desempenhando, pois em suas falas elas relatam uma atuação bastante implicada com as demandas do serviço. Relatam também acolhimentos humanizados que consideram a realidade do usuário e buscam auxiliar em sua autonomia. Neste sentido, podemos perceber também a própria disposição das profissionais em colaborarem com este estudo como uma evidência de implicação com o trabalho, uma vez que as pesquisam auxiliam no fortalecimento e aperfeiçoamento dos serviços.

A compreensão das vulnerabilidades vividas pelos usuários dos serviços e as singularidades advindas dessas, impacta diretamente no cuidado prestado (SANTOS, PESSOA JUNIOR e MIRANDA, 2018). É essencial que se vislumbre o contexto vulnerável ou corre-se o risco de realizar intervenções que apenas mascaram sintomas e continuam a adoecer os sujeitos.

“Um paciente que não se alimenta, não vai conseguir responder a nenhum tipo de tratamento. Um paciente que não tem um lar, não tem um teto, não vai conseguir tomar um remédio direito. Então, muitas vezes, a vulnerabilidade que a gente percebe no ambiente é mais preocupante do que a própria doença.” (Elisa)

“[...] chega uma pessoa no CAPS que tem seis filhos; moram ela, os filhos e o esposo e vivem com R\$400,00. Aí ela chega lá triste, querendo se matar e o médico diz ‘vamos aumentar o antidepressivo’, e eu digo ‘mas não adianta aumentar o antidepressivo, ela precisa de comida’. Não adianta você dar remédio se a questão dela é toda social.” (Diana)

Realizar intervenções sem considerar o contexto com todas as suas vulnerabilidades, para além de não ser eficaz, fragiliza os vínculos do usuário com o serviço gerando desgaste e não adesão ao tratamento (DIMENSTEIN ET AL, 2017). Um paciente que não tem suas demandas consideradas, sente-se não olhado, não cuidado e não compreendido. Em algum momento as relações de poder se transformam (FOUCAULT, 2004) e as tensões passam a ser cada vez mais fortes: automedicação, faltas e abandono do tratamento ficam frequentes.

4.1.5. Usuários dos CAPS

Ao questionarmos sobre a vivência dos usuários dos CAPS os relatos foram divididos em duas subcategorias: 1) principais vulnerabilidades e; 2) protagonismo e autonomia. Ao discutirmos sobre as vulnerabilidades e potências dos usuários chegamos ao ponto chave da Educação Permanente em Saúde, pois o objetivo fim principal da política nacional é proporcionar qualidade de vida a partir de um cuidado qualificado e implicado.

4.1.5.1. Principais vulnerabilidades

Foram diversas as vulnerabilidades apontadas, envolvendo principalmente áreas como família, trabalho, educação, violência e economia.

“Primeiro de tudo é a falta de conhecimento do que é transtorno mental, da própria família. Aí junta a falta do conhecimento com o cansaço deles em lidar com aquela pessoa.” (Bianca)

“Fragilidade de vínculos familiares, isso para mim é uma grande vulnerabilidade.” (Elisa)

“[...] é como se elas sentissem que estão à parte da sociedade. Se sentem discriminadas. Além do sofrimento, além da fome, da dor, elas se sentem muito discriminadas. Eu já ouvi de alguns que chegaram a pedir internação, porque dentro do setor psiquiátrico sentiram que faziam parte de algo e não sentiam isso dentro de casa, não sentiam isso na sociedade.” (Ana)

“[...] dificuldade de conseguir um benefício, ao mesmo tempo, alguns têm condição de trabalhar porque lá no INSS diz que tem, mas as empresas não abrem as portas.” (Bianca)

“[...] é a questão formativa dos pacientes, muitos deles gostariam de fazer algum curso, de ter acesso ao trabalho, à escola. [...] eles terminam e têm alguma formação, a depender de qual for diagnóstico e da comorbidade, eles não conseguem emprego.” (Diana)

“[...] a maioria dos nossos usuários estão em situação de vulnerabilidade social real: de não ter dinheiro, de não ter condições. As pessoas que têm mais condições [financeiras], mesmo que tenham diagnósticos semelhantes com os de alguns dos nossos pacientes, estão na rede privada.” (Diana)

“A miserabilidade de maneira geral, o paciente que, às vezes, não tem dinheiro para pegar um transporte para chegar no CAPS. A insegurança alimentar [...].” (Elisa)

Não percebemos uma vulnerabilidade se sobrepondo à outra, e sim, as vulnerabilidades se retroalimentando. Nesse sentido, compreendemos que o transtorno mental em si é uma vulnerabilidade que, na maioria dos casos, vem acompanhada por outras (BOGO e CHAPADEIRO, 2019) como relatado pelas entrevistadas.

4.1.5.2. Protagonismo e autonomia

Aqui, mais uma vez, nos reportamos às reflexões de Paulo Freire, que tanto nos ensinam sobre a teoria do conhecimento posta em prática. De nada adiantam profissionais extremamente capacitados se o seu conhecimento não servir à libertação do outro. Afinal, de que serviria um profissional da saúde se não houvesse os doentes? Quais deveriam ser os nossos objetivos, senão produzir vida, autonomia e protagonismo?

Com as entrevistas percebemos o desejo de promover autopoiese nos usuários e as principais ferramentas utilizadas para isso nos CAPS são os grupos, que se mostraram como mais do que espaços de acolhimento, e sim, lugar de fala. Lugar onde os usuários sabem que são escutados e vistos, são mediadores e protagonistas.

“A gente trabalha muito com grupos, mas os grupos eles têm muito essa missão de levar aquele ser humano que está ali em sofrimento, a ter mais autonomia, a compartilhar mais de si, a se fortalecer mais como pessoa, fazer com que ele pense e se torne mais capaz de seguir. Então, eu vejo que os trabalhos em grupos eles são essenciais.” (Ana)

“Eu acho que os grupos fomentam muito a integração social dos pacientes. Eles começam a se sentir mais vivos, a se sentir mais aptos, a se sentir mais dignos de conviver, porque, muitas vezes, eles não se sentem. Eles têm mais coragem para interagir socialmente. Eu acho que é bem trabalhado isso, pelo menos eu vejo na prática a evolução.” (Elisa)

“Também tem muitos jovens e aí a gente trabalha essa questão da autoconfiança, da comunicação, da ansiedade e tudo mais nos grupos terapêuticos. [...] Nos grupos isso [incentivar a autonomia] é bem real. Lá também tem outro grupo que trabalha isso, de arte, tem pessoas que pintam, tem pessoas que tocam instrumentos... Que descobriram esse potencial lá.” (Bianca)

Outro recurso apontado como essencial na promoção de autonomia é o Projeto Terapêutico Singular (PTS):

“A gente tenta, com as possibilidades que a gente tem aqui no serviço, colocar o usuário mesmo nesse protagonismo, através do PTS. A gente sempre coloca como é uma responsabilidade principal do paciente, que ele tem esse controle, esse protagonismo no tratamento dele, bem como o cumprimento de algumas estratégias, pensadas junto com ele, às vezes, também junto com a com a família.” (Carla)

“Os PTS dos pacientes são rotineiramente discutidos entre os técnicos de referência e a equipe de uma maneira geral. [...] Isso é trabalhado nas consultas, é trabalhado por meio das oportunidades que a gente procura dar, procurando diversos cursos” (Elisa)

As profissionais também relataram sobre os esforços em abrir portas para o mercado de trabalho. Os usuários dos CAPS, de maneira geral, apresentam bastantes dificuldades em conseguirem e/ou permanecerem em empregos, tanto por suas singularidades, que muitas vezes não se enquadram aos padrões e as empresas não têm uma cultura de flexibilização e inclusão, quanto pela própria estigmatização e preconceitos sociais. Desse modo, a mediação dos CAPS pode ser de grande valia.

