ANA CLAUDIA BALDANI

**Contribuições de experiências de estágio em CAPS III
para a formação interdisciplinar em Saúde Mental
na perspectiva da Reforma Psiquiátrica**

São Paulo

2016

ANA CLAUDIA BALDANI

**Contribuições de experiências de estágio em CAPS III
para a formação interdisciplinar em Saúde Mental
na perspectiva da Reforma Psiquiátrica**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, Mestrado Profissional, à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Fátima Corrêa Oliver

São Paulo

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Baldani, Ana Claudia.

Contribuição de experiências de estágio em CAPS III para a formação interdisciplinar em Saúde Mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica/ Ana Claudia Baldani ; orientador Fátima Corrêa Oliver. -- São Paulo, 2016.

233 p. : fig., tab.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Pós-Graduação Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde. Área de Concentração: Formação em Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida.

1. Serviços de Saúde Mental. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Equipe de Assistência ao Paciente. 4. Estágios. 5. Desenvolvimento de Pessoal. I. Oliver, Fátima Corrêa. II. Título.

Baldani AC. Contribuições de experiências de estágio em CAPS III para a formação interdisciplinar em Saúde Mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: /   /2016

Banca Examinadora

Prof(a).Dr(a)._____

Instituição:_____Julgamento: _____

Prof(a).Dr(a)._____

Instituição:_____Julgamento: _____

Prof.Dr._____

Instituição:_____Julgamento: _____

Dedico este trabalho a todas as pessoas que lutam por um sistema de saúde público e de qualidade e por uma sociedade sem manicômios.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a existência ao universo, ao seu caos criador e toda emanção possível de amor, justiça e solidariedade.

À minha querida orientadora Fátima, pela abertura, aposta e confiança, pelas trocas e aprendizados e por todo o cuidado, atenção, delicadeza e paciência que teve comigo neste processo.

À Fernanda Nicácio e Márcia Oliveira, pelas parcerias e contribuições na minha Banca de Qualificação. À Ana Aranha pela parceria e incentivo e ao Tykanori por aceitar o convite para participar da Banca de Defesa.

À Graciela, que mesmo em Portugal, muito me ajudou na elaboração dos instrumentos de construção de dados.

A todos que conheci e com quem muito aprendi neste Programa de Mestrado Profissional da USP, docentes e alunos.

À Sumaya, pelas trocas e por suas contribuições na elaboração da primeira versão do meu projeto de pesquisa.

A todos os estagiários que passaram pelo CAPS, em especial, aqueles que se mostraram disponíveis e contribuíram para que esta pesquisa fosse possível.

Aos usuários do CAPS, que me ensinam diariamente outros modos de existir, de fazer, de pensar e de sentir.

Aos coordenadores e parceiros de trabalho do CAPS, com quem troco saberes e afetos. Em especial, Anna, Alê C, Celso, Edivânia, Emi, Neusa, Helena, Paty C, Paty P, Polí, Rose, Simone e Taísa, que me deram suporte e me acolheram em momentos difíceis. E também ao Ajax, Cida, Cris e Polí, que contribuíram com algumas informações para este estudo.

Aos Residentes "Multi", Jéssica, Paula, Jú e Mateus, que também foram muito parceiros e presentes no cotidiano. Jéssica, obrigada também pelos florais.

Aos meus amados e guerreiros pais, fundamentos do meu ser e do meu caráter, pelo amor incondicional e por todo incentivo e suporte que me proporcionam nos caminhos que escolho para a minha vida.

Aos meus amados irmãos Laerte e Igor, meus inspiradores.

Ao Felipe, meu grande amor, pelas aventuras e aprendizados compartilhados, por ter embarcado nesta "loucura" comigo e pela presença e apoio nos momentos mais difíceis.

Aos meus filhos peludos, Eros e Psíquê, que chegaram na minha vida no início do Mestrado, fizeram-me companhia nos estudos e escritas e trouxeram-me mais amor e leveza. E à Summer e ao Tião, que me encham de amor e alegria quando nos encontramos.

A todos da família que me acompanharam neste percurso e me incentivaram, em especial as cunhadas Jú, Rê e Thata e sobrinhas Lala e Brubru.

Ao sobrinho e afilhado Joaquim, vida que chegou pra trazer mais amor, alegria e esperança.

À Mi e à Paty, amigas de infância, e às amigas Eli, Elisa, Fabi, Fran, Joice, Mirela, Vânia e Vivi, que puderam compreender minhas ausências e estiveram presentes mesmo à distância.

À Poli, pela amizade e cuidado, pelas trocas e suporte afetivo em ambiente por vezes tão árido e momentos por vezes tão duros.

À Rose, pela vizinhança, amizade, cuidado e solidariedade.

À Mafê e à Tati, pelo café, afetos e desabafos.

À Luci, pelas meditações, carinho e reconhecimento.

À Sueli, pelas mensagens de apoio trocadas nas madrugadas.

Ao Christian, pela disponibilidade ao diálogo e por suas contribuições.

À minha analista Ercília, aos amigos e parceiros do IABSP, e à Dani, minha Mestra de Yoga, pela continência e por me apresentarem caminhos que favorecem o meu fortalecimento, expressão, fluxo e ampliação de minha potência criativa.

Aos "não amigos", desafios da vida que contribuem para o meu crescimento, amadurecimento e evolução espiritual.

Meus mais sinceros agradecimentos!

Também a experiência, e não a verdade, é o que dá sentido à educação. Educamos para transformar o que sabemos, não para transmitir o já sabido. Se alguma coisa nos anima a educar é a possibilidade de que esse ato de educação, essa experiência em gestos nos permite liberar-nos de certas verdades, de modo a deixarmos de ser o que somos, para ser outra coisa para além do que vímos sendo.

Larossa & Kohan

RESUMO

Baldani AC. Contribuições de experiências de estágio em CAPS III para a formação interdisciplinar em Saúde Mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016. Versão Corrigida.

Introdução: A formação dos profissionais da área da saúde é fundamental para a transformação das práticas de cuidado e consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo um desafio do SUS, esta questão também está presente no campo da Saúde Mental e é necessária para a consolidação da Reforma Psiquiátrica e construção e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. **Proposição:** Investigar e refletir sobre as experiências dos estudantes que realizaram estágio no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III Itaim Bibi entre 2009 e 2014, no tocante à formação profissional em Saúde Mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. **Materiais e Métodos:** Estudo qualitativo, com construção dos dados a partir da leitura de relatórios dos estudantes e de questionários com perguntas referentes à experiência dos estágios, que foram apresentadas aos participantes conforme orientações do método Delphi. As questões abordaram: motivos; expectativas; forma e qualidade de participação nas atividades; temas e estudos; trabalho em equipe; situações vivenciadas; influência na atuação profissional; apresentação do estágio e sugestões de alterações. As informações foram trabalhadas por meio de Análise de Conteúdo Temática. **Resultados:** Dos 52 convidados, 28 participaram da primeira rodada (53,85%), sendo: 14 terapeutas ocupacionais, 9 enfermeiros, 3 psicólogos e 2 estudantes de Serviço Social. O segundo questionário foi composto por afirmativas presentes nas respostas recebidas para que os participantes as avaliassem conforme grau de concordância da escala Likert. Nesta fase foram recebidas 26 respostas. **Conclusões:** Apesar das dificuldades vivenciadas, avaliou-se que a maior parte das experiências dos estágios foi positiva e possibilitou aprendizagens significativas sobre o modelo de atenção psicossocial, o funcionamento e dinâmica da instituição, o trabalho em equipe interdisciplinar e as produções de convivência, principalmente aos sujeitos que realizaram estágios com maior carga horária. Identificaram como importantes aprendizados as experiências de acompanhamento individual e grupal dos usuários,

a construção de Projeto Terapêutico Singular e de redes, o trabalho territorial e intersetorial. A participação em reuniões, supervisões clínico-institucionais, multiprofissionais e em oficinas de reflexão com as docentes das Universidades foi considerada importante para a formação. O aprendizado de manejo de situações de crise e de conflitos e de técnicas de contenção foi considerado superficial. Identificou-se que modelo de gestão e o trabalho da equipe influenciam no desenvolvimento de autonomia e protagonismo dos estagiários. O fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade é necessário e a flexibilização das propostas instituídas poderia facilitar a construção conjunta dos planos de estágios. Como produtos desta pesquisa foram elaboradas propostas de modificações para melhor organização dos estágios no CAPS e para a integração ensino-serviço e de Plano de Estágio Supervisionado em Terapia Ocupacional para os estágios extracurriculares. Realizou-se também uma Revisão Integrativa das publicações científicas brasileiras sobre a formação de estudantes de graduação em Saúde Mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Por fim, compreendeu-se que as experiências ressoam nas práticas profissionais dos graduados de modo positivo. Os participantes que não atuam neste campo, disseram levar consigo a experiência do trabalho em equipe e de formas éticas e humanizadas de cuidado.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental. Sistema Único de Saúde. Equipe Interdisciplinar de Saúde. Estágios. Formação de Recursos Humanos.

ABSTRACT

Baldani AC. Contributions of internship experiences in CAPS III for the interdisciplinary professional education in Mental Health from the perspective of the Psychiatric Reform [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016. Versão Corrigida.

Introduction: The professional education in Health is fundamental to the transformation of healthcare practices and the consolidation of the principles and guidelines of the Brazilian National Health System (NHS). As a challenge to the NHS, this issue is also present in the field of Mental Health and it's necessary for the consolidation of the Psychiatric Reform, construction and strengthening of the Psychosocial Care Network. **Proposition:** To investigate and reflect on the experiences of students who performed internships at the Psychosocial Care Center III (CAPS) Itaim Bibi between 2009 and 2014, regarding professional education in Mental Health from the perspective of the Psychiatric Reform. **Materials and Methods:** Qualitative study, with construction of the data from the reading of student's reports and questionnaires with questions regarding the internship experience, which were presented to the participants according to the Delphi Technique guidelines. The issues addressed: reasons; expectations; manner and quality of participation in the activities; themes and studies; team work; situations experienced; influence on professional practice; internship presentation and suggested changes. The information was worked through Qualitative Thematic Analysis. **Results:** Out of the 52 guests, 28 participated in the first round (53.85%): 14 occupational therapists, 9 nurses, 3 psychologists and 2 students of Social Work. The second questionnaire was composed of affirmatives present in the answers received so that the participants would evaluate them according to the degree of concordance of the Likert scale. At this stage, there were received 26 answers. **Conclusions:** Despite the difficulties experienced, it assessed that most of the internship experiences was positive and enabled significant learning about the psychosocial care model, the functioning and dynamics of the institution, the interdisciplinary teamwork and productions of social relationships, mainly to the subjects who performed longer workload internships. They identified as important learning the individual and group follow-up experiences of the users, the construction of both Singular Therapeutic Project and Networks, the territorial and intersectoral

work. Meetings participation, clinical/ institutional supervisions, multidisciplinary and reflection workshops with teachers of universities were considered important for the professional education. The learning management of crises and conflicts and contention techniques was considered superficial. It was identified that management model and team work influence the development of students' autonomy and protagonism. The strengthening of the teaching-service-community integration is needed and the flexibility of the proposals instituted could facilitate the joint construction of internship plans. As products of this research there were elaborated proposals of modifications to improve the organization of internships in CAPS and to the teaching-service integration and to the Supervised Internship Plan in Occupational Therapy for the extracurricular internships. An integrative review of Brazilian scientific publications about professional education of undergraduate students in Mental Health from the perspective of the Psychiatric Reform was also produced. Finally, it was understood that the experiences resonate positively in the professional practices of the graduates. The participants who do not work in this field said they carry the teamwork experiences as well as the ethical and humanized forms of care.