“Tem muita gente que faz tapete, costura, que faz várias coisas para vender e ganhar uma renda extra. Alguns não recebem benefício e aí eu trabalho isso com eles.” (Bianca)

“[...] já houve esse encaminhamento para emprego também... através dos os profissionais que conseguiram contatos e conseguiram emprego para esses usuários. Não existe, assim, uma frequência certa, a gente vai tentando à medida que as oportunidades vão surgindo.” (Carla)

“É a preocupação em saber como o paciente vai levar adiante, mas sendo o dono da vida dele, não estando sempre refém de alguém que vai resolver os problemas dele. Porque é isso que, muitas vezes, a gente tem que desmistificar. Esse ambiente de saúde como um local e resolução completa e não de capacitação. Lá [no CAPS] também é um ambiente de capacitação.” (Elisa)

Assim, vimos que os profissionais dos CAPS utilizam de estratégias, que muitas vezes extrapolam suas obrigações enquanto trabalhadores dos dispositivos, acreditando na potência dos usuários. Buscando superar as dificuldades dos usuários em adentrarem o mercado de trabalho formal, em decorrência do preconceito que sofrem, por vezes, recorrem a novas formas de geração de renda como a economia solidária (MARTINS, 2019).

Com a análise dos dados, ficou ainda mais evidente a necessidade de discutirmos com mais frequência e aprofundamento o tema das vulnerabilidades em saúde e como a Educação Permanente em Saúde é um excelente recurso para tal dentro dos espaços de trabalho. Ponderando, entretanto, que nem sempre as EPS acontecem e que o tema é relevante de ser discutido desde o início do percurso acadêmico, elaboramos dois produtos técnicos que serão apresentados a seguir.

4.2. Produtos técnicos educacionais do mestrado

Considerando nossa linha de pesquisa – Currículo, formação, docência e ensino na saúde – e o grande intento do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre em disseminar conhecimento de valor e tornar a ciência cada vez mais acessível, foram elaborados dois produtos técnicos educacionais derivados da pesquisa de Mestrado. Ambos os produtos estão em conformidade com os critérios estabelecidos pela Coordenação da área de Ensino (Área 46) da CAPES, pertencendo aos estratos considerados superiores: 1) T1 (material didático/instrucional), referente ao nosso segundo produto, que se trata de um e-book; 2) T2 (curso de formação profissional), referente ao primeiro produto finalizado, que foi um curso de ensino.

Dessa forma, apresentamos os dois produtos elaborados a partir de nosso estudo: 1) um curso on-line gratuito de ensino de curta duração realizado em modalidade de Educação à Distância no período de dezembro de 2022 a janeiro de

2023 aberto a acadêmicos e profissionais da saúde; 2) um manual sobre o cuidado em saúde de pessoas em situação de vulnerabilidades em formato de e-book interativo.

4.2.1. Curso on-line

Este produto técnico educacional foi construído com base em nossos conhecimentos teóricos e vivenciais visando transpor a lógica de expor muito conhecimento teórico em detrimento da discussão acerca da práxis. Reconhecemos a importância dos profissionais dominarem a teoria, contudo, entendemos que essa pouco vale quando não há apropriação do saber-fazer. Para tal, é necessário aproximar os acadêmicos e profissionais da realidade dos usuários, principalmente daqueles dos serviços públicos de saúde, de modo a contribuir para que os profissionais desenvolvam uma visão integralizadora do ser humano.

Assim, aproveitamos a exigência do estágio docente na disciplina de “Prática docente em saúde” como uma oportunidade. A proposta da disciplina permitia que a atividade docente fosse realizada de diferentes formas e decidimos, considerando que a enorme necessidade de aprimoramento de profissionais de saúde sobre o tema da vulnerabilidade em saúde, elaborar e ministrar um curso intitulado “O cuidado em saúde de pessoas vulneráveis”, buscando instrumentalizar os cursistas para uma prática cotidiana condizente com as reais necessidades dos usuários dos serviços públicos, sobretudo, quando nos referimos às questões de vulnerabilidade social.

O curso foi construído a partir de conteúdos estudados no mestrado, baseado principalmente nas pesquisas realizadas neste momento, além dos conhecimentos prévios. Com o desejo de aprimorar a prática dos cursistas, consideramos que diversos autores têm defendido a necessidade de repensar a forma de estruturar as aulas, adotando abordagens centradas no estudante, que visam ampliar a responsabilidade desses, sem diminuir a dos professores, influenciando no engajamento de todos os atores (VALENTE, 2014; BASSO-ARANGUIZ et al, 2018; MENEGAZ et al, 2018; ASSUNÇÃO, 2021; GHEZZI et al, 2021). Assim, as escolhas para a elaboração do curso visaram gerar um olhar crítico e problematizador nos cursistas.

O curso foi realizado na modalidade Ensino à Distância (EaD), composto por aulas assíncronas e síncronas, por meio da plataforma Moodle. Nas primeiras, foram

disponibilizados vídeos introdutórios ao tema da aula, artigos para leitura e material propulsor de reflexões críticas. Já as aulas síncronas foram elaboradas de modo a complementar o conteúdo previamente estudado – nas aulas assíncronas – e gerar discussões ao vivo sobre teoria e prática. Assim, utilizamos principalmente da Sala de Aula Invertida (*Flipped Classroom*) como metodologia ativa de aprendizagem. Nesse método os alunos iniciam seus estudos por meio de materiais e mídias previamente disponibilizados e pesquisados e a atividade em sala de aula se torna mediadora de uma aprendizagem significativa (VALENTE, 2014).

Foram utilizadas também outras metodologias que convocavam os cursistas a discutirem, falarem sobre suas vivências e exporem suas dúvidas, como: aulas teórico-expositivas dialogadas, estudos de casos, leitura e discussão de textos, atividades assíncronas como elaboração de glossário coletivo e participação nos fóruns. A utilização dessas diferentes ferramentas metodológicas de ensino-aprendizagem objetivou aumentar o engajamento dos cursistas, bem como facilitar a compreensão dos conceitos apresentados.

Figura 1: Trecho da sala na plataforma Moodle



A ementa do curso contou com três pontos: 1) abordar conceitos e aprofundar os conhecimentos acerca das intervenções dos profissionais de saúde junto às pessoas em situação de vulnerabilidade social; 2) problematizar questões sobre as relações de poder e tutela que ocorrem nos dispositivos de saúde e possibilidades de qualificar essas relações visando um melhor acolhimento aos usuários; e 3) realizar

uma reflexão crítica sobre as potências e entraves da prática do profissional de saúde junto a essa população. Como conteúdo programático, definimos quatro temas principais: 1) populações vulneráveis e seus diferentes perfis; 2) a formação do profissional de saúde; 3) relações de poder; e 4) tutela autonomizadora.

O curso foi composto por nove atividades que juntas atingiram a carga de 15 horas e foram divididas conforme apresenta o quadro 1. Cada uma das atividades do quadro foi disponibilizada na plataforma Moodle antecedida de um texto orientativo sobre a que se propunha e como os cursistas deveriam proceder com relação a elas. Todas as aulas contaram com bibliografia básica e complementar, além dos materiais produzidos pela ministrante.