Keywords: Mental Health Services. Brazilian National Health System. Interdisciplinary Health Team. Internship. Human Resources Formation.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
APS	Atenção Primária em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CECCO	Centros de Convivência e Cooperativas
CEFOR	Centro Formador de Pessoal Para Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CGP	Coordenação de Gestão de Pessoas
CIEE	Centro de Integração Empresa-Escola
CIES	Comissões de Integração Ensino e Serviço
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COAPES	Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EAD	Ensino à distância
EEUSP	Escola de Enfermagem da USP
EMS	Escola Municipal de Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EIP	Educação Interprofissional
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETSUS	Escola Técnica do SUS
FAPERJ	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do RJ
FIESMED	Fundo de Financiamento Estudantil

FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMUSP	Faculdade de Medicina da USP
IDA	Integração Docente Assistencial
IES	Instituição de Ensino Superior
LAPPIS	Laboratório de pesquisas sobre práticas de integralidade em saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MMH	Modelo Médico Hegemônico
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleos de Apoio Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
PAP	Programa de Aprimoramento Profissional
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PICo	População/Paciente/Problema, Interesse e Contexto
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PRÓ-ENSINO	Programa Nacional de Desenvolvimento Docente
PROFAPS	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores
PRÓ-INTERNATO	Programa Nacional de Apoio ao Internato Médico
PROMED	Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina
PRÓ-RESIDÊNCIA	Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental

PTS	Projeto Terapêutico Singular
PPP	Projeto Político-Pedagógico
PS	Pronto Socorro
PSF	Programa Saúde da Família
PUC	Pontifícia Universidade Católica
PVC	Programa de Volta para Casa
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SE	Sala de Estabilização
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SM	Saúde Mental
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
T.O.	Terapia Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo
VER-SUS	Estágio de Vivência na Realidade do SUS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS NO E PARA O SUS.....	23
2.1 Formação interdisciplinar em Saúde.....	23
2.2 Políticas e estratégias de formação em Saúde.....	29
2.3 Por uma prática libertária e transformadora: a importância da formação interdisciplinar de estudantes na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.....	42
2.4 Políticas e estratégias de formação em Saúde Mental.....	53
3 FORMAÇÃO DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: REVISÃO INTEGRATIVA.....	59
3.1 Percurso Metodológico.....	59
3.2 Resultados.....	61
3.3 Discussão.....	63
3.4 Considerações Finais da Revisão Integrativa.....	74
4 REFLEXÕES SOBRE O CONCEITO DE EXPERIÊNCIA.....	77
5 PROPOSIÇÕES.....	83
5.1 Geral.....	83
5.2 Específicas.....	83
6 MATERIAIS E MÉTODOS.....	84
6.1 Tipo de Estudo.....	84
6.2 CAPS III Itaim Bibi: cenário de formação profissional em Saúde Mental.....	84
6.3 Caracterização dos participantes da pesquisa.....	89
6.4 Técnica e instrumento para construção dos dados.....	91
6.5 Questões Éticas.....	92
6.6 Construção dos dados.....	92
6.7 Análise dos dados.....	93
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	95
7.1 Primeira rodada: as experiências de estágio na visão dos participantes.....	95
7.2 Segunda Rodada: a possibilidade de um novo posicionamento.....	99
8 CONCLUSÕES.....	155
REFERÊNCIAS.....	165
APÊNDICES.....	179
ANEXOS.....	220

APRESENTAÇÃO

Em 2009, iniciei minha atuação como terapeuta ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial, CAPS III Itaim Bibi, dispositivo de atenção em Saúde Mental do município de São Paulo. Naquele ano, o CAPS II transformou-se em CAPS III e passou a funcionar vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, o que implicou na ampliação da equipe multiprofissional.

Este serviço já se caracterizava como um cenário de prática profissional em Saúde Mental desde que ainda era estruturado como CAPS II, ao abrir suas portas aos estudantes de cursos de Acompanhamento Terapêutico e aos de graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) e Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), a partir de convênios entre as instituições e a Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo.

Com sua transformação em CAPS III, o cenário de formação se expandiu ao longo do tempo, com a vinda dos estudantes de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) e aqueles contratados pelo Centro de Integração Empresa-Escola (CIEE)¹, de estudantes do curso de Serviço Social da PUC e, em 2015, com o início do programa Residência Multiprofissional, pós-graduação desenvolvida pela EEUSP.

Desde o início do meu trabalho neste serviço participo desses processos de formação como preceptora/ supervisora local dos estágios de graduação e, mais recentemente, da Residência Multiprofissional, o que me trouxe importantes reflexões acerca da educação interprofissional.

Compreende-se que este serviço, enquanto cenário de aprendizagem de prática profissional em Saúde Mental no Sistema Único de Saúde, com trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, apresenta condições para propiciar aos participantes a experiência de conviver, acompanhar e cuidar de pessoas com intenso sofrimento psíquico, bem como de realizar trocas de saberes com os profissionais da equipe e outros atores envolvidos no processo.

---

¹ Em meados de 2015, a Prefeitura Municipal de São Paulo encerrou o contrato com o CIEE e esses estágios passaram a ser administrados pela agência Super-Estágios.

A proposta de formação em serviço no CAPS III Itaim Bibi tem como objetivo a participação ativa, criativa, propositiva e autônoma dos estudantes. Os estagiários são incentivados a serem protagonistas e não somente observadores, com abertura da equipe para trocas de conhecimentos e manejo das situações vivenciadas.

Além disso, considera-se que a aproximação dos saberes das IES e suas articulações com a prática podem favorecer a ampliação do conhecimento e a reflexão permanente sobre as práticas entre todos os participantes: estudantes, profissionais, docentes, usuários e seus familiares.

A partir da compreensão da importância da formação interdisciplinar em saúde como estratégia para a transformação das práticas - de uma prática centrada na doença para a de promoção e afirmação da vida - e para capacitar os estudantes para serem protagonistas do cuidado no sentido da integralidade e do trabalho em equipe, senti a necessidade de dar continuidade à minha própria formação para potencializar meu papel como preceptora.

Neste momento, ingressei no programa de Mestrado Profissional e busquei investigar sobre a experiência dos estagiários nas dinâmicas do cotidiano do CAPS III Itaim Bibi: Como se dá a formação no serviço na perspectiva da Reforma Psiquiátrica sob o ponto de vista dos estudantes? Como a experiência ressoa (ou não) nas práticas profissionais dos graduados? Quais as mudanças necessárias e os desafios para o serviço no sentido de potencializar a formação de novos estagiários?

Estas foram as questões colocadas para o desenvolvimento deste estudo.

No Capítulo 1, apresenta-se a Introdução que discute o contexto das necessidades do SUS e da Reforma Psiquiátrica no que tange à formação dos profissionais, para que as práticas assistenciais sejam alinhadas aos modelos de cuidado integral e de atenção psicossocial.

Um aprofundamento sobre este horizonte ético-político-ideológico e os processos históricos dos movimentos, das conquistas de leis e de mudanças no âmbito da formação dos profissionais de saúde compõe o Capítulo 2, a partir de uma revisão sobre o tema da formação interdisciplinar e as principais políticas e estratégias de formação para o SUS e na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

Já no Capítulo 3, se encontra uma Revisão Integrativa sobre a formação de estudantes de graduação em Saúde Mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica

em cenários do SUS, realizada a partir de uma intensa pesquisa bibliográfica de publicações científicas brasileiras, que pudessem dialogar com este estudo.

No Capítulo 4, busca-se apresentar uma reflexão sobre o conceito de experiência, tendo em vista que o objetivo principal desta pesquisa foi tentar compreender como foram as experiências dos sujeitos que realizaram estágio no CAPS entre os anos de 2009 a 2014. As proposições, geral e específicas, encontram-se no Capítulo 5.

No Capítulo 6, estão descritos os Materiais e Métodos em que se considera o: tipo de estudo, o cenário das experiências de estágios investigadas, a caracterização dos participantes da pesquisa, a técnica e instrumentos para construção dos dados, as questões éticas e o método de análise.

O resultado das análises dos dados e as discussões estão apresentados no Capítulo 7. Por último, as Conclusões no Capítulo 8, apresentam uma proposta de fortalecimento ou de mudanças na organização dos estágios de graduação no serviço, para a qual é necessária uma maior integração ensino-serviço. Além deste produto, no **Apêndice G** também está indicada uma proposta específica para o acompanhamento dos estágios extracurriculares de Terapia Ocupacional, agenciados atualmente pela Super Estágios, a partir do convênio estabelecido entre a Prefeitura Municipal de São Paulo e a instituição de ensino superior (IES) na qual o estudante selecionado realiza o curso de graduação.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a Constituição de 1988 reconhece a saúde como direito social e dever do Estado e prevê a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) com os princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social.

No entanto, a construção do SUS tem revelado um processo de enfrentamento de desafios permanentes, dentre eles: o fortalecimento da gestão democrática, a adequação da oferta de serviços de saúde ao perfil das necessidades e prioridades da população e a superação do modelo médico hegemônico (MMH), procedimento-centrado, que encarece os custos da assistência e não garante a resolutividade e a integralidade da atenção.

Deste modo, ainda é muito presente na nossa cultura, a compreensão de cuidado em saúde com foco nas doenças e seus sintomas, o que acaba por desconsiderar a singularidade, a complexidade e os contextos de vida dos sujeitos.

Muitas são as críticas da população com relação aos cuidados prestados pela rede do SUS. Segundo Almeida Filho (2011, p. 7), um dos fatores deste problema é a qualidade da formação dos profissionais da saúde que compõem a rede, por existir uma dissonância entre a proposta do SUS e o sistema de ensino:

O sistema de educação da saúde reflete o modelo de prestação de serviços de saúde que ainda prevalece no Brasil contemporâneo, regido por forças de mercado e baseado na tecnologia médica, em vez de fundamentado na solidariedade e em relações sociais mais humanas.

No artigo 200 (inciso III) da Constituição Federal de 1988, atribuiu-se ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde. Entretanto, há um cenário de intensas disputas de interesses tanto no sistema de ensino como no de saúde que se influenciam mutuamente.

No sistema de ensino, as escolas da área da saúde articulam múltiplos sujeitos, interesses e fortes disputas pelos processos de subjetivação de estudantes e professores, que interferem na compreensão dos processos de adoecimento, na deslegitimação de saberes que não o científico, na compreensão do lugar de cada profissão na produção de saúde, da relação do médico com os demais profissionais

e até mesmo das relações de interesses com o complexo médico-industrial (Feuerwerker; Capozzolo, 2013).

Todas essas questões também se articulam com o sistema de saúde, que é composto por diversos modos de concepção e de produção de saúde, tanto no SUS como no setor privado, embora o SUS tenha sido concebido a partir de determinados princípios e diretrizes, que propõe a superação do modelo médico hegemônico. É a partir da tensão entre diferentes atores sociais que o SUS real é produzido.

Os “nós críticos” na formação da graduação na área da saúde como, por exemplo, “o modelo de ensino fragmentado, medicalizado, individualizado e com ênfase tecnicista” (Rossoni; Lampert, 2004, p.87), geram profissionais despreparados para atuarem no trabalho em equipe e na complexidade do SUS.

Este modelo tecnoassistencial hegemônico, centrado no médico e em procedimentos, tem sua origem em 1910 nos Estados Unidos, a partir do Relatório Flexner, proposto por Abraham Flexner e reafirmado por Gies em 1926, que produziu mudanças nos currículos dos cursos de medicina que conduziram aos caminhos da superespecialização (Chiesa et al., 2011).

Embora as mudanças curriculares tenham conduzido aos caminhos da superespecialização, o Relatório Flexner significou um avanço na época, a partir do estabelecimento de padrões para a formação. No entanto, a proposição de novas mudanças na formação profissional vem ao encontro da necessidade atual de transformação das práticas de cuidado, no sentido da consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, da atenção humanizada e integral à saúde, a partir do trabalho em equipe interprofissional e interdisciplinar.

Para a saúde coletiva, uma formação profissional em saúde não será adequada se não trabalhar pela implicação dos estudantes com seu objeto de trabalho: práticas cuidadoras de indivíduos e coletividades; práticas de afirmação da vida, sob todas as suas formas inventivas e criativas de mais saúde; práticas de responsabilidade com as pessoas e coletividades pela sua melhor saúde individual e coletiva; práticas de desenvolvimento e realização de um sistema de saúde com capacidade de proteção da vida e saúde e práticas de participação e solidariedade que tenham projetos de democracia, cidadania e direitos sociais (Carvalho; Ceccim, 2008, p.7).

A diversificação de cenários de aprendizagem pode ser pensada como uma das estratégias de produção das mudanças nos processos de formação. Trata-se de

construir espaços de aprendizagem com a incorporação de docentes e estudantes ao processo de produção de serviços. Entretanto, isto não garante novas aprendizagens e pode somente reforçar preconceitos e antigas crenças nos estudantes.

É fundamental propiciar a imersão dos estudantes no cotidiano do serviço e ampliar as possibilidades de “fazer junto”. Além disso, pensar sobre as mudanças na formação dos profissionais da saúde também inclui a articulação e a integração ensino-serviço-comunidade, como espaços também de reflexão permanente sobre as práticas de cuidado e sobre o vivido nos cenários de aprendizagem.

A interseção desses dois mundos (ensino e serviço) não é isenta de tensões, conflitos e dificuldades. Segundo Albuquerque et al. (2008), há queixas relacionadas ao fato de muitas vezes a universidade se fazer presente no serviço sem levar em consideração os trabalhadores, ou que a participação dos mesmos se restringe à supervisão dos estudantes, muitas vezes assistemática e solitária, sem presença do docente. Outras queixas referem-se aos objetivos acadêmicos rígidos e definidos *a priori*. As diferenças marcantes entre a lógica do trabalho da instituição formadora (centrada na produção de seus conhecimentos teóricos e metodológicos) e da organização dos serviços (centrada na produtividade de seus procedimentos técnico-operativos) também geram críticas e tensões.