Quadro 3: Cronograma do curso

Data	Conteúdo	EaD / Duração	Atividades
15/12/22	Aula I • Apresentação do curso; • Conceito de vulnerabilidade; • Grupos vulneráveis.	Assíncrona 2 horas	Assistir ao vídeo e leitura dos textos
22/12/22	Aula II • O tema vulnerabilidade na formação acadêmica dos profissionais de saúde.	Assíncrona 2 horas	Leitura dos textos e atividade reflexiva
29/12/22	• Glossário	Assíncrona 1 hora	Atividade avaliativa
07/01/23	Aula III • Boas-vindas à turma • O que é vulnerabilidade? • Quem são os vulneráveis? • Quem é você, profissional da saúde? • Onde estão as lacunas para a atuação junto a populações vulneráveis?	Síncrona 2 horas	Apresentação e discussão sobre os dois primeiros temas
12/01/23	Aula IV • Relações de Poder;	Assíncrona 2 horas	Assistir ao vídeo e leitura dos textos
19/01/23	Aula V • As tutelas e a saúde.	Assíncrona 2 horas	Assistir ao vídeo e leitura dos textos
21/01/23	Aula VI • Por onde anda o cuidado de si nos dispositivos de saúde? • Autonomia, independência e tutela: como equilibrar a balança? • Avaliação coletiva do curso.	Síncrona 2 horas	Discussão sobre os dois últimos temas e avaliação
25/01/23	• Fórum	Assíncrona 1/2 hora	Atividade avaliativa
25/01/23	• Formulário final	Assíncrona 1/2 hora	Atividade avaliativa

Após o encerramento das aulas, foi solicitado que os participantes respondessem ao formulário de avaliação do curso, pois entendemos esse procedimento como de grande valia para reflexão crítica e futuras melhorias na prática docente. A figura 2 exemplifica com alguns trechos do formulário.

Com as respostas do formulário de avaliação, evidenciou-se a relevância do curso para a formação humanizada de profissionais da saúde que lidam diretamente com usuários em situação de vulnerabilidades. Desse modo, consideramos que atingimos o objetivo de elaborar e compartilhar um conteúdo diferenciado e com bastante qualidade, focado no cuidado dirigido ao contexto integral da vida dos usuários.

Figura 2: Trechos do formulário de avaliação do curso

O curso foi relevante para seu trabalho / sua formação? Fale um pouco sobre como foi a sua experiência.

9 respostas

Muito relevante para disciplinas que estou cursando e para como futuro psicólogo formado devido a entender sobre políticas públicas e bem-estar do outro.

O curso abriu muito minha mente. Embora fosse um tema que eu já tinha lido, estudado, assistido aulas sobre ele, a professora trouxe discussões novas, assuntos diferentes e provocou reflexões importantes. Acredito que o curso poderia ser maior, pois o assunto abarca uma diversidade de questões pontuais sobre as quais cabem maior aprofundamento. No entanto, para o que se propõe, foi impecável, já que a professora disponibilizou material extra para quem tivesse interesse em buscar mais informações.

Sim, foi muito relevante. No curso pude vislumbrar uma realidade na qual eu ainda não tinha parado para refletir.

Você possui alguma sugestão para o aprimoramento deste curso?

9 respostas

Mais horas síncronas.

O curso precisa ter uma divulgação maior para atrair mais pessoas.

O horário das aulas

Não. Está ótimo. Bom conteúdo de fácil assimilação e entendimento.

Sim, como sugestão pensaria em materiais provocadores para além de artigos acadêmicos, pensando em uso de dispositivos artísticos, audiovisuais, e outros dispositivos possíveis. Considero que existem muitas músicas, poesias que articulam com o tema do curso, de modo que outros provocadores ampliariam as reflexões.

No momento, não possuo sugestões.

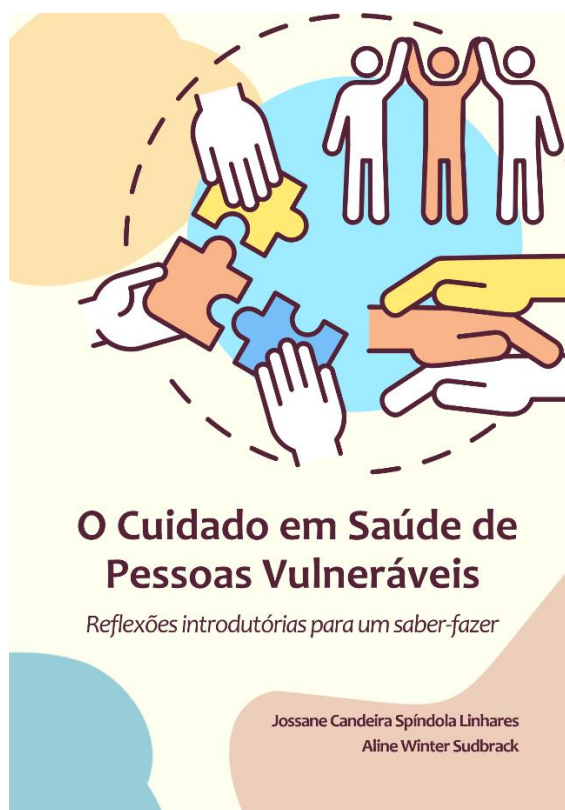
4.2.2. E-book interativo

O material didático elaborado a partir deste estudo apresenta conteúdo teórico e prático acerca da temática, convidando os leitores a refletirem de forma implicada

com sua própria realidade. Nosso intuito foi convocá-los a reconstruírem os seus modos de compreender as singularidades das populações vulneráveis e, conseqüentemente, realizarem transformações nas formas de fazer/promover saúde.

Nesse sentido, este produto técnico foi construído com base no resultado dos estudos realizados com aprofundamento acerca do tema da vulnerabilidade em saúde bem como com base nas informações geradas a partir da pesquisa de campo; considerando principalmente as fragilidades dos conteúdos relatadas pelas participantes entrevistadas. O objetivo do e-book é introduzir reflexões para uma prática cotidiana condizente com as reais necessidades dos usuários dos serviços públicos, sobretudo, quando nos referimos às questões de vulnerabilidade social.

Figura 3: Capa do e-book

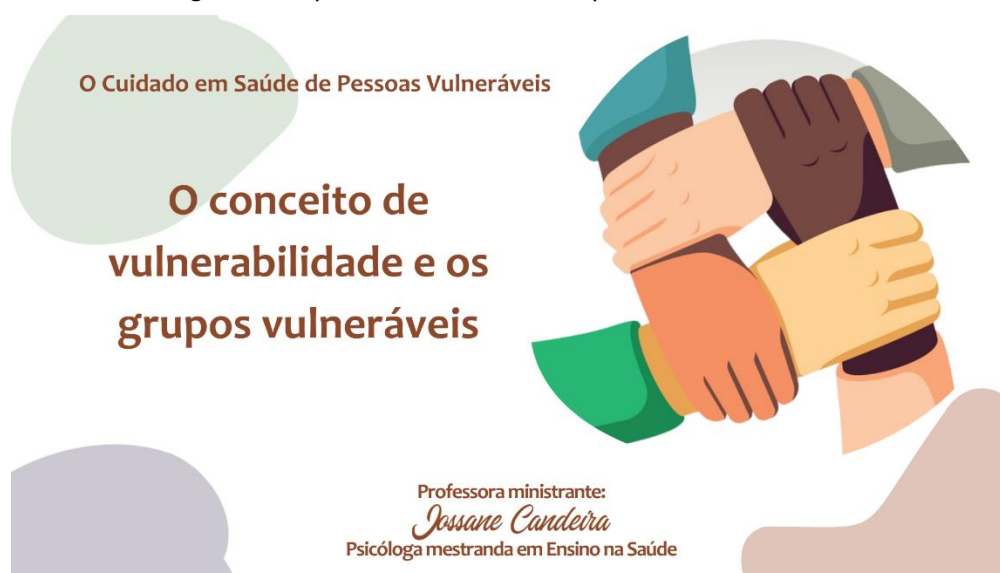


Nele apresentamos alguns perfis de populações mais comumente vulneráveis, abordamos conceitos relevantes e problematizamos questões sobre a formação profissional e as relações de poder e tutela que ocorrem nos dispositivos de saúde, bem como as potências e entraves da prática do profissional de saúde junto a essa população. Além de ser composto por tópicos breves, ao longo do e-book existem links que direcionam para materiais introdutórios e/ou complementares, como vídeos, exercícios reflexivos e artigos.