Albuquerque et al. (2008, p.358) afirmaram que:

Não é raro observar docentes mais envolvidos com atividades de pesquisa, colocando em segundo plano a prestação de cuidados, o que os distancia das situações práticas do cotidiano e os tornam teóricos ineficientes na rotina dos serviços de saúde. Em contrapartida, os profissionais dos serviços, muitas vezes, se envolvem de forma profunda com as atividades rotineiras do cotidiano de trabalho, deixando de lado a educação permanente e, por consequência, tornam-se profissionais pouco atualizados. Tal desarticulação entre teoria e prática suscita a reflexão crítica de que a prática se torna uma exigência da relação teoria/ prática, sem a qual a teoria pode ir virando falácia, e a prática, ativismo.

Segundo esses autores, quando se constrói a sensibilização, união e interlocução entre docentes, estudantes e profissionais de saúde com o foco central no usuário é possível acontecer uma integração ensino-serviço de forma efetiva, pois ameniza a dicotomia entre o ensino e a produção dos cuidados em saúde.

Para isso, a Universidade deve se preocupar em identificar necessidades dos serviços, estabelecendo pactos de contribuição docente/discente, que devem incluir: negociação de espaços, horários e tecnologias para adequação das atividades do serviço e das práticas educacionais. Em contrapartida, é fundamental que os profissionais dos serviços e usuários participem das discussões educacionais de formação, com a criação de mais espaços para a interlocução entre todos os atores envolvidos. Deste modo, “os profissionais do serviço devem sentir-se corresponsáveis pela formação dos futuros profissionais, assim como os docentes devem considerar-se parte dos serviços de saúde” (Albuquerque et al., 2008, p. 358).

Sendo um desafio do SUS, a questão da formação profissional interdisciplinar também está presente no campo da Saúde Mental (SM), nos processos de construção e de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Entende-se que SM “é um campo (ou uma área) de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde” (Amarante, 2007, p. 15).

Sabe-se que nesse campo, o movimento social e político pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, organizado inicialmente pelos trabalhadores, a partir da década de 1970, propôs um novo modo de compreender, cuidar e de relacionar-se com a loucura. Com a conquista da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, seus princípios, diretrizes e estratégias implicaram em desafios para os gestores públicos de saúde, as instituições formadoras e a sociedade de um modo geral, dentre eles o processo de formação de estudantes e trabalhadores.

Neste sentido, pretendeu-se com este trabalho pesquisar e refletir sobre as experiências dos estudantes que realizaram estágio no CAPS III Itaim Bibi. A reflexão foi realizada a partir do ponto de vista dos próprios estudantes, para compreender como este serviço tem acolhido e participado dessas experiências de formação e assim identificar pontos a serem modificados no âmbito do CAPS, para que seja possível potencializar a formação em SM de futuros estagiários na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

2 FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS NO E PARA O SUS

2.1 Formação interdisciplinar em Saúde

A compreensão da necessidade de se repensar e de modificar a formação dos profissionais de saúde parte de reflexões de diversos autores de que as práticas de saúde como práticas sociais ainda são majoritariamente constituídas a partir da ordem capitalista, “atravessadas pela lógica biopolítica e pela lógica excludente da ciência oficial, que implicam biologicismo, tecnicismo, fortalecimento da especialização e da fragmentação do conhecimento e das práticas” (Feuerwerker; Capozzolo, 2013, p. 35).

Apesar dos avanços, o modelo flexneriano acabou produzindo uma matriz disciplinar e pedagógica com perspectiva predominantemente biologicista de, organização do ensino em disciplinas; com modelo de ensino passivo, individualista e hospitalocêntrico, com tendência à superespecialização e sem considerar a influência dos determinantes sociais na saúde (Chiesa et al., 2011).

A proposta inicial desse modelo foi a de transformar o ensino médico e odontológico em um modelo científico, o que se tornou fonte de inspiração e influenciou a construção dos modelos de ensino para todas as áreas da saúde, também no Brasil. Entretanto, esse modelo tem se mostrado limitado para os profissionais encontrarem soluções para os problemas de saúde que mudaram e tornaram-se mais complexos ao longo do século XX. Atualmente, para os países economicamente mais desenvolvidos, os maiores desafios para os sistemas de saúde estão na proposição e desenvolvimento de tratamentos das doenças crônico-degenerativas, diferentemente dos desafios que enfrentaram para o tratamento das doenças infecciosas agudas do início do século XX. No entanto, para os países economicamente menos desenvolvidos associam-se as doenças e agravos à saúde dos dois polos, o que traz complexidade singular para seus sistemas de atenção e de formação profissional.

Além disso, a ampliação, nos últimos anos, do conceito do processo saúde-doença a partir do reconhecimento do papel dos determinantes sociais das doenças acrescenta outros elementos à complexidade da atenção. Esta questão traz à tona

discussões para novas formulações de políticas públicas que incluam outros setores da sociedade para a promoção da saúde (saneamento básico, habitação, trabalho, educação, dentre outros), bem como para as propostas de mudanças na Educação Superior. A vivência de estudantes em territórios nos quais se encontram os serviços de saúde possibilita compreender que o contexto socioeconômico está relacionado à saúde e media todas as práticas.

Feuerwerker e Capozzolo (2013) apresentaram um panorama histórico que antecedeu as iniciativas de mudanças na formação profissional em saúde no Brasil.

Os debates críticos a respeito do processo de formação de profissionais da saúde iniciaram-se na década de 1960 e foram reforçadas com a **Conferência de Alma-Ata** em 1978. Algumas iniciativas inovadoras na formação médica, como, por exemplo, práticas na área rural do curso da Universidade de São Paulo (USP) e Universidade de Brasília, foram criadas durante essas décadas.

Posteriormente, nas décadas de 1970 e 1980, foram desenvolvidas muitas experiências de **integração docente-assistencial**, principalmente os **projetos de extensão universitária**, que ampliaram as relações da Universidade com os serviços de saúde e com os movimentos sociais, porém, ainda sem influenciar a configuração das graduações.

A necessidade de sintonizar a formação dos profissionais com os princípios do sistema de saúde que se pretendia construir foi identificada no início do movimento pela Reforma Sanitária, aliada à necessidade de ampliação do conceito de saúde e da compreensão dos processos saúde-doença, para além do biológico, e que considerasse as diferentes realidades socioepidemiológicas do país. Esse contexto influenciou a Constituição de 1988, que afirmou o compromisso que o SUS deve ter com a orientação da formação dos profissionais da saúde.

Apesar dessa atribuição formal ao SUS, por mais de uma década não foram criadas políticas para efetivá-la. As iniciativas e debates a respeito da formação profissional foram iniciados por associações de ensino (medicina, enfermagem e odontologia) em articulação com projetos de integração ensino-serviço-comunidade materializados pela **Rede de projetos UNI** e pela Rede de integração docente assistencial (**Rede IDA**), debates posteriormente incorporados pela **Rede Unida**.

Os Projetos UNI - *Uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade* “abriram caminhos de mudança nas reformas curriculares, desafiando a mudança de conteúdos para além da saúde pública

preventivista, mediante a integração ensino-serviço-comunidade, e para uma saúde comunitária participativa” (Carvalho; Ceccim, 2008, p. 14).

Na década de 1990, os aspectos pedagógicos da formação também passaram a compor a agenda de mudanças, além da ampliação do conceito de saúde e da importância da diversificação dos cenários de prática e de aprendizagem no nascente SUS. Procurava-se superar a fragmentação dos currículos, a ênfase nos conteúdos e a passividade dos estudantes. Neste contexto, os debates sobre currículos integrados e o uso de metodologias ativas de aprendizagem (aprendizagem significativa) ganharam evidência.

Todos esses movimentos estavam em consonância com movimentos internacionais tais como o da agência especializada da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), que incorporou a perspectiva da complexidade no campo da educação e os pilares da educação no século XXI: aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a ser, aprender a conviver/viver junto.

A Rede Unida contribuiu muito para o tema da interprofissionalidade e do trabalho em equipe e mobilizou as diferentes profissões para elaborar novas orientações para o ensino superior, com base na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (**LDB**) nº 9.394/1996. A LDB definiu que a educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais (Brasil, 1996).

Esse movimento buscou um marco legal para aproximar a formação aos princípios do SUS e incorporou essa agenda às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), ampliando a sintonia entre as políticas de educação e de saúde (Feuerwerker; Capozzolo, 2013).

As **DCN** dos cursos de graduação da área da saúde (exceto medicina veterinária, psicologia, educação física e serviço social) foram homologadas no período entre 2001 e 2004. Elas ressaltam a necessidade de compromisso das Universidades com a formação dos profissionais em acordo com os princípios do SUS, o que inclui a atenção integral à saúde. Nas DCN são apresentadas as competências gerais comuns a todas as profissões da saúde, além das específicas, com ênfase no trabalho em equipe multiprofissional. Além disso, ressaltam a

utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem para a formação de um profissional crítico, reflexivo e comprometido com a sociedade.

Com relação aos cursos envolvidos nesta pesquisa (T.O., Enfermagem, Psicologia e Serviço Social), Carvalho e Ceccim (2008, p. 16-7) apontaram que as DCN para os cursos de graduação em T.O. indicam que “a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde”. Nas DCN para os cursos de Enfermagem constam que “a formação do profissional deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS” e “o atendimento às necessidades sociais de saúde deve ser assegurado pela integralidade da atenção e pela qualidade e humanização do atendimento”. Para a graduação em Psicologia, a atenção à saúde está definida como “participação na prevenção, promoção, proteção e reabilitação em saúde”, segundo os seus referenciais profissionais. A atenção à saúde foi definida pela Psicologia como seu objetivo específico. E para a graduação em Serviço Social, não há referência específica à saúde, suas diretrizes são pela cidadania, relações sociais e mercado de trabalho.

No entanto, a aprovação das DCN não significou que os eixos norteadores (ênfase no SUS, trabalho em equipe e atenção integral à saúde) fossem incorporados ao ensino de modo imediato (Rossoni; Lampert, 2004; Carvalho; Ceccim, 2008).

Mais do que adotar modelos de competências relacionados às habilidades técnicas de cada profissão da saúde, faz-se necessário repensar a educação profissional, no sentido da formação em serviços de saúde do SUS.

Segundo Carvalho e Ceccim (2008, p. 1),

No âmbito das políticas educacionais, a graduação na área da saúde não tem tido uma orientação integradora entre ensino e trabalho, que esteja voltada para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade, onde se inclui o enfrentamento das necessidades de saúde da população e de desenvolvimento do sistema de saúde.

A aprendizagem profissional geralmente está centrada no professor, nos livros e nos estágios supervisionados, e não nas experiências de si e de apropriação dos entornos da vida. Há falta de comunicação entre os gestores do ensino e os do sistema de saúde e ausência da educação e de práticas interprofissionais integradas

no currículo. Esta metodologia de ensino tende a dificultar as práticas interdisciplinares (Carvalho; Ceccim, 2008).

Há muitos pontos de vista sobre educação, mas quando compreendida numa perspectiva crítica e dialógica, haveria maiores possibilidades de que a construção de conhecimentos possa também ser instrumento de transformação social. Articulando essa perspectiva de Educação à de complexidade do processo saúde-doença, também numa concepção sócio-histórico-cultural, e tomando-se a urgência de constituir um sistema de saúde com ênfase nas necessidades sociais e integralidade do cuidado, justifica-se a importância de formar profissionais a partir da estratégia de Educação Interprofissional (EIP). Profissionais que possam atuar em equipe interdisciplinar, que considerem a complexidade do trabalho em saúde e as múltiplas dimensões envolvidas nos processos de saúde e de adoecimento (Batista, 2013).

É preciso “aprender junto” sobre o trabalho em saúde para que seja possível “fazer junto” no cotidiano do cuidado. Na EIP, o comprometimento, a responsabilidade, o diálogo e a negociação na tomada de decisões são componentes essenciais. Além disso, deve-se valorizar a história das diferentes profissões e considerar o outro como parceiro legítimo na construção de conhecimentos comuns (Batista, 2013).

Peduzzi et al. (2013, p. 978) também apontaram que a educação e a prática interprofissional contribuem para a formação de profissionais para a “atuação integrada em equipe, na qual a colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas predominam frente à competição e à fragmentação”, tendo como foco as necessidades de saúde dos usuários dos serviços e da população.

A partir do trabalho em equipe é possível contribuir para a atuação interdisciplinar, na medida em que os conhecimentos e habilidades de todos os profissionais envolvidos podem ser compartilhados e compõem o desenvolvimento do trabalho, “visto que na equipe orientada pela interdisciplinaridade todos os membros participam das atividades contando uns com os outros para alcançar os objetivos” (Peduzzi; Oliveira, 2009, p. 173). É necessário articular e integrar diferentes saberes e práticas. Deste modo, a relação, a interação, a comunicação e o reconhecimento das atividades e das responsabilidades do outro são fundamentais para o trabalho em equipe.