Os tópicos abordados no material foram os seguintes:

1. Populações Vulneráveis e seus diferentes perfis
 - 1.1. Pessoas Idosas
 - 1.2. Crianças
 - 1.3. Pessoas com demandas graves e persistentes de saúde mental
 - 1.4. Pessoas em situação de rua
2. A formação do profissional de saúde
3. Relações de Poder e Tutela Autonomizadora
4. A importância da Educação Permanente em Saúde para o cuidado qualificado
5. Lacunas na atuação junto a populações vulneráveis

Figura 4: Capa de um dos vídeos apresentados no e-book.



O e-book contou com trechos desta dissertação, porém, foi elaborado para ser uma leitura concisa, trazendo conhecimento de modo dinâmico. O download é gratuito e está disponível no link abaixo:

<https://drive.google.com/file/d/1ne32iiUHTTc6zd0RNyr3AI5INwNFXeTK/view?usp=sharing>

5. CONSIDERAÇÕES: INDO ALÉM

Como sabiamente disse Cecília Minayo, “Cada coisa é um processo, isto é, uma marcha, um tornar-se”, assim aconteceu com nossa pesquisa: foi um processo

que precisou passar por diversas reformulações. Às vezes, em marcha lenta, outras vezes, de forma veloz, tornou-se um estudo repleto de informações, algumas que faziam parte de nossas hipóteses iniciais e outras que foram gratas surpresas e que mostraram que a EPS está sendo mais compreendida e executada conforme a política.

O trabalho nos CAPS, apesar de fazer parte da média complexidade com relação aos níveis de assistência em saúde, – que se referem principalmente às tecnologias utilizadas – exige uma enorme complexidade em sua organização de processos de trabalho em decorrência de suas demandas de saúde mental que são singulares, com alto nível de subjetividade. Nesse sentido, as participantes relataram que apesar de serem também necessários os usos de tecnologias duras nos CAPS, as tecnologias leves e leve-duras são amplamente utilizadas e exigem dos profissionais apropriação sobre elas, evidenciando o quão indispensável são os processos de EPS direcionados à formação de competências para atuar nos variados contextos de vulnerabilidade e com as subjetividades dos usuários.

As entrevistadas também citaram as vulnerabilidades que os próprios profissionais apresentam com o trabalho nos CAPS e como uma equipe bem alinhada e colaborativa pode ser um fator fundamental para uma atuação eficiente em saúde mental. Esse alinhamento entre a equipe multidisciplinar também impacta nos processos de EPS, como foi percebido nos relatos, pois propicia troca de saberes e até mesmo a organização de momentos de formação em serviço mediados pelos próprios profissionais e residentes, fazeres entendidos como boas práticas pela PNEPS.

Outro achado da pesquisa que está consonante com a política nacional é a realização de momentos de educação permanente em rede, com a participação de diversos dispositivos e envolvimento de outros setores como Segurança e Assistência Social, buscando romper com a lógica de verticalização, construindo uma rede mais horizontalizada. Essa mudança de perspectiva torna mais fluido o trabalho intersetorial e, conseqüentemente, facilita o acesso dos usuários.

Como pontos que necessitam de atenção encontramos dois principais: 1) a compreensão sobre o que de fato é a Educação Permanente em Saúde; e 2) a participação dos usuários e comunidade geral nos processos de EPS. Todos os momentos de formação relatados pelas entrevistadas foram explicitados por elas como momentos de EPS. Dessa forma, percebemos que ainda não há a compreensão

de que a EPS se trata de uma estratégia político-pedagógica mais direcionada aos fluxos de trabalho específicos, relacionada às necessidades e potencialidades dos processos de trabalho em saúde e realizada de forma contínua. Diferente de capacitações pontuais que também objetivam a melhoria do desempenho, porém, não visam necessariamente uma transformação institucional.

No que se refere à participação comunitária, nenhuma das participantes citou a presença e auxílio dos usuários dos serviços nos processos de EPS. Esse modo de funcionamento acontece de forma antagônica ao preconizado pela política, que propõe o envolvimento de todos os atores em seu contexto de atuação. Elaborada para acontecer a partir da aprendizagem significativa, a educação permanente precisa criar espaços de fala a todos os envolvidos e isso inclui, necessariamente, os usuários dos serviços.

Assim, lembramos o que nos ensina Paulo Freire quando diz que “É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática” (2019, p. 63). Se desejamos a emancipação dos usuários que atendemos, precisamos estimular sua autonomia e participação também nos processos organizacionais dos CAPS. Ouvir e considerar o que eles têm a dizer sobre o trabalho que executamos, possibilita o crescimento profissional e a transformação do dispositivo. Nesse sentido, expandindo nossa visão com um olhar crítico, entendemos que o objetivo fim dos processos de EPS é proporcionar autonomia e melhorar a qualidade do serviço prestado para impulsionar vidas.

Portanto, com esta pesquisa concluímos que a Educação Permanente em Saúde é uma grande aliada no cuidado às pessoas em situação de vulnerabilidades, especialmente no contexto dos CAPS, uma vez que é uma estratégia que convoca profissionais e comunidade a repensarem e reelaborarem as práticas dos serviços considerando exatamente a realidade cotidiana de cada dispositivo. Desse modo, apesar de todos os atravessamentos que enfrentamos durante o estudo, consideramos sua realização como proveitosa e necessária, pois com ela foi possível demonstrar tanto a importância da realização da EPS quanto pontos que precisam ser melhorados para atingirmos os objetivos da política nacional.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, Tatiana et al. O uso do diário de campo na inserção ecológica em uma família de uma comunidade ribeirinha amazônica. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 131-141, 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n1/1807-0310-psoc-27-01-00131.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2017.

ALMEIDA, Sinara Monica Vitalino de e BARBOSA, Larissa Marcelle Vaz. Curricularização da Extensão Universitária no Ensino Médico: o Encontro das Gerações para Humanização da Formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1 (Supl.1), p. 672-680, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/DfkjtF6SgYzNFZKKXYLp85g/#>>. Acesso em 22 set 2023.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Metodologias ativas de aprendizagem: práticas no ensino da Saúde Coletiva para alunos de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 3, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/FbQhxnCxNVyQysGxSQLtdzS/?lang=pt&format=pd>>. Acesso em 22 jul 2021.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas em Saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina e Freiras, Carlos Machado de (Orgs.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2a ed. 4ª reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.117-139. Disponível em: <<https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=2313259&forceview=1>>. Acesso em 22 set 2023.

BASSO-ARANGUIZ, Matilde et al. Propuesta de modelo tecnológico para Flipped Classroom (T-FliC) en educación superior. **Educare**, Heredia, v.22, n.2, p. 20-36, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-42582018000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul 2021.