Segundo Batista (2013, p. 61-2), a identidade profissional se fortalece diante da exposição do estudante às situações comuns de aprendizagem com outras áreas, que demandam olhares diferentes que “ora se complementam, ora de confrontam, mas que possibilitam um nível mais ampliado de compreensão da realidade”.

Por outro lado, Henz et al. (2013) apostam que as críticas aos especialismos e disciplinamentos do saber devem ser feita constantemente, para desnaturalizar as diferentes instituições que nos atravessam cotidianamente, nossos saberes, práticas e lugares que ocupamos.

[...] as identidades e diferenças disciplinares são interiorizadas e automatizadas pelos agentes que delas se ocupam. Essa interiorização e demarcação de fronteiras é o que faz que os envolvidos possam sentir-se desorientados quando confrontados por trabalhos e problemáticas que desafiam a segurança já estabelecida pela áreas profissionais (Henz et al., 2013, p. 167).

Nesta perspectiva, propõe-se uma formação inventiva, com o desafio de “deformar” o já “formado-formatado”, de abrir espaços na forma/fôrma e criar porosidades para invenções coletivas. Para além das fronteiras disciplinares, propõe-se a construção de um trabalho “comum”, “entrepofissões”, resultante de encontros entre os saberes profissionais específicos e daqueles legitimados pelos acontecimentos e singularidades. Para isso, valoriza-se a incerteza e o não saber, que possibilitam que, a partir dos encontros, construam-se instrumentos compartilhados (Henz et al., 2013).

É importante recordar que o “comum” não se trata de um saber vago, sem valor e/ou somente um conhecimento para a vida. Ele é um reservatório infinito de experimentações, singularidades e produção de saberes, técnicas e poderes, que precedeu e ainda produz as áreas específicas (Henz et al., 2013).

Para Henz et al. (2013), não existe um único modelo ou concepção “verdadeira” e “adequada” de saúde e intervenção. O que devemos é nos questionar qual tipo de política e de vida tal modelo ou concepção produz/reproduz, pois o que nos interessam são os efeitos na produção das subjetividades e na configuração de novos modos de vida.

Carvalho e Ceccim (2008, p. 21) acreditam que, para ser um profissional de saúde, além do conhecimento tecnológico e científico, há necessidade de

“conhecimento de natureza humanística e social relativo ao processo de cuidar, de desenvolver projetos terapêuticos singulares”. Isto envolve necessariamente o contato com a alteridade e as relações entre as pessoas, o desenvolvimento de uma escuta atenta às necessidades e da atitude de responsabilização pelos cuidados do outro.

A formação em saúde deve englobar, portanto, aspectos de produção de subjetividade e de relações, construção de habilidades e competências e reflexão crítica e problematizadora das práticas, a partir do reconhecimento do papel dos determinantes sociais das doenças e dos princípios e diretrizes do SUS, para que seja possível uma compreensão mais ampliada do processo saúde-doença e a promoção do cuidado integral.

Embora a superação do MMH dependa de mudanças macropolíticas - com conquistas de leis e aprovação de políticas públicas que favoreçam a organização do sistema, o trabalho interprofissional e interdisciplinar e ações que promovam a integralidade -, as mudanças no âmbito da formação dos profissionais de saúde também são fundamentais para que essa superação e a construção do novo modelo sejam possíveis.

2.2 Políticas e estratégias de formação em Saúde

Em 1990, a Lei nº 8.080, que regulamenta o SUS, dispôs sobre a criação das **Comissões Permanentes de Integração entre de Ensino e Serviços de Saúde** com a função de propor métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS (Brasil, 1990).

Desde os anos 1980, para promover a integração da Universidade aos serviços públicos, diversas propostas passaram a ser incentivadas pela Fundação W. K. Kellogg junto ao Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC) e Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e que culminaram na criação da **Rede IDA**, como afirmado anteriormente.

O paradigma da integração docente-assistencial visou à inserção do estudante na realidade de saúde, com atividades curriculares obrigatórias em projetos de extensão que ampliaram a prática de estágios.

Posteriormente, em 1985 em Minas Gerais, durante um encontro nacional de um grupo de docentes, pesquisadores e profissionais da saúde, ou seja, diversos atores mobilizados para a qualificação da formação profissional, foi criada a **Rede Unida**. Essa experiência foi relevante para integração e início das mudanças nos currículos e práticas docentes das graduações, a partir de 1995, sobretudo para a educação médica, seguidora do modelo flexneriano (Araújo et al., 1995).

A partir de 1997, a Rede Unida² deixou de trabalhar exclusivamente para os projetos da Fundação Kellogg, decisão tomada após a realização do 3º Congresso Nacional da Rede Unida em Salvador-BA, quando foram traçados três planos: formação de recursos humanos, transformação do modelo assistencial e participação social. A partir de então, a Rede foi se fortalecendo e crescendo, ampliando os debates acerca da formação (estágios, ensino à distância, Educação Permanente, entre outros.), articulados com diversos atores, projetos e instituições de diferentes países da América Latina, África e Europa, bem como com o MS, a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) entre outras.

Na década de 1990, outras propostas de integração ensino-serviço-comunidade foram delineadas, dentre elas Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde - União com a Comunidade (**Programa UNI**), promovido pela Fundação Kellogg para toda a América Latina, com articulação mais complexa da estrutura tripartite entre Universidade, serviços de saúde e comunidade. (Marsiglia, 1995).

Como apresentado anteriormente, os debates sobre a mudança na formação de profissionais de saúde por meio da articulação entre os setores da saúde e da educação ganhou força, levando à proposição de políticas públicas. No campo da Educação, a aprovação da LDB em 1996 e as DCN entre 1998 e 2001 foram movimentos importantes.

Ações específicas para mudanças curriculares nos cursos de Medicina foram propostas pelo MS, sendo lançado, em 2002, o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (**Promed**).

---

² Mais informações em: <http://www.redeunida.org.br/>.

Figura 2.1 - Políticas e estratégias de formação em saúde para o SUS- 1980 a 2004.

Fonte: Elaborada pela autora.

Os cursos de graduação em saúde, por melhor estruturados que possam ser não conseguirão oferecer toda a formação e capacitação necessárias para atuação no campo da Saúde Pública. Portanto, é fundamental dar continuidade à formação para melhoria da prática profissional e neste sentido, também passaram a ser desenvolvidas estratégias para a formação de trabalhadores.

O MS tem desenvolvido diversas estratégias e políticas, algumas em parceria com o MEC, que visam à qualificação dos estudantes e trabalhadores da saúde para o desenvolvimento da atenção focada nas necessidades de saúde da população e no desenvolvimento do SUS (Brasil, 2009a).

Projetos e programas foram iniciados em 2003 a partir da criação pelo MS da **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)**³ na busca de enfrentar as necessidades qualitativas e quantitativas de formação de recursos humanos. Neste momento, a formação profissional para o SUS ganhou maior institucionalidade (Oliver et al., 2012).

A Gestão da Educação da SGTES é realizada pelo **Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)**, responsável pelas políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à Educação Permanente (EP) dos trabalhadores do SUS, tanto no nível superior (Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde) como no nível técnico-profissional (Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde)⁴.

Alguns programas e ações realizados pelo DEGES são: Telessaúde, PET-Saúde, Pró-Saúde, Revalida, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), Programa

³ Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgtes>.

⁴ Cabe ao DEGES planejar, acompanhar e avaliar ações que envolvem as três esferas do governo para o fortalecimento do SUS. O DEGES também promove articulações e integração de órgãos educacionais, entidades de classe e movimentos sociais.

de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) e Fundo de Financiamento Estudantil (FIESMED).

Aos estudantes de graduação, foram desenvolvidos programas indutores tais como: Vivência e Estágio na Realidade do SUS (VER-SUS, 2003), AprenderSUS (2004), Pró-Saúde (2005) e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde, 2008).

O projeto **VER-SUS/Brasil**⁵, iniciou-se em 2003, a partir do projeto piloto do Rio Grande do Sul (RS) em 2002. É uma estratégia de aproximação dos estudantes universitários do SUS criada pelo MS junto às Executivas e Representações Nacionais de Estudantes de graduação. Proporciona 15 a 20 dias de vivência multiprofissional em um sistema de saúde municipal ou estadual. Trata-se da interação dos estudantes entre si, com gestores, trabalhadores, usuários e IES. Uma interação que propicia o debate e o conhecimento sobre aspectos de gestão, estratégias de atenção, exercício do controle social e processos de educação na saúde. O Ver-SUS propõe contribuir para o amadurecimento da prática multiprofissional e interdisciplinar, para a articulação interinstitucional e intersetorial e para a integração ensino-serviço-gestão-controle social. Além disso, contribui para o debate sobre o projeto político-pedagógico (PPP) da graduação em saúde e sobre a implementação das DCN e das diretrizes constitucionais do SUS.

Com o **AprenderSUS**⁶, desenvolvido em 2004-2005, o MS pretendeu avançar na construção de relações de cooperação entre o sistema de saúde e as IES, para a mudança na formação dos profissionais de saúde no âmbito do ensino de graduação.

Em 2005 o Promed foi ampliado ao integrar os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, e deu origem ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (**Pró-Saúde**), lançado pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005. Com a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 27 de novembro de 2007, o programa foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da Saúde. Para o Pró-

---

⁵ Mais informações em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/folder_versus.pdf e em <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/versus/acervo/caderno-de-textos-do-ver-sus-brasil/caderno-de-textos-do-ver-sus-brasil-documento-eletronico>.

⁶ Cartilha do AprenderSUS: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aprender_sus.pdf.

Saúde II⁷, foram selecionados 68 projetos que contemplaram 265 cursos de 14 áreas da saúde, com impacto junto a cerca de 97.000 alunos.

Os projetos são desenvolvidos por IES públicas ou privadas, sem fins lucrativos, em parceria com secretarias municipais ou estaduais de Saúde selecionadas pelos editais do Programa.

O fio condutor do Pró-Saúde é a integração ensino-serviço-comunidade, com vistas à reorientação da formação dos profissionais, favorecendo mudanças curriculares segundo três eixos: cenários de prática (nos serviços do SUS), orientação teórica (considera os determinantes do processo saúde-doença e as necessidades de cuidado) e orientação pedagógica (propostas de modificação das metodologias para favorecer o ensino crítico e participativo entre serviços e universidade, oferecendo recursos financeiros para qualificar a infraestrutura dos cenários de prática e de ensino) (Oliver et al., 2012).

Em 2008, o MS e o MEC criaram o **PET-Saúde**⁸, uma das estratégias aliadas ao Pró-Saúde. O PET-Saúde foi instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008 e regulamentado pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 421, de 03 de março de 2010.

Este programa, lançado em 2009, inicialmente chamado PET-Saúde da Família, também tem a integração ensino-serviço-comunidade e a indissociabilidade ensino, pesquisa e extensão como fios condutores. Propõe o fomento de grupos de aprendizagem interprofissional nas práticas de atenção básica (AB) com bolsas disponibilizadas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde.

É uma parceria entre a SGTES, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do MS; a Secretaria de Educação Superior (SESU), o MEC; e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/GSI/PR).

O **PET-Saúde da Família** teve como princípios a integralidade e a humanização do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS), no trabalho articulado

---

⁷ Detalhes sobre os projetos ainda estão em construção no site: <http://www.prosaude.org/projetos/index.php>.

⁸ O PET-Saúde disponibiliza bolsas para tutores, preceptores/profissionais e estudantes de graduação em saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/319-sgtes/gestao-da-educacao/9618-pet-saude>.

com a Estratégia de Saúde da Família (ESF). De 2009 até 2012, foram apoiados 334 projetos nas áreas da ESF, Vigilância em Saúde e SM.

No final de 2011, a SGTES lançou um edital conjunto Pró-Saúde e PET-Saúde, que incentivou propostas que contemplassem as políticas e as prioridades do MS como: RAPS, Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama e Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis. O objetivo foi mobilizar as IES do país, em parceria com as secretarias municipais e estaduais de Saúde e com a participação da comunidade, na maior integração ensino-serviço.

Segundo o folder⁹ sobre o Pró-Saúde/PET-Saúde, considerando-se os editais do Pró-Saúde até 2011, 379 cursos de graduação foram contemplados com o Programa. A partir do edital de 2012 que integrou o Pró-Saúde/PET-Saúde, foram envolvidos 389 novos cursos, totalizando 709 cursos de graduação. Nos editais do **PET-Saúde/Redes de Atenção** e **PET-Saúde/Vigilância em Saúde** houve 623 e 509 cursos envolvidos, respectivamente, nos projetos. A partir de 2013, foram incorporados 197 grupos PET-Saúde/VS e, na sequência, foram iniciadas as atividades do PET-Saúde/Redes. Foram aprovados 114 projetos com apoio a 290 grupos PET.