BOGO, Mariane Santos Janczeski e CHAPADEIRO, Cibele Alves. Perfil e formação do profissional do CAPS e sua compreensão do transtorno mental. **Aletheia**, v. 52, n. 2, p. 21-35, jul./dez. 2019. Disponível em <<http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/5576>>. Acesso em: 2 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 24 fev. 2021. Assunto: Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

_____. Ministério da Saúde. **Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 3 mar. 2021. Assunto: Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu

fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf>. Acesso em: 18 set. 2020.

_____. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2014. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm>. Acesso em: 22 set. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 – Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 23 dez. 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 22 set. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Política+Nacional+de+Educação+Permanente+em+Saúde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em: 19 mai. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004**: Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002**: estabelece o funcionamento e a modalidades de diferentes complexidades do CAPS. Diário Oficial da União, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 10 fev. 2022.

_____. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2021.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 57, n. 5, p. 611-614, set/out, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>>. Acesso em: 26 de abr. 2021.

CARDOSO, Felipe Monte; e CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Aprendendo a clínica do sofrimento social: narrativas do internato na Atenção Primária à Saúde.

Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 4, pp. 1251-1260, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/TsF3sL5gjJtKgLSYDKJzSBF/?lang=pt>>. Acesso em 10 ago 2022.

CARMO, Michelly Eustáquia do; e GUIZARDI, Francini Lube O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, V. 34, n. 3, e00101417, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/ywYD8gCqRGg6RrNmsYn8WHv/?lang=pt>>. Acesso em: 03 de mar. 2021.

CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro e GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n3/0104-1290-sausoc-26-03-00676.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2005.v9n16/161-168/pt>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

CUNHA, Vânia Cristina Alves; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Perfil das equipes dos centros de atenção psicossocial de uma região do estado de minas gerais. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 1, p. 32-36, jan-mar 2016. Disponível em <<https://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/179>>. Acesso em: 27 fev. 2021.

DIMENSTEIN, Magda et al. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 72-87, 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v69n2/06.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

DUTRA, Virginia Faria Damásio; OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. **Aquichan**, Bogotá, v. 15, n. 4, p.529-540, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n4/v15n4a08.pdf>>. Acesso em 25 set. 2020.

ENGSTROM, Elyne Montenegro; TEIXEIRA, Mirna Barros. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1839-1848, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2016.v21n6/1839-1848/pt>>. Acesso em 21 set. 2020.

FERREIRA, Andressa Martins Dias; et al. Roteiro adaptado de análise de conteúdo – modalidade temática: relato de experiência. **J. Nurs. Health**, v. 10, n. 1, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/14534>> Acesso em: 26 de abr. 2021.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5ª ed, 2010. Aplicativo.

FOUCAULT, Michel. A ética do cuidado de si como prática de liberdade. In: **Ditos e escritos v. 5**. Ética, Sexualidade, Política. Organização e seleção de textos: Manoel Barros da Motta. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004, p. 264-287.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 61 ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2019.

GADELHA, Ana Karina De Sousa. **A implementação da residência integrada em saúde com ênfase em saúde da família e comunidade em municípios cearenses**: um estudo de caso. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2016.

GHEZZI, Joyce Fernanda Soares Albino et al. Estratégias de metodologias ativas de aprendizagem na formação do enfermeiro: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm**, v.74, n.1, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/BnCnYPX9ZQZbqnLQmjM3TJg/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 27 jul 2021.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LINHARES, Jossane Candeira Spíndola. **Linha Solta**: Dispositivos de Cuidado à Saúde Mental Infantojuvenil e a Teia de Interrelações em Sobral-Ce. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Saúde Mental) – Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2017.

MARTINS, Dana Raissa Rocha. **Vulnerabilidade Psicossocial e o papel da Economia Solidária**: a história de vida de um convivente de um CAPS AD. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Psicologia), Pontifícia Universidade Católica De São Paulo, 2019. Disponível em <<https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/28626>>. Acesso em 10 set. 2022.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, pp.161-77, 2005. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/icse/a/ZyHhFfVKJwkykf8vBm8zTXv/?lang=pt>>. Acesso em 12 abr. 2022.

_____. **Cuidado com o cuidado em saúde**. Saiba explorar seus paradoxos para defender a vida. O ato de cuidar é um ato paradoxal: pode aprisionar ou libertar. Campinas, 2004. Disponível em <<https://www.yumpu.com/pt/document/read/12817362/cuidado-com-o-cuidado-em-saude-saiba-explorar-seus-uff>>. Acesso em 9 set. 2020.

MENDES, Marcos Vinicius de Carvalho, et al. Centro de Atenção Psicossocial e

População de Rua: saúde, acesso e vulnerabilidade. In: Souza, Eduardo Sodré et al (Orgs.). **Enfermagem no cuidado a saúde de populações em situação de vulnerabilidade**: volume 2. Brasília, DF: Editora ABen; 2022. p. 5-9. Disponível em: <<https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c01>>. Acesso em 04 fev. 2023.

MENEGAZ, Jouhanna do Carmo et. al. Flipped Classroom no ensino de gerenciamento em enfermagem: relato de experiência. **Escola Anna Nery**, v.22, n.3, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/46BM7PTPTpm7MvtV5M7XR3P/?lang=pt>>. Acesso em 22 jul 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. rev. e aprim. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOREIRA, Ana Virgínia do Nascimento. **Os conceitos de risco e vulnerabilidade na Política Nacional de Assistência Social no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/39835>>. Acesso em 22 set 2023.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Traduzido por Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NISIIDE, Ana Carolina Becker; SILVA, Maria Isabel Formoso Cardoso e. A atenção à família em um Centro de Atenção Psicossocial. **SER Social**: estado, democracia e saúde. Brasília, v. 22, n. 46, jan-jun de 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25451/25140>. Acesso em 30 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde - CDSS **Redução das desigualdades no período de uma geração**: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. 2010. Disponível em <https://www.who.int/eportuguese/publications/Reducao_desigualdades_relatorio2010.pdf> Acesso em 29 mar. 2021.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia. & ESCÓSSIA, Liliana da (orgs.). **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PORTAL, Patrícia Socorro Coelho; et al. As equipes multidisciplinares como dispositivos “técnicos de referência” em saúde mental nos CAPS e a gestão do cuidado: uma revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, e21010615747, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15747/14029>>. Acesso em 10 abr 2023.

RODRIGUES, Daniela de Freitas et al. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Educação Permanente em Saúde: uma construção de vínculo entre a

educação e o trabalho. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, e7410514491, 2021. Disponível em <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/14491/13163/191646>>. Acesso em: 24 set 2023.

SANTOS, Raionara Cristina de Araújo; PESSOA JUNIOR, João Mário; e MIRANDA Francisco Arnoldo Nunes de. Rede de atenção psicossocial: adequação dos papéis e funções desempenhados pelos profissionais. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 39, e57448, 2018. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e57448.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2021.

SCOTT, Juliano Beck, et al. O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 600-615, ago. 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682018000200013>. Acesso em: 22 jun. 2023.

SILVA, Cláudia Brandão Gonçalves, SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface** (Botucatu), v. 24, e190840, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v24/1807-5762-icse-24-e190840.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2021.

SOUZA, Fernanda Silveira de, et al. Construção de fluxos de atenção em CAPS AD para qualificação de processos de cuidado. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v. 14, n. 40, p. 53-72, 2022. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80299>>. Acesso em 30 abr. 2023.