Em 2015, um novo edital do PET-Saúde foi lançado, o PET-Saúde/GraduaSUS (2016-2017).

Em 2009, o MS e o MEC lançaram o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (**Pró-Residência**), pela falta de médicos em algumas áreas consideradas prioritárias, como a psiquiatria. No entanto, questiona-se o perfil profissional, pois, em geral, as instituições ofereceram programas tradicionais e centrados na assistência hospitalar (Dal Poz et al., 2012).

Em 2010, o Programa Nacional de Apoio ao Internato Médico (**Pró-Internato**) foi instituído no âmbito do PET-Saúde, a partir da Portaria Conjunta (SGTES) nº 4, de 3 de março de 2010. O Programa apoia atividades práticas em serviços de saúde no internato dos cursos de Medicina de instituições federais de ensino superior em Medicina, com o objetivo de fomentar atividades de tutoria e preceptoria em estágios para o aprimoramento da formação médica para o SUS.

---

⁹ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pro_saude_pet_saude.pdf.

Figura 2.2 - Políticas e estratégias de formação em saúde para o SUS- 2003 a 2010.

Fonte: Elaborada pela autora.

Como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento do segmento dos trabalhadores para a saúde, institui-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (**PNEPS**), pela Portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004 (Brasil, 2009a).

A PNEPS prevê um novo modo de capacitar os trabalhadores dos serviços, considerando-os como atores reflexivos da prática e construtores de conhecimento e de alternativas de ação. Compreende a prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer. Deste modo, propõe incorporar o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem (Brasil, 2009a).

A partir da proposição deste conjunto de mudanças, foi publicada em 20 de agosto de 2007 a Portaria GM/MS nº 1.996, que instituiu novas regras para a Educação Permanente (EP), que valoriza o ensino-aprendizagem no processo de trabalho (atenção, gestão, ensino e controle social) (BRASIL, 2009a).

A proposta é focada nas necessidades de saúde da população, centrada na reflexão e resolução coletiva dos problemas, com vistas à transformação das práticas. Deste modo, é diferente de proposta de Educação Continuada, esporádica e que foca na categoria profissional, com temas para atualização técnica de especialidades, a partir de uma pedagogia da transmissão.

A condução da PNEPS passou a ser feita pelos Colegiados de Gestão Regionais, com participação das **Comissões de Integração Ensino e Serviço (CIES)** - instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes¹⁰ - para

¹⁰Gestores estaduais e municipais de educação, trabalhadores do SUS, instituições de ensino com cursos na área da saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas e controle social.

formulação, condução e desenvolvimento dessa política. Em São Paulo-SP, existe, portanto, o **CIES Região Metropolitana de SP**, com núcleos regionais de EP.

O MS instituiu também os **Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família**, concebendo-os como espaço de articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e EP, vinculadas às universidades ou IES isoladas, que se consorciam ou celebram convênios com Secretarias Estaduais (SES) e/ou Municipais de Saúde (SMS) para implementar programas destinados ao pessoal envolvido na prestação de serviços em saúde da família. Dentre as atividades dos polos encontram-se cursos e eventos em áreas temáticas que se referem às áreas técnicas com as quais a AB trabalha: DST/HIV e AIDS, hanseníase, tuberculose, diabetes, hipertensão arterial, nutrição, saúde bucal, SM e assistência farmacêutica.

No âmbito do MS e do MEC passaram a ser criados também programas de **Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde**, oferecidos por IES credenciadas e habilitadas.

As Residências Médicas foram regulamentadas a partir do Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, que também criou a Comissão Nacional de Residência Médica. Segundo o Art. 1º, a Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de pós-graduação, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

As Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde foram criadas a partir da Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005 e abrangem as seguintes profissões da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, coordenada pelo MS e MEC, é responsável pelos processos de avaliação, supervisão e regulação de programas, atribuições que lhe confere a Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.077, de 12 de novembro de 2009 que a instituiu.

Há uma relação de 155 Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde que foram credenciadas¹¹ em 2008.

Na busca pela relação atualizada de todos os programas de Residência Médica e de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde fomos informados pelo MEC que o sistema encontra-se em manutenção e que, portanto, não é possível obter acesso às informações.

Em 2013, a Portaria do MS nº 529 instituiu o **Programa Nacional de Segurança do Paciente**¹² e propôs como uma das estratégias de sua implementação, a articulação com o MEC e com o Conselho Nacional de Educação, para a inclusão desse tema nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação.

O **Programa Mais Médicos**¹³ foi instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, como um conjunto de ações e iniciativas para o fortalecimento da AB do país. Propõe o seu desenvolvimento em três eixos: melhora da infraestrutura, provimento emergencial de médicos e educação, com a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e Residência Médica em várias regiões do país e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da AB.

Os programas de **Mestrados Profissionais**¹⁴, criados a partir de 1999, são voltados aos pós-graduados para maior qualificação profissional, no nível das competências científicas e técnicas. Essa é a principal diferença em relação ao Mestrado Acadêmico, que também proporciona ao pós-graduado livre docência em qualquer IES do país.

No **Quadro 2.1** encontra-se a relação e o número de cursos de Mestrado (M), Doutorado (D), Mestrados Profissionais (F) e Mestrado Acadêmico/Doutorado (M/D) da área da saúde recomendados e reconhecidos pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)¹⁵.

---

¹¹ Relação de RM presentes no site:

http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/035_residenciaprogramassite.pdf.

¹² Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

¹³ Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>.

¹⁴ Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/educacao/2014/05/capes-recomenda-574-opcoes-de-cursos-de-mestrado-profissional>.

¹⁵ As informações foram atualizadas em 20 de março de 2015. Disponível em: <http://conteudoweb.capes.gov.br/conteudoweb/ProjetoRelacaoCursosServlet?acao=pesquisarAreaAvaliacao#>.

Quadro 2.1 - Cursos de Pós-Graduação da área da Saúde reconhecidos pela CAPES.

ÁREA	Programas e Cursos de pós-graduação					Totais de Cursos de pós-graduação			
	Total	M	D	F	M/D	Total	M	D	F
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS I	60	10	1	2	47	107	57	48	2
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS II	70	8	1	9	52	122	60	53	9
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS III	34	5	0	1	28	62	33	28	1
EDUCAÇÃO FÍSICA	54	21	0	2	31	85	52	31	2
ENFERMAGEM	67	19	2	15	31	98	50	33	15
FARMÁCIA	63	25	3	5	30	93	55	33	5
INTERDISCIPLINAR	294	119	10	79	86	380	205	96	79
MEDICINA I	90	7	3	14	66	156	73	69	14
MEDICINA II	91	12	2	8	69	160	81	71	8
MEDICINA III	42	1	4	5	32	74	33	36	5
MEDICINA VETERINÁRIA	69	22	0	3	44	113	66	44	3
NUTRIÇÃO	26	12	0	3	11	37	23	11	3
ODONTOLOGIA	100	18	2	22	58	158	76	60	22
PSICOLOGIA	77	24	0	2	51	128	75	51	2
SAÚDE COLETIVA	79	14	3	32	30	109	44	33	32
SERVIÇO SOCIAL	33	17	0	0	16	49	33	16	0

Fonte: página na rede internacional de computadores da CAPES.

Além das iniciativas ministeriais, também houve espaço para iniciativas de instituições de ensino. Por exemplo, em 2005, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), MS, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do RJ (FAPERJ), iniciou o

EnsinaSUS¹⁶, como uma das linhas de atuação do Laboratório de pesquisas sobre práticas de integralidade em saúde (LAPPIS), do Instituto de Medicina Social da UERJ.

O EnsinaSUS configura o trabalho de pesquisadores que atuam, de forma inovadora, educativa, ética e política, no ensino, pesquisa e formação para o SUS, principalmente no que tange ao princípio da integralidade. Seu objetivo geral tem sido apoiar experiências realizadas por diferentes instituições de educação, saúde e direito, buscando a melhoria da formação de profissionais dessas áreas em dois campos de atuação específicos: a) na formação e EP, tendo em vista as interfaces educação, saúde, direito e trabalho; e b) no desenvolvimento/incorporação de novas tecnologias do cuidado capazes de articular saberes e práticas produzidas nos serviços, a fim de conhecê-las, avaliá-las e promover sua divulgação.

Outra iniciativa de capacitação dos profissionais e gestores da saúde do MS acontece a partir do vínculo com a **FIOCRUZ** do RJ. Uma de suas unidades técnico-científicas de âmbito federal é a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (**ENSP**)¹⁷, criada em 1954 e que atua na capacitação e na formação de recursos humanos para o SUS e para o sistema de ciência e tecnologia, na produção científica e tecnológica e na prestação de serviços de referência no campo da Saúde Pública. Possui programa de pós-graduação e promove cursos de aperfeiçoamento, especialização, atualização e ensino à distância (EAD). Mantém cooperações técnicas em alguns estados e municípios brasileiros, além de várias instituições nacionais e internacionais atuantes em diversos campos da saúde.

Um exemplo foi o **Curso de Especialização Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde**¹⁸, realizado em 2005 e 2006, numa parceria entre MS, a Coordenação de EAD da ENSP da Fiocruz e a Rede Unida. O curso teve como perspectiva possibilitar a interiorização de processos formativos em pós-graduação *lato sensu*, com potencial de concretizar a relação intersetorial entre Educação e Saúde como campos de conhecimento e de políticas públicas, em especial no âmbito municipal. Seus resultados revelaram diversos coletivos de tutores e especialistas organizados para além do curso

¹⁶Disponível em: <http://www.lappis.org.br/site/apresentacao-ensinasus> e em <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/49/reportagens/experiencias-inovadoras-no-ensino-da-saude>.

¹⁷ Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/apresentacao/>.

¹⁸ Mais informações em: <http://www.ead.fiocruz.br/curso/index.cfm?cursoid=608>.

propriamente dito, caracterizando-o como curso e movimento de ativação, fortalecendo movimentos de mudança em todas as regiões do país. Atualmente, é um dos cursos do Sistema Universidade Aberta do Brasil, credenciada pela CAPES, oferecido em seis polos municipais, localizados em Itapetininga-SP, Resende-RJ, Salvador-BA, Maceió-AL, Fortaleza-CE e Rio Branco-AC.

O MS, por meio da SGTES, em parceria com o MEC, por intermédio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), criou o Programa Nacional de Desenvolvimento Docente em Saúde (**Pró-Ensino na Saúde**)¹⁹ em 2010, que tem como objetivo possibilitar a produção de pesquisas científicas e tecnológicas e a formação de mestres, doutores e estágio pós-doutoral na área do ensino na saúde contribuindo, assim, para desenvolver e consolidar esta área de formação. Diversas dissertações e teses já foram defendidas e já se identifica o crescimento do tema ensino na Saúde em publicações científicas.

Figura 2.3 - Políticas e estratégias de formação em saúde para o SUS- 1999 a 2013.

Fonte: Elaborada pela autora.

Em 4 de agosto de 2015, a Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.124 instituiu as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (**COAPES**)²⁰, para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS.

O COAPES tem como objetivos: garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da Residência em Saúde; e estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade. Observam-se alguns princípios, dentre eles:

¹⁹ Informações em: <http://www.capes.gov.br/bolsas/programas-especiais/pro-ensino-na-saude>.

²⁰ Informações em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/05/portaria-inter-1124-2015.pdf>.

a formação de profissionais em consonância aos princípios e diretrizes do SUS com eixo na abordagem integral do processo de saúde-doença; o respeito à diversidade humana, à autonomia dos cidadãos e à atuação baseada em princípios éticos, destacando-se o compromisso com a segurança do paciente, tanto em intervenções diretas quanto em riscos indiretos advindos da inserção dos estudantes no cenário de prática; o compromisso das instituições de ensino e gestões municipais, estaduais e federal do SUS com o desenvolvimento de atividades educacionais e de atenção à saúde integral; a singularidade das instituições de ensino envolvidas no processo de pactuação e contratualização das ações de integração ensino e serviço, especialmente as especificidades relativas à natureza jurídica das instituições de ensino; o compromisso das instituições de ensino com o desenvolvimento de atividades que articulem o ensino, a pesquisa e a extensão com a prestação de serviços de saúde, com base nas necessidades sociais em saúde e na capacidade de promover o desenvolvimento regional no enfrentamento de problemas de saúde da região; o compromisso das instituições de ensino, Estados e Municípios com as condições de biossegurança dos estudantes nos serviços da rede; entre outros.

No **âmbito estadual** e municipal também são desenvolvidas ações educativas.

No estado de São Paulo existem algumas iniciativas como, por exemplo, o Centro Formador de Pessoal para Saúde (**CEFOP**), que integra a Secretaria Estadual de Saúde e promove cursos descentralizados²¹.

O CEFOP compõe a Rede de Escolas Técnicas do SUS (**RET-SUS**)²², instituições públicas de educação profissional, criadas para atender às demandas locais de formação técnica dos trabalhadores, que já atuam nos serviços de saúde, e que acompanham o processo de municipalização do SUS. Tem como modelo pedagógico a integração ensino-serviço, com sua concepção fundamentada na articulação entre Trabalho, Ciência e Cultura.

Além disso, existe o Programa de Aprimoramento Profissional (**PAP**)²³, com bolsas de pós-graduação *lato sensu*, criado pelo Decreto Estadual nº 13.919 de 11

²¹Em regiões com alto índice populacional (capital, municípios do ABCD paulista, Santos, Mogi das Cruzes, São José dos Campos e Ribeirão Preto).

²²Instituída pela Portaria nº 1.298, de 28 de novembro de 2000, atualizada pela Portaria nº 2970 de 25 de novembro de 2009.

²³ Disponível em:

<http://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-recursos-humanos/homepage/acesso-rapido/programa-de-aprimoramento-profissional/programa-de-aprimoramento-profissional-pap>.

de setembro de 1979. A gestão do programa compete à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP)²⁴. É destinado a profissionais recém-formados em cursos superiores de diversas áreas, exceto Medicina, tais como: Serviço Social, Ciências Sociais, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional., além de outras áreas afins como Biblioteconomia, Direito, Engenharia e outros. Adota uma metodologia de aprendizagem com ênfase em treinamento em serviço, sob supervisão de profissional qualificado, em instituições de saúde de elevado padrão técnico e científico. Atualmente, cerca de 380 Programas de Aprimoramento Profissional são oferecidos em 43 instituições públicas ou privadas, conveniadas com a SES/SP, dentre elas o CAPS Professor Luis da Rocha Cerqueira (CAPS Itapeva). Tem duração de um ou dois anos, com a carga horária que varia de 1.760 a 1.920 horas anuais e carga horária semanal de 40 horas.

No **âmbito municipal**, a SMS de São Paulo possui a Escola Municipal de Saúde **(EMS)**²⁵ que promove formação, desenvolvimento e aprimoramento profissional dos servidores públicos, dos trabalhadores das organizações parceiras e dos membros dos conselhos gestores vinculados às unidades de saúde.

2.3 Por uma prática libertária e transformadora: a importância da formação interdisciplinar de estudantes na perspectiva da Reforma Psiquiátrica

Sendo um desafio do SUS, a questão da formação profissional interdisciplinar também está presente no campo da SM e da atenção psicossocial, nos processos de construção e de fortalecimento da RAPS.

No Brasil, a atenção às pessoas consideradas loucas ou doentes mentais era fundamentada na proposta de asilamento em hospitais psiquiátricos. Neste modelo

²⁴ Anteriormente, contava com administração geral e acompanhamento do sistema de bolsas pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAPE), órgão extinto a partir da aprovação do projeto de lei 39/2015.

²⁵ O CEFOR foi transformado em EMS em 2008, tornando-se polo da PEPS do município de SP. Há um Grupo Técnico de Educação Permanente em Saúde (GTEPS). Algumas iniciativas implantadas: Canal Profissional da Rede SP Saudável; Setor Técnico de EAD, ETSUS e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Disponível em:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/ems/index.php?p=31717>.

de assistência, as relações de poder produzem isolamento e exclusão, anulamento dos direitos e da subjetividade dos sujeitos e impossibilidade de trocas (afetivas e materiais) e de criação. Nos manicômios o saber da psiquiatria é dominante e reduz os sujeitos a doenças e seus sintomas, objetos de estudos e de intervenção médica. Os manicômios são, portanto, “instituições totais” (Goffman, 2001), no sentido do domínio, controle, disciplina, do assujeitamento e da produção de corpos inertes e da mortificação do eu (Amarante, 2008).

O hospital (do latim: hospedagem; hospitalidade), criado na Idade Média, era uma instituição de caridade e religiosa, que oferecia abrigo e assistência aos doentes, pobres e miseráveis. Nesta época, a loucura tinha diversos significados, “de demônios a endeusados, de comédia a tragédia, de erro, e verdade. Múltiplo e plurais eram também os seus lugares e espaços [...]” (Amarante, 2007, p.23).

No século XVII, a partir de 1656, foi criado o Hospital Geral na França, com a função de ordem social e política, para a segregação e isolamento de significativos segmentos sociais. Foucault referiu-se ao Hospital Geral como “A Grande Internação” ou “O Grande Enclausuramento”. A internação passou a ser determinada por autoridades reais e judiciárias. E esta instituição gerou um novo lugar social para o louco na sociedade ocidental (Amarante, 2007).

Ao buscar humanizar essas instituições, muitos médicos passaram a atuar e acabaram por transformá-las em instituições médicas. A partir da Revolução Francesa (1789-1799), houve diversas transformações sociais, políticas e econômicas, com repercussões sobre a forma de organização do hospital. O ideal revolucionário, guiado pelo lema “liberdade, igualdade e fraternidade” levou à tentativa de democratizar os espaços sociais.

Deste modo, o hospital deixa de ter função de caridade e passa a ser uma instituição médica, local para tratamento de enfermos e para a produção de saber sobre as doenças. No final do século XVIII, portanto, ocorreu o processo de medicalização do hospital e construção do modelo biomédico da medicina ocidental como saber e prática predominantemente hospitalar. Este modelo biomédico hospitalocêntrico “implica em uma relação com a doença enquanto objeto abstrato e natural, e não com o sujeito da experiência da doença” (Amarante, 2007, p.27).

Neste contexto, em 1793 na França, o médico e filósofo Philippe Pinel (diretor de Hospital Geral, conhecido como o fundador da psiquiatria e um dos responsáveis pela clínica médica moderna), inspirado pela sua participação política no período da

Revolução Francesa, construiu contraditoriamente, junto a outros atores sociais, o moderno conceito de cidadania²⁶, ao mesmo tempo em que criaram o conceito de alienação mental²⁷. Pinel, portanto, “desacorrentou” os loucos das instituições filantrópicas para, então, enclausurá-los nos hospitais com o princípio terapêutico, a partir da ideia de que o alienado perdeu seu livre-arbítrio e que, para recuperar a liberdade, seria necessário recuperar a Razão, sendo esta a condição elementar que definiria a natureza humana. Para isso, era proposto o isolamento do mundo exterior (afastamento das causas e interferências) e o primeiro modelo de terapêutica conhecido como “tratamento moral”, com princípios e medidas baseados na ordem e na disciplina que “[...] pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade” (Amarante, 2007, p. 33), como, por exemplo, a proposta de trabalho terapêutico (laborterapia).

O tratamento moral e o isolamento representaram um paradoxo com os ideais libertários da Revolução Francesa. Posteriormente, após a segunda grande Guerra Mundial, a falta de dignidade e as péssimas condições de vida dos internados em manicômios passaram a ser consideradas e possibilitaram, em diversos países, a criação das primeiras experiências de “reformas psiquiátricas”. Essas experiências influenciaram e contribuíram para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, em especial, a experiência da Psiquiatria Democrática italiana.

A Comunidade Terapêutica (Inglaterra) e a Psicoterapia Institucional (França) focaram na questão da gestão do hospital psiquiátrico e propuseram mudanças na própria instituição. A Comunidade Terapêutica contribuiu com a proposta de envolvimento dos internos em seus tratamentos, a partir da participação ativa nas diversas atividades (grupos, assembleias, projetos), e da luta contra a hierarquização/verticalização, a favor da democratização das relações. A Psicoterapia Institucional propôs a escuta polifônica (ampliada), a noção de acolhimento, a importância da equipe e da instituição como suporte e referência para os internos e a transversalidade.

A Psiquiatria de Setor (França) e a Psiquiatria Preventiva (Saúde Mental Comunitária/ EUA) propuseram a construção de serviços que diminuíssem a

---

²⁶ Com base nos direitos humanos, sociais e políticos. Cidadania como possibilidade e responsabilidade de conviver e partilhar com os outros uma mesma estrutura social e política (Amarante, 2007).

²⁷ Conceituada como distúrbio no âmbito das paixões. Poderia significar fora da realidade, fora de si, sem o controle de suas próprias vontades e desejos. Nasce associada à ideia de periculosidade (Amarante, 2007).

necessidade do hospital psiquiátrico. A Psiquiatria de Setor contribuiu com a ideia de regionalização e de trabalho em equipe multiprofissional. A Psiquiatria Preventiva ou Saúde Mental Comunitária ampliou o campo conceitual da psiquiatria para a saúde mental, incluiu o conceito de crise (desadaptação social) e o de desinstitucionalização (medidas de desospitalização).

A Antipsiquiatria (Inglaterra) e a Psiquiatria Democrática (Itália) foram além do âmbito da instituição e consideraram que o problema estava no modelo científico psiquiátrico. A Antipsiquiatria elaborou a hipótese de que a experiência do sujeito tinha relação com o ambiente social e que, deste modo, o discurso do louco seria uma denúncia dos conflitos, tramas e contradições familiares e da sociedade.

Já a Psiquiatria Democrática, aprendeu com os erros e acertos das demais experiências e conseguiu ousar e dar um grande salto. Nesta experiência, Franco Basaglia, que estudou autores tais como Michael Foucault e Robert Castel, acreditou que a instituição psiquiátrica e seus processos de des-historicização e mortificação não seria combatida somente com medidas administrativas e de humanização. A proposta foi a de:

[...] superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana (Amarante, 2007, p. 56).

O processo de desinstitucionalização italiana iniciou-se na década de 60, a partir da desmontagem do hospital de Gorizia e, posteriormente, do hospital de Trieste²⁸. Ocorreu uma radical transformação da política e da assistência à saúde, principalmente com a promulgação da Lei 180 (Lei Basaglia) de 13 de maio de 1978.

Neste processo, foi sendo construída uma rede substitutiva. Os novos Centros de Saúde Mental regionalizados e com base territorial, passaram a trabalhar com o conceito de tomada de responsabilidade, ao assumir o cuidado integral, com estratégias reais de inclusão social (cooperativas, residências e outras formas de produção e participação social e cultural). Um processo social complexo, que acionou diversos atores sociais e recursos, para a reconstrução do lugar social da loucura.

---

²⁸ O serviço hospitalar dirigido por Franco Basaglia em Trieste foi considerado, em 1973, referência mundial da reformulação de assistência à SM pela OMS.

Com base na desinstitucionalização, Saraceno (2001, p. 112) desenvolveu uma discussão acerca dos modelos de reabilitação e propôs a Reabilitação Psicossocial. A perspectiva é a da reabilitação como cidadania, como “um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos”. Redes de negociação são tecidas e, “na medida em que são articuladas e flexíveis, aumentam a participação e a contratualidade real dos sujeitos fracos de uma sociedade”. A capacidade contratual dos sujeitos pode ser construída em três eixos: moradia; trocas sociais; e produção e trocas de mercadorias e valores.

A experiência italiana muito influenciou o movimento social e político pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, organizado inicialmente pelos trabalhadores, a partir da década de 1970, que propôs um novo modo de cuidar e de relacionar-se com a loucura. Este movimento emergiu paralelamente ao movimento que já havia se iniciado pela Reforma Sanitária, no contexto de redemocratização do Brasil, no final da década de 1970 e início de 1980.

O **Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)** foi criado no RJ em 1978, e tornou-se, no mesmo ano, um movimento social e político de âmbito nacional. Em 1979, foi criada a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho (SOSINTRA), uma das primeiras associações de familiares e de usuários do país, em defesa da Reforma Psiquiátrica.

Em 1979 em Minas Gerais, psiquiatras realizaram as primeiras denúncias contra o tratamento desumano e os genocídios ocorridos no Hospital Colônia de Barbacena-MG, sendo perseguidos política e profissionalmente por esse posicionamento. As denúncias incluíam o fato de que os cursos de anatomia das faculdades de medicina eram abastecidos por cadáveres provenientes de Barbacena²⁹. Em 1987, como desdobramento da 8ª. Conferência Nacional de Saúde, foi realizada a **I Conferência Nacional de SM**³⁰, importante marco histórico do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, na qual foram discutidos temas como a reorganização da assistência e os direitos e deveres dos doentes mentais. A criação do primeiro CAPS em São Paulo-SP, em 1987, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como “CAPS Itapeva”, e o fechamento da Casa de

---

²⁹Disponível em: <http://www.tribunademinas.com.br/tratamento-desumano-inicia-reforma-psiquiatrica-no-pais/>.

³⁰ Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relac_final.pdf.