TONIN, Carolina Francielle; BARBOSA, Tatiane Muniz. A interface entre Saúde Mental e Vulnerabilidade Social. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 11(3), 50-68, 2017 - Epub mar, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.18569/tempus.v11i3.2281>>. Acesso em 29 mar. 2021.

TRINDADE, Letícia de Lima et al. A formação profissional na orientação da assistência aos grupos vulneráveis na Atenção Básica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Abr/Jun, v. 5, n. 2, p. 368-378, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13738/pdf>>. Acesso em 18 set. 2020.

VALENTE, José Armando. Blended learning e as mudanças no ensino superior: a proposta da sala de aula invertida. **Educar em Revista**, Edição Especial n. 4, pp. 79-97, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/er/a/GLd4P7sVN8McLBcbdQVyZyG/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 30 jul 2021.

7. APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo De Anuência

Identificação do estudo: Esta pesquisa tem como objetivo conhecer e avaliar as percepções de profissionais de nível superior acerca da Educação Permanente em Saúde no trabalho em equipe e na organização de Centros de Atenção Psicossocial, no que se refere à atenção a usuários em situação de vulnerabilidade. Para tanto, serão realizados questionários estruturados e entrevistas semiestruturadas junto aos profissionais de saúde mental de CAPS de algumas cidades nordestinas.

Título do projeto: A Formação Profissional Voltada ao Cuidado de Populações Vulneráveis: percepções acerca da Educação Permanente em Saúde

Pesquisadora responsável: Jossane Candeira Spíndola Linhares

Orientadora: Profa. Dra. Aline Winter Sudbrack

Coorientadora: Profa. Dra. Luíza Maria de Oliveira Braga Silveira

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre | Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional

Contatos: (86) 99921-0726 | jossane.candeira@ufcspa.edu.br

Afirmo que eu, gestor do Centro de Atenção Psicossocial abaixo identificado, tenho conhecimento sobre a pesquisa “A Formação Profissional Voltada ao Cuidado de Populações Vulneráveis: percepções acerca da Educação Permanente em Saúde” e estou de acordo que os profissionais indicados abaixo participem do referido estudo, que tem como pesquisadora responsável a psicóloga mestranda em Ensino na Saúde, Jossane Candeira Spíndola Linhares, regularmente matriculada no Conselho Regional de Psicologia sob a inscrição 21/01835.

Para salvar este Termo de Autorização em formato PDF, clique no link abaixo:

<https://drive.google.com/file/d/1qtmu95mfgNtJ3YK2ckec7kr4OxYcFdPA/view?usp=sharing>

Nome completo do gestor do CAPS:

Nome completo e contato dos profissionais Massa da pesquisa:

1. Psicóloga(o) _____

2. Enfermeira(o) _____

3. Médica(o) _____

Identificação do CAPS:

Município e Estado do CAPS:



Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre

Pesquisa com profissionais da saúde mental acerca da Educação Permanente em Saúde (EPS)

Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde - PPGENSAU - Mestrado Profissional

jossane.candeira@ufcspa.edu.br (não compartilhado)
[Alternar conta](#)

***Obrigatório**

Identificação do Estudo

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer e avaliar as percepções de profissionais de nível superior acerca da Educação Permanente em Saúde no trabalho em equipe e na organização de Centros de Atenção Psicossocial, no que se refere à atenção a usuários em situação de vulnerabilidade. Para tanto, serão realizados questionários estruturados e entrevistas semiestruturadas junto aos profissionais de saúde mental de CAPS de algumas cidades nordestinas.

Título do projeto: A Formação Profissional Voltada ao Cuidado de Populações Vulneráveis: percepções acerca da educação permanente em saúde
Pesquisadora responsável: Jossane Candeira Spindola Linhares
Orientadora: Profa. Dra. Aline Winter Sudbrack
Coordenadora: Profa. Dra. Luiza Maria de Oliveira Braga Silveira
Instituição/Departamento: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre | Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional
Contatos: (86) 99921-0726 | jossane.candeira@ufcspa.edu.br

TERMO DE ANUÊNCIA

Afirmo que eu, gestor do Centro de Atenção Psicossocial abaixo identificado, tenho conhecimento sobre a pesquisa "A Formação Profissional Voltada ao Cuidado de Populações Vulneráveis: percepções acerca da educação permanente em saúde" e estou de acordo que os profissionais indicados abaixo participem do referido estudo, que tem como pesquisadora responsável a psicóloga mestranda em Ensino na Saúde, Jossane Candeira Spindola Linhares, regularmente matriculada no Conselho Regional de Psicologia sob a inscrição 2101835.

Para salvar este Termo de Autorização em formato PDF, clique no link abaixo:
<https://drive.google.com/file/d/1nbpMjGzCm07pPGF0wOZy57KyyYf45M/view?usp=sharing>

Nome completo do gestor do CAPS *

Sua resposta

Nome e contato do profissional colaborador da pesquisa - Psicólogo(o): *

Sua resposta

Nome e contato do profissional colaborador da pesquisa - Enfermeira(o): *

Sua resposta

Nome e contato do profissional colaborador da pesquisa - Médica(o): *

Sua resposta

Identificação do CAPS *

Sua resposta

Município e Estado do CAPS *

Sua resposta

Enviar Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.
Este formulário foi criado em UFCSPA. [Denunciar abuso](#)

Google Formulários

Figura 5: Termo de Anuência que foi apresentado aos gestores.

APÊNDICE B – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido

Identificação do estudo

Título do projeto: A Formação Profissional Voltada ao Cuidado de Populações Vulneráveis: percepções acerca da Educação Permanente em Saúde

Pesquisadora responsável: Jossane Candeira Spíndola Linhares

Orientadora: Profa. Dra. Aline Winter Sudbrack

Coorientadora: Profa. Dra. Luíza Maria de Oliveira Braga Silveira

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre | Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional

Contatos: (86) 99921-0726 | jossane.candeira@ufcspa.edu.br

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “*A formação profissional voltada ao cuidado de populações vulneráveis: percepções acerca da Educação Permanente em Saúde*” de autoria de Jossane Candeira Spíndola Linhares, orientada pela Dra. Aline Winter Sudbrack e co-orientada pela Dra. Luiza Maria De Oliveira Braga Silveira.

A pesquisa consistirá em um estudo qualitativo com realização de duas etapas virtuais, nas quais será necessária sua participação: 1) questionário estruturado; 2) entrevista semiestruturada.

Na primeira etapa você preencherá um questionário on-line que auxiliará no direcionamento e celeridade da próxima fase da pesquisa. Ele é composto por 12 questões estruturadas que você levará aproximadamente 05 minutos para preencher. Na segunda etapa você participará de uma entrevista semiestruturada, a ser realizada pela plataforma Google Meet, com horário previamente agendado de acordo com sua disponibilidade. A entrevista terá duração aproximada de até 40 minutos, e será gravada para fins de posterior transcrição. É importante frisar que sua imagem ou voz NÃO serão divulgadas; esses dados passarão por criptografia e somente a pesquisadora terá acesso a eles.

Você não terá nenhum ônus para participar da pesquisa, sendo que qualquer despesa decorrente de sua participação, desde que seja devidamente comprovada, será ressarcida pela equipe de pesquisadores. Se ocorrer algum dano proveniente de sua participação no estudo, você terá direito à indenização. Sua identidade não será divulgada, nem tampouco seus dados pessoais. É um direito seu o anonimato, o sigilo das informações prestadas e a confidencialidade. Os riscos para participar da pesquisa são mínimos, no entanto, se alguma questão do questionário ou pergunta da entrevista criar algum constrangimento, você pode deixar de responder à questão ou mesmo retirar-se da pesquisa sem que isto implique em quaisquer prejuízos para você. Para isso, você precisará apenas enviar um e-mail para o endereço jossane.candeira@ufcspa.edu.br solicitando a retirada do consentimento de utilização dos seus dados. Em seguida você receberá a resposta de ciência de seu interesse em ser desligado da pesquisa.