Saúde Anchieta em Santos-SP em 1989, que foi substituído por serviços de base comunitária, designados como Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), foram experiências fundamentais e que podem ser consideradas grandes marcos no movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O redirecionamento dos modelos de assistência em SM só passou a acontecer oficialmente a partir da apresentação do projeto de lei nº 3.657 do deputado Paulo Delgado em 1989, que após discussões e modificações, culminou na conquista da **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001** (“Lei Paulo Delgado”), que também dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com sofrimento psíquico.

A partir dessas conquistas, portarias ministeriais e interministeriais passaram a ser criadas para viabilizar o processo de reforma, dentre elas a **Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992** e a **Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002**, que instituíram e regulamentaram oficialmente os **CAPS** (Brasil, 2004).

Atualmente esses serviços compõem a RAPS do SUS, com a proposta de serem serviços abertos e comunitários³¹, que ofereçam cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a ótica interdisciplinar, com o estabelecimento de ações intersetoriais, para a construção de projetos terapêuticos singulares (PTS), desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social, a promoção de autonomia, o exercício de cidadania e a participação e controle social dos usuários e familiares (Brasil, 2011).

Para a construção de um PTS em conjunto com o sujeito com demanda de cuidado em saúde mental, todas as opiniões apresentadas pela equipe são importantes para tentar compreender esse sujeito e para o delineamento de propostas de ações. O projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de buscar a singularidade/ diferença como elemento central, lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças.

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2006, p. 48), o PTS é desenvolvido em quatro momentos:

1. Diagnóstico: deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social. Deve tentar captar como o sujeito se produz diante de forças como as doenças, desejos e

---

³¹O CAPS opera nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (Brasil, 2005).

interesses, bem como o trabalho, a cultura, a família. Ou seja, tentar entender o que o sujeito faz de tudo que fizeram dele.

2. Definição de metas: propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o sujeito pelo membro da equipe que tiver maior vínculo. No CAPS é denominado como “terapeuta de referência”.

3. Divisão de responsabilidades

4. Reavaliação

Atualmente já existem vários CAPS em funcionamento em diversos municípios do país, em suas diferentes modalidades (I, II, III, i, AD, ADIII,) com a proposta de superar o modelo asilar, a partir do cuidado do sujeito em seu território, com estratégias que o ajudem a tecer sua rede, para evitar rupturas e tentar recriar vínculos com a família, comunidade, trabalho, escola, entre outros. Busca-se construir “um novo lugar social para as pessoas com a experiência de sofrimento, decorrente de transtornos mentais” (Brasil, 2013a, p. 7).

Em 2009, instituiu-se o Plano Emergencial do Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no SUS pela **Portaria nº 1.190, de 4 de junho** (Brasil, 2009b) e a esse plano somou-se o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, pelo **Decreto Presidencial nº 7.179, de 20 de maio de 2010** (Brasil, 2010). A meta anunciada foi a criação de 6.120 leitos na rede de atenção a usuários de crack e outras drogas, a criação de mais 50 CAPS AD (álcool e drogas) e de mais 225 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS)³² no âmbito do SUS, compreendida como arranjos organizativos de serviços regionalizados e de ações intersetoriais, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. É no contexto da RAS que foi instituída a **RAPS**³³, a partir da **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**, para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras

---

³² Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

³³ Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

drogas, no âmbito do SUS. Essa portaria foi republicada no Diário Oficial da União do dia 21 de maio de 2013 (Brasil, 2013b).

Os objetivos gerais da RAPS são: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências.

Já as proposições específicas são: promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da RAPS; e monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção. Além disso, tem o objetivo de promover mecanismos de EP aos profissionais de saúde.

Atualmente, a RAPS, é constituída pelos seguintes “pontos de atenção”:

1. Atenção Básica à Saúde: Equipes de SM em Unidades Básicas de Saúde (UBS); Equipes de AB para populações em situações específicas: Consultório na Rua e Equipe de apoio aos serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório; NASF; Centros de Convivência e Cooperativas (CECCO).
2. Atenção psicossocial especializada: CAPS (I, II, III, AD, ADIII, i).
3. Atenção de urgência e emergência: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Sala de Estabilização (SE); Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/ Pronto Socorro (PS).
4. Atenção residencial de caráter transitório: Unidade de Recolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial.

5. Atenção hospitalar: enfermaria especializada em Hospital Geral; serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216/ 2001.

6. Estratégias de desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Programa de Volta para Casa (PVC). O PVC, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, provê auxílio reabilitação para pessoas egressas de internações psiquiátricas com duração acima de dois anos.

7. Estratégias de Reabilitação Psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda; empreendimentos solidários; cooperativas sociais.

Ainda em 2011, a **Portaria nº 3.089/GM/MS**, de 23 de dezembro, dispôs sobre o financiamento dos CAPS no âmbito da RAPS (republicada em 31 de dezembro de 2011).

A **Política Nacional de Saúde Mental** (PNSM) busca promover, portanto, a redução de leitos psiquiátricos de longa permanência, ao incentivar que a hospitalidade em situações de crise aconteça nos CAPS III ou, quando as internações forem necessárias, aconteçam em hospitais gerais e com curta duração. Os processos de desinstitucionalização podem ocorrer, portanto, a partir da constituição da rede de dispositivos de atenção e cuidado no território e ações de reabilitação psicossocial, por meio da inclusão social pelo trabalho, cultura e lazer.

A compreensão sobre o **conceito de crise** e o ingresso de pessoas com esta vivência no circuito psiquiátrico estão relacionados com o valor-limite construído pela sociedade sobre a percepção e o reconhecimento do sofrimento, das noções de normalidade/anormalidade, periculosidade, miséria e rupturas de relações (familiares, sociais e/ou de trabalho) (Nicácio; Campos, 2004).

Segundo os autores triestinos Dell'Acqua e Mezzina (1988), podemos compreender situações de crise como aquelas que respondem a pelo menos três dos cinco parâmetros: grave sintomatologia psiquiátrica aguda; grave ruptura de relação no plano familiar e/ou social; recusa dos tratamentos psiquiátricos (medicações, programas terapêuticos, etc.) com afirmação da não necessidade do tratamento, porém com aceitação do contato; recusa obstinada do contato; e

situações de alarme no contexto familiar e/ou social com incapacidade pessoal de afrontá-las.

Existem diferentes definições sobre crise, de acordo com uma variedade de critérios dos diferentes atores do campo da psiquiatria e da SM. De modo geral, a crise faz parte da vida, em contexto global, porém, a experiência de desestabilização diante de determinadas circunstâncias pode se apresentar de tal forma e intensidade que ultrapassa a capacidade do indivíduo de suportar e de lidar, configurando-se como uma “experiência limite”, que necessita de atenção, cuidado e suporte (Ferigato et al., 2007).

As formas de tratamento foram se modificando durante a história da humanidade e, atualmente, estão relacionadas com a terapêutica estabelecida entre equipe e o usuário, bem como o usuário e a instituição, “considerando também seu território, seus vínculos sócio-afetivos e a subjetividade dos próprios operadores” (Ferigato et al., 2007, p. 42).

As situações de crise, portanto, se expressam de diferentes modos e em vários contextos. A atenção a essa complexidade, no contexto da Reforma Psiquiátrica, exige novas composições e conexões entre os diversos programas, ações e serviços das redes substitutivas, que possibilitem a superação da demanda de internação no hospital psiquiátrico.

Além disso, são fundamentais as articulações intersetoriais, entre as diferentes secretarias, e o fortalecimento ou construção de redes sociais e/ou familiares de suporte. Neste processo, os CAPS, em especial os CAPS III, ocupam um lugar estratégico nessa proposta de cuidado das pessoas em sofrimento psíquico (Ferigato et al., 2007; Nicácio; Campos, 2004).

Os CAPS III devem assumir a responsabilidade por essas demandas no desafio de superar os sistemas tradicionais de controle e de tutela, com a promoção de uma nova forma de se relacionar com as pessoas que se encontram em situação de intenso sofrimento, que garanta o cuidado em um lugar de confiança e de diversas possibilidades de relação, e não de limitação e perda da autonomia e da liberdade, sem deixar de reconhecer as necessidades de cuidado e de proteção.

Nessa perspectiva, não se trata de liberdade abstrata, mas de produzir as condições e as relações que possibilitem, em cada situação, dialogar, problematizar, dialetizando, liberdade, reciprocidade, responsabilidade, autonomia. [...] como possibilidades reais de vida nas cidades (Nicácio, 2003, p. 171).

Os princípios, diretrizes e estratégias apresentados pela Lei nº 10.216/2001, ainda implicam em desafios para os gestores públicos de saúde, as instituições formadoras e a sociedade, dentre eles o processo de formação dos estudantes e dos trabalhadores. Isto porque os serviços propostos como substitutivos não serão suficientes para superar os manicômios se os profissionais que neles atuarem não forem capazes de compreender a Reforma Psiquiátrica como um processo social e cultural complexo e, a partir de então, romper com a lógica manicomial, em “um processo contra-hegemônico, ou seja, um processo que caminha no sentido oposto ao da dominação da experiência subjetiva pelos aparelhos de poder, sejam eles jurídicos, políticos, sociais ou científicos” (Amarante, 2008, p.75).

Neste sentido, nossa luta pela Reforma Psiquiátrica não se reduz a uma simples reformulação dos serviços, mas implica no enfrentamento dos:

[...] aspectos conceituais da psiquiatria, sua função de controle da sociedade, suas articulações com a justiça e a repressão ideológica e política, sua inter-relação com os interesses mercadológicos e exploratórios existentes neste campo. E o conhecimento sobre todas estas dimensões e aspectos são fundamentais para uma prática libertária e transformadora (Amarante, 2008, p.78).

Faz-se necessário o investimento nos processos de formação profissional em SM para que os trabalhadores possam ser agentes sociais - e não reduzidos a simples técnicos-, e, assim, seja possível o “surgimento de sujeitos coletivos conscientes e ativos, que resistam aos processos de anulação de suas identidades” (Amarante, 2008, p.75). E, assim, consigam transformar e construir relações com os usuários que não sejam mais de tutela, anulação e exclusão. E que o cuidado possa acontecer em liberdade, com responsabilidade e autonomia, e que garanta os direitos de cidadania e considere a importância da participação dos usuários e de seus familiares na construção dos seus PTS.

Apesar de todas as conquistas alcançadas a partir do movimento pela Reforma Psiquiátrica, o lugar de desvalor que ocupam os sujeitos considerados loucos ainda parece ser a questão central a ser transformada social e culturalmente,

para a superação da lógica manicomial, dos preconceitos e dos (des) valores atribuídos a esses sujeitos. Este é um desafio também lançado aos processos de formação profissional.

Bezerra Júnior (2007) aponta a complexidade do processo de formação, pois se por um lado é necessário oferecer uma formação teórica e técnica sólida, de outro é preciso fomentar reflexões críticas e desenvolver ações criativas, de modo a atender aos desafios constantes impostos pelo processo da Reforma Psiquiátrica. Isto implica a abertura para a auto-reflexão e reavaliação constante dos impactos produzidos na própria subjetividade pelo trabalho cotidiano nas práticas assistenciais, sendo este o único modo de rever os “manicômios mentais” resistentes à mudança.

As novas formas de organização das equipes, a transformação dos papéis destinados aos técnicos, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, o entrelaçamento entre estratégias de cuidado e estratégias de responsabilização ou interpelação do sujeito, todos esses são temas cruciais para a formação de profissionais capazes de levar adiante o processo de transformação defendido pelo ideário reformista (Bezerra Júnior, 2007, p. 246).

A construção e fortalecimento da integração entre as Universidades e os serviços de SM do SUS, como cenários de aprendizagem de prática profissional, podem contribuir para que os estudantes vivenciem e aprendam todos esses temas e princípios, junto à equipe, aos usuários e seus familiares e no território.

Esta parceria e cooperação entre IES e os serviços de saúde são interessantes e importantes não somente para os estudantes em formação, mas também para os próprios serviços, no sentido da possibilidade de ampliação da relação teoria-prática e de pesquisas que possam auxiliar no aprimoramento da assistência, da organização e dos processos de trabalho.

2.4 Políticas e estratégias de formação em Saúde Mental

No Caderno Informativo da **III Conferência de SM** (2001, p. 23), convocada logo após a promulgação da Lei nº 10.216/2001, assinala-se que “a construção de

um novo modelo de atenção requer uma profunda transformação nas formas de compreensão e abordagem dos fenômenos e das problemáticas do campo da saúde mental, em uma direção interdisciplinar”, e aponta-se a necessidade de propostas de programas de formação descentralizados, contínuos, pautados na articulação entre universidade e serviços, “nos quais os conhecimentos e as práticas adquiridas estejam em consonância com as diretrizes de formação para o serviço público, o SUS, a reforma e a reorientação do modelo assistencial”.