Os benefícios em participar da pesquisa são os de contribuir para o melhor entendimento das repercussões da educação permanente no trabalho em equipe e

na organização dos Centros de Atenção Psicossocial no que se refere à qualificação do atendimento a usuários em situação de vulnerabilidade, que darão suporte ao desenvolvimento de novas pesquisas e produção de conhecimento científico.

A equipe de pesquisa estará à sua disposição para tomar as providências e cautelas necessárias no sentido de que você não tenha nenhum desconforto. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa e serão guardados por 5 anos. Após este período serão descartados. Qualquer dúvida, contatar a professora Dra. Aline Winter Sudbrack, pelo e-mail alinewin@ufcspa.edu.br ou o Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA, através do telefone (51) 3303-8804 ou pelo e-mail cep@ufcspa.edu.br.

O CEP-UFCSPA é o órgão especializado e independente, vinculado operacionalmente à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, e tem como objetivo pronunciar-se no aspecto científico e ético sobre todos os projetos de pesquisa a serem desenvolvidos na Instituição, visando promover a adequação das investigações propostas na área da saúde e nos procedimentos experimentais envolvendo seres humanos.

Informamos ainda que os resultados da pesquisa serão divulgados para os participantes através das mídias sociais, conforme orientação que você receberá ao final do processo de coleta de dados.

Nesses termos, agradecemos a sua colaboração e informamos que este registro de consentimento está disponível em duas vias de igual teor, permanecendo uma via com a pesquisadora e outra com o(a) colaborador(a) participante.

Jossane Candeira Spíndola Linhares
CPF: 008.023.223-01 | CRP: 21/01835

Para baixar sua via deste RCLE em formato PDF, clique no link abaixo:
<https://drive.google.com/file/d/1O8LBs32NQOLlawao-FAfwFBnqNC7ba7s/view?usp=sharing>

Diante das explicações você acha que está suficientemente informado(a) a respeito da pesquisa que será realizada e concorda de livre e espontânea vontade em participar, como colaborador(a)?

() Sim, concordo em participar da pesquisa e autorizo a gravação de minha voz e/ou imagem.

() Não, não autorizo a gravação de minha voz e/ou imagem.



Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre

Pesquisa com profissionais da saúde mental acerca da Educação Permanente em Saúde (EPS)

Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde - PPGENSAU - Mestrado Profissional

 jossane.candeira@ufcspa.edu.br (não compartilhado)  Rascunho restaurado.

[Alternar conta](#)

*Obrigatório

Identificação do Estudo

Título do projeto: A Formação Profissional Voltada ao Cuidado de Populações Vulneráveis: percepções acerca da educação permanente em saúde
 Pesquisadora responsável: Jossane Candeira Spindola Linhares
 Orientadora: Profa. Dra. Aline Winter Sudbrack
 Coorientadora: Profa. Dra. Luiza Maria de Oliveira Braga Silveira
 Instituição/Departamento: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre | Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional
 Contatos: (86) 99921-0726 | jossane.candeira@ufcspa.edu.br

REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - RCLE

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa "A formação profissional voltada ao cuidado de populações vulneráveis: percepções acerca da educação permanente em saúde" de autoria de Jossane Candeira Spindola Linhares, orientada pela Dra. Aline Winter Sudbrack e co-orientada pela Dra. Luiza Maria De Oliveira Braga Silveira.

A pesquisa consistirá em um estudo qualitativo com realização de duas etapas virtuais, nas quais será necessária sua participação: 1) questionário estruturado; 2) entrevista semiestruturada.

Na primeira etapa você preencherá um questionário on-line que auxiliará no direcionamento e celeridade da próxima fase da pesquisa. Ele é composto por 12 questões estruturadas que você levará aproximadamente 05 minutos para preencher. Na segunda etapa você participará de uma entrevista semiestruturada, a ser realizada pela plataforma Google Meet, com horário previamente agendado de acordo com sua disponibilidade. A entrevista terá duração aproximada de até 40 minutos, e será gravada para fins de posterior transcrição. É importante frisar que sua imagem ou voz NÃO serão divulgadas; esses dados passarão por criptografia e somente a pesquisadora terá acesso a eles.

Você não terá nenhum ônus para participar da pesquisa, sendo que qualquer despesa decorrente de sua participação, desde que seja devidamente comprovada, será ressarcida pela equipe de pesquisadores. Se ocorrer algum dano proveniente de sua participação no estudo, você terá direito à indenização. Sua identidade não será divulgada, nem tampouco seus dados pessoais. É um direito seu o anonimato, o sigilo das informações prestadas e a confidencialidade. Os riscos para participar da pesquisa são mínimos, no entanto, se alguma questão do questionário ou pergunta da entrevista criar algum constrangimento, você pode deixar de responder à questão ou mesmo retirar-se da pesquisa sem que isto implique em quaisquer prejuízos para você. Para isso, você precisará apenas enviar um e-mail para o endereço jossane.candeira@ufcspa.edu.br solicitando a retirada do consentimento de utilização dos seus dados. Em seguida você receberá a resposta de ciência de seu interesse em ser desligado da pesquisa.

Os benefícios em participar da pesquisa são os de contribuir para o melhor entendimento das repercussões da educação permanente no trabalho em equipe e na organização dos Centros de Atenção Psicossocial no que se refere à qualificação do atendimento a usuários em situação de vulnerabilidade, que darão suporte ao desenvolvimento de novas pesquisas e produção de conhecimento científico.

A equipe de pesquisa estará à sua disposição para tomar as providências e cautelas necessárias no sentido de que você não tenha nenhum desconforto. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa e serão guardados por 5 anos. Após este período serão descartados. Qualquer dúvida, contatar a professora Dra. Aline Winter Sudbrack, pelo e-mail alinewin@ufcspa.edu.br ou o Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA, através do telefone (51) 3303-8804 ou pelo e-mail cep@ufcspa.edu.br.

O CEP-UFCSPA é o órgão especializado e independente, vinculado operacionalmente à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, e tem como objetivo pronunciar-se no aspecto científico e ético sobre todos os projetos de pesquisa a serem desenvolvidos na Instituição, visando promover a adequação das investigações propostas na área da saúde e nos procedimentos experimentais envolvendo seres humanos.

Informamos ainda que os resultados da pesquisa serão divulgados para os participantes através das mídias sociais, conforme orientação que você receberá ao final do processo de coleta de dados.

Nesses termos, agradecemos a sua colaboração e informamos que este registro de consentimento está disponível em duas vias de igual teor, permanecendo uma via com a pesquisadora e outra com o(a) colaborador(a) participante.

Jossane Candeira Spindola Linhares
 CPF: 008.023.223-01 | CRP: 21/01835

Para baixar sua via deste RCLE em formato PDF, clique no link abaixo:
<https://drive.google.com/file/d/1O8LBS32NOOLawaQ-FAfwFBngNc7ba7s/view?usp=sharing>

Diante das explicações você acha que está suficientemente informado(a) a respeito da pesquisa que será realizada e concorda de livre e espontânea vontade em participar, como colaborador(a)? *

☒ Sim, concordo em participar da pesquisa e autorizo a gravação de minha voz e/ou imagem.

☐ Não, não autorizo a gravação de minha voz e/ou imagem.

Próxima

Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este formulário foi criado em UFCSPA. [Denunciar abuso](#)

Google Formulários

Figura 6: RCLE que foi apresentado aos participantes.

APÊNDICE C – Questionário Estruturado

Este questionário é composto por 12 questões estruturadas, e você levará aproximadamente cinco minutos para responder. Ele nos auxiliará no direcionamento e celeridade da próxima fase da pesquisa, a entrevista semiestruturada, a ser realizada em um encontro síncrono on-line entre a pesquisadora e você.

Friso que a confidencialidade é garantida e seus dados não serão divulgados.

Questões:

1. Qual o seu nome completo?
2. Qual a sua idade?
3. Qual o seu gênero?
☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Outro
4. Em qual Unidade da Federação você reside atualmente?
5. Em qual instituição você concluiu seu curso superior?
6. Qual a sua formação profissional?
☐ psicóloga(o) ☐ Enfermeira(o) ☐ Médica(o)
7. Há quanto tempo você concluiu sua graduação?
☐ De 0 a 6 meses ☐ De 6 meses a 2 anos ☐ De 2 a 5 anos
☐ De 5 a 10 anos ☐ Mais de 10 anos
8. Qual o seu nível de escolaridade? Considere o último concluído.
☐ Graduação ☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado
9. Há quanto tempo você trabalha no CAPS que está atualmente?
☐ De 0 a 6 meses ☐ De 6 meses a 2 anos ☐ De 2 a 5 anos
☐ De 5 a 10 anos ☐ Mais de 10 anos
10. Já participou de algum processo Educação Permanente em Saúde (EPS) no seu local de trabalho atual?
11. Você já participou de algum processo de EPS em algum trabalho anterior?
12. Caso tenha interesse em receber os resultados desta pesquisa, digite seu e-mail abaixo.



UFCSPA
Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre

Pesquisa com profissionais da saúde mental acerca da Educação Permanente em Saúde (EPS)

jossane.candeira@ufcspa.edu.br (não compartilhado)
[Alternar conta](#)

*Obrigatório

Questionário

Este questionário é composto por 12 questões estruturadas, e você levará aproximadamente cinco minutos para responder. Ele nos auxiliará no direcionamento e celeridade da próxima fase da pesquisa, a entrevista semiestruturada, a ser realizada em um encontro síncrono on-line entre a pesquisadora e você. Friso que a confidencialidade é garantida e seus dados não serão divulgados.

1. Qual o seu nome completo? *

Sua resposta

2. Qual a sua idade? *

Sua resposta

3. Qual o seu gênero? *

☐ Feminino

☐ Masculino

☐ Outro: _____

4. Em qual Unidade da Federação você reside? *

☐ Acre (AC)

☐ Alagoas (AL)

☐ Amapá (AP)

☐ Amazonas (AM)

☐ Bahia (BA)

☐ Ceará (CE)

☐ Distrito Federal (DF)

☐ Espírito Santo (ES)

☐ Goiás (GO)

☐ Maranhão (MA)

☐ Mato Grosso (MT)

☐ Mato Grosso do Sul (MS)

☐ Minas Gerais (MG)

☐ Pará (PA)

☐ Paraíba (PB)

☐ Paraná (PR)

☐ Pernambuco (PE)

☐ Piauí (PI)

☐ Rio de Janeiro (RJ)

☐ Rio Grande do Norte (RN)

☐ Rio Grande do Sul (RS)

☐ Rondônia (RO)

☐ Roraima (RR)

☐ Santa Catarina (SC)

☐ São Paulo (SP)

☐ Sergipe (SE)

☐ Tocantins (TO)

5. Em qual instituição você concluiu seu curso superior? *

Sua resposta

6. Qual a sua formação profissional? *

☐ Psicóloga(o)

☐ Enfermeira(o)

☐ Médica(o)

7. Há quanto tempo você concluiu sua graduação? *

☐ De 0 a 6 meses

☐ De 6 meses a 2 anos

☐ De 2 a 5 anos

☐ De 5 a 10 anos

☐ Mais de 10 anos

8. Qual o seu nível de escolaridade? Considere o último concluído. *

☐ Graduação

☐ Especialização

☐ Mestrado

☐ Doutorado

9. Há quanto tempo você trabalha no CAPS que está atualmente? *

☐ De 0 a 6 meses

☐ De 6 meses a 2 anos

☐ De 2 a 5 anos

☐ De 5 a 10 anos

☐ Mais de 10 anos

10. Já participou de algum processo Educação Permanente em Saúde (EPS) no seu local de trabalho atual? *

☐ Sim

☐ Não

11. Você já participou de algum processo de EPS em algum trabalho anterior? *

☐ Sim

☐ Não

12. Caso tenha interesse em receber os resultados desta pesquisa, digite seu e-mail abaixo.

Sua resposta

[Voltar](#) [Enviar](#) [Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este formulário foi criado em UFCSPA. [Denunciar abuso](#)

Google Formulários

Figura 7: Questionário respondido pelas participantes.

APÊNDICE D – Entrevista Semiestruturada

Título do projeto: A Formação Profissional Voltada ao Cuidado de Populações Vulneráveis: percepções acerca da Educação Permanente em Saúde

Pesquisadora responsável: Jossane Candeira Spíndola Linhares

Orientadora: Profa. Dra. Aline Winter Sudbrack

Coorientadora: Profa. Dra. Luíza Maria de Oliveira Braga Silveira

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre | Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional

Telefone para contato: (86) 99921-0726

Esta entrevista é composta por doze questões de caráter semiestruturado. Participarão dela somente você e a pesquisadora responsável. O tempo médio de duração é de 40 minutos, podendo se estender um pouco.

Friso que a confidencialidade é garantida, seus dados não serão divulgados e, caso alguma pergunta da entrevista crie algum constrangimento, você pode deixar de respondê-la ou mesmo retirar-se da pesquisa sem que isto implique em quaisquer prejuízos para você.

Quesitos disparadores:

1. Fale um pouco sobre o seu itinerário formativo. Durante sua graduação, houve disciplinas que a/o aproximou da prática profissional, como você percebe essas experiências?
2. Após encerrar seu curso superior, você vivenciou outras experiências formativas como especializações e cursos de extensão? Nesses cursos você teve vivências práticas? Se sim, como aconteceram?
3. Quais os caminhos que você percorreu até chegar no CAPS no qual trabalha hoje?
4. Caso já tenha participado de alguma experiência de Educação Permanente em Saúde em seu trabalho (anteriores e atual), relate sobre suas percepções acerca dessa. Quais foram suas expectativas? Existiu algum aspecto que você considera que poderia ser melhorado?
5. Você percebe diferenças entre teoria e prática no seu cotidiano profissional? Se sim, quais estratégias usa para lidar com isso no seu trabalho?

6. Como acontece a organização dos processos de trabalho no CAPS que você atua? A equipe consegue realizar diálogos e estabelecer trocas significativas?
7. Você já fez algum curso sobre vulnerabilidade na saúde?
8. O que você entende por vulnerabilidade?
9. Quais são as principais vulnerabilidades que você percebe no público que atende?
10. Como sua formação te auxilia a lidar com essas vulnerabilidades?
11. No seu trabalho existem ações direcionadas a aumentar o protagonismo e autonomia dos usuários com relação ao tratamento? Se sim, como e com que frequência essas ações ocorrem?
12. Quais são suas principais dificuldades e desafios no trabalho junto aos usuários do CAPS?