Indica-se a necessidade de capacitação dos trabalhadores e dos diversos atores implicados no complexo processo de transformação das práticas: gestores, conselheiros das instâncias de controle social, participantes das associações de usuários, familiares, profissionais e das múltiplas entidades da sociedade civil. Deste modo, sugeriu-se a criação de bases para um programa nacional permanente de capacitação pautado nas diretrizes acima mencionadas, que contemple as necessidades e problemáticas locais e as diversas formas de produção do saber e os intercâmbios entre os atores envolvidos nos processos da Reforma.

No **relatório final da III Conferência Nacional de SM** ficou reconhecida a importância e necessidade de uma política de recursos humanos, integrada entre os planos municipal, estadual e federal, no sentido de consolidar os princípios da Reforma Psiquiátrica, do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, que rompa com os “especialismos” e construa um novo trabalhador em SM, com visão integral, atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado (SUS, 2002, p. 68).

Foi proposta a criação de **programas estratégicos interdisciplinares e permanentes de formação em SM para o SUS** para os diversos atores envolvidos, por meios de capacitação/ educação continuada descentralizada, cursos de pós-graduação, estágios, residências multiprofissionais, integração docente-assistencial, supervisão clínica e institucional, entre outros.

Enfatiza-se a importância da “integração entre assistência, ensino e pesquisa, pela qual todos os serviços da rede substitutiva sejam voltados para o ensino e a pesquisa das práticas inovadoras criadas pelo novo modelo assistencial” (SUS, 2002, p. 73). Além disso, aponta-se a necessidade de “estimular e/ou facilitar os **estágios acadêmicos ou voluntários**, para que os universitários tenham sua formação e campo de atuação ampliados, possibilitando, também, a vivência interdisciplinar desde a sua formação acadêmica” (SUS, 2002, p. 78).

O relatório ainda aponta algumas propostas específicas. A de nº 247 considera a importância de:

Formalizar e ampliar as parcerias com as instituições formadoras (instituições de ensino e outras), mediante contrato elaborado por comissão paritária (prefeituras municipais e instituições formadoras) que regule os estágios curriculares e extracurriculares prevendo a realização de projetos de pesquisa e extensão, internato rural, especialização, residência, para todos os profissionais de áreas afins, a partir do eixo preconizado pela Reforma Psiquiátrica, possibilitando intervenções no campo da saúde, cultura, lazer, etc. (SUS, 2002, p 79).

A proposta nº 255 sugere a promoção de mudanças curriculares dos cursos universitários em sintonia com a Reforma Psiquiátrica, que as Universidades acolham as experiências desenvolvidas nos serviços e que as parcerias contribuam para a reformulação curricular (SUS, 2002, p. 80).

A proposta nº 257 é a de garantir a inclusão de disciplinas de SM nos currículos dos cursos profissionalizantes, com ênfase nos cuidados com a saúde pública, SM coletiva, educação social e atenção ao portador de necessidades especiais (SUS, 2002, p. 81).

A proposta nº 258 sugere estimular, ampliar e garantir os aparelhos de formação de pessoal em SM, com caráter interdisciplinar e multiprofissional, em disciplinas que vão do campo específico da SM às de Políticas Públicas de Saúde (Educação Social³⁴, Saúde Coletiva, Saúde Pública, Planejamento, Epidemiologia, bases históricas e princípios do SUS), e atenção ao portador de necessidades especiais, “assim como uma base de formação prática nos serviços substitutivos e nas práticas territoriais/ comunitárias de atenção psicossocial” (SUS, 2002, p. 81).

Em 2005, no documento **Reforma Psiquiátrica e Política de SM no Brasil** (Brasil, 2005, p. 45), a questão da formação técnica e teórica de recursos humanos “capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura” ainda aparece

³⁴ Educação Social é o campo de trabalho da Pedagogia Social ou Teoria Geral da Educação Social, que constitui base teórica para a atuação do educador na área social, a partir das práticas de Educação Popular (abordagem teórica desenvolvida por Paulo Freire), Educação Sociocomunitária e práticas de Educação não escolares. Mais informações em:

<<http://pedagogiasocialbr.wordpress.com/category/publicacoes/>>.

A profissão de educador social existe em países internacionais, como Portugal. No Brasil, o projeto de lei PL 5346/2009 dispõe sobre a criação da profissão de educador (a) social. Disponível em:

<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=437196>>.

como um dos principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

Desde o ano de 2002 o MS desenvolve o **Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica**, como forma de incentivar, apoiar e financiar a implantação de núcleos de formação em SM, através de convênios estabelecidos com instituições formadoras (especialmente Universidades federais), municípios e estados (Brasil, 2005). A importância deste Programa foi reforçada na IV Conferência Nacional de SM (SUS, 2010).

Para as Conferências Nacionais são realizadas as Conferências Municipais e Estaduais. No **Relatório Final da Etapa Estadual de SM Intersectorial de São Paulo de 2010**³⁵, por exemplo, foi aprovada a proposta de Formação, Educação Permanente e Pesquisa em SM (p. 43), que considerou a garantia de inclusão curricular de residência e estágio nos CAPS, na formação universitária ligada à saúde.

Posteriormente, foi deliberada na **IV Conferência Nacional de SM** a proposta de criação de parcerias com instituições de ensino superior para o desenvolvimento de projetos de pesquisa e metodologias voltadas à SM, com a ampliação de oferta de estágios e residências em serviços substitutivos “no sentido de embasar e fortalecer ações públicas para melhoria da qualidade da atenção, prevenção e tratamento” (SUS, 2010, p. 51).

Os programas de **Residências Multiprofissionais em SM** são desenvolvidos por IES habilitadas e credenciadas pelo MS e MEC, como citado anteriormente. São estratégias de formação interprofissional desenvolvidas nos cenários da RAPS.

A **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde** (SGTES/MS) possui alguns programas e projetos de formação em SM dentre eles: o **Programa de Educação pelo Trabalho para a SM** (PET- Saúde/Saúde Mental)³⁶, iniciado em 2011 para a formação interprofissional das graduações em saúde com a integração ensino-serviço, e o **Programa Caminhos do Cuidado**³⁷, criado em 2013

³⁵ Disponível em: http://www.sedes.org.br/Eventos/relatorio_final_14_06_10.pdf.

³⁶ O PET- Saúde/Saúde Mental, instituído pela Portaria Conjunta n. 6, de 17 de setembro de 2010, busca contribuir para o desenvolvimento da RAPS para atenção integral, humanizada, tecnicamente qualificada e resolutive. Ver mais em: http://www.prosaude.org/noticias/petsaudeFormacaoSaudeMental/PortariaConjunta6_17-09-2010_PET-SaudeMental.pdf.

³⁷ Parceria formada pela Fiocruz (RJ) e Grupo Hospitalar Conceição (RS). Inserido no eixo do Cuidado do Plano Integrado “Crack, é possível vencer”, o projeto é articulado pela Casa Civil e sob

para formação em SM de agentes comunitários de saúde e auxiliares/ técnicos de enfermagem da AB para cuidado e atenção integral das pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, a partir de articulação com estados e municípios, dentre eles o estado e o município de São Paulo.

Em 2014, o **DEGES/SGTES e a Coordenação Geral de SM, Álcool e Outras Drogas** do MS, abriram inscrições para a segunda edição dos **cursos de atualização em SM** destinados aos profissionais dos CAPS. As vagas remanescentes puderam ser preenchidas por outros profissionais da RAPS. Os cursos oferecidos na modalidade à distância foram: “Álcool e outras drogas, da coerção à coesão”, “SM na Infância e Adolescência” e “Crise e Urgência em SM”.

No município de São Paulo, a EMS criou o **Programa Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana**³⁸ com vista à EP dos profissionais da saúde do SUS na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, para o fortalecimento da RAPS, a partir dos princípios da PNEPS (Brasil, 2009a).

Este projeto é um convênio firmado entre a SMS - por meio da Área Técnica de SM, Álcool e Drogas e da Coordenação de Gestão de Pessoas (CGP)/ ETSUS-SP - com a SGTES/MS, com a proposta de organização de oficinas, fóruns, seminários, rodas de conversas e cursos de qualificação (presenciais e à distância). Em maio de 2015, já havia atingindo um total de aproximadamente 6.000 trabalhadores que participaram de mais de 20 ações de EP, desde o início o projeto.

Há ainda Associações, tais como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)³⁹ e a Associação Brasileira de SM (ABRASME)⁴⁰, criadas com o objetivo de atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva ou SM para defesa do SUS, a partir do fortalecimento mútuo das entidades associadas e para ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica e desta com os serviços de saúde, as organizações governamentais e não governamentais e com a sociedade civil.

A **ABRASCO** foi criada em 1979. Apóia e desenvolve projetos, seminários, oficinas e realiza os maiores congressos da área na América Latina. Possui Grupos Temáticos (GTs), dentre eles o GT Trabalho e Educação na Saúde e o GT SM. O

---

responsabilidade do Ministério da Justiça e conta com a parceria da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS). Disponível em: <http://www.caminhosdocuidado.org/>.

³⁸ Projeto Rede Sampa – SM Paulistana. Disponível em:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/ems/noticias/?p=163630>.

³⁹ Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/sobreabrasco/>.

⁴⁰ Disponível em: <http://www.abrasme.org.br/site/capa>.

GT SM tem como coordenador Paulo Amarante, também presidente da ABRASME. Este GT participa da organização dos Congressos Brasileiros e das Conferências Nacionais de SM.

A **ABRASME** foi fundada em 2007. Em 2016 realizará o V Congresso Brasileiro de SM no município de São Paulo. Esses eventos são organizados a partir das necessidades de aproximações dos diversos atores sociais, usuários, familiares, profissionais, acadêmicos e artísticos, do campo de práticas e saberes em SM do SUS. Entretanto, apesar do importante papel da ABRASME no campo da Formação em SM, este não consta como um dos eixos temáticos do próximo Congresso, questão que se espera que seja apontada e problematizada pelos participantes durante o evento.

3 FORMAÇÃO DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: REVISÃO INTEGRATIVA⁴¹

A fundamentação teórica de um determinado tema pode ser realizada a partir de fontes de informações científicas impressas ou eletrônicas, na forma de artigos, dissertações e trabalhos apresentados em eventos, que podem ser categorizados como *revisão narrativa* ou de *revisão bibliográfica sistemática* (meta análise, revisão sistemática, revisão qualitativa e revisão integrativa). A primeira conta com a interpretação e análise crítica pessoal do pesquisador e não responde quantitativamente a determinados questionamentos. Já a revisão sistematizada, visa responder uma pergunta clínica ou não clínica específica, a partir de evidências e de metodologia que possa ser reproduzida por outros pesquisadores. Dentre as revisões sistematizadas, encontra-se a revisão integrativa, que propõe viabilizar a sistematização do conhecimento científico de forma que o pesquisador aproxime-se da problemática que deseja pesquisar e trace um panorama sobre sua produção científica para conhecer a evolução do tema ao longo do tempo (Grupo Anima Educação, 2014) (grifo nosso).

A revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa utilizado desde 1980 na Prática Baseada em Evidência e “tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado” (Mendes et al., 2008, p. 759).

3.1 Percurso Metodológico

Esta revisão integrativa teve como questão: **Quais estudos foram realizados sobre experiências de formação profissional de estudantes de graduação em Saúde Mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica em cenários do SUS?**

---

⁴¹ Parte desta Revisão Integrativa será submetida para avaliação de alguma revista para possível publicação.

A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no Banco de Teses e no Portal de Periódicos da CAPES.

A BVS tem foco no desenvolvimento das ciências da saúde na América Latina e Caribe e possui diversas bases de dados da saúde e recursos informacionais: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), entre outros.

O critério de seleção utilizado foi o de estudos que se referem à formação prática de estudantes de graduação para o trabalho em SM na perspectiva da Reforma Psiquiátrica nos cenários do SUS. Buscou-se selecionar artigos sobre experiências de estágios e dos programas tais como VER-SUS e PET-Saúde/Saúde Mental/Redes, no período de 1988, ano de criação do SUS pela Constituição Federal, a 2015. Diante de estudos interessantes sobre integração ensino-serviço, análises de currículos e programas de disciplinas e PPP de IES, decidiu-se selecionar alguns que dialogam com a discussão dessa revisão.

Foram excluídos trabalhos sobre Residências (Médicas, Multiprofissionais e Integradas), EP, Educação Continuada e Apoio Matricial, por se referirem à formação dos profissionais já graduados. Trabalhos sobre a saúde mental de trabalhadores, estudantes, docentes e usuários também não foram incluídos.

Na BVS, utilizou-se o acrônimo para População/Paciente/Problema, Interesse e Contexto (PICO), para busca de evidências em pesquisas não-clínicas, como demonstrado por Takahashi et al. (2014).

Em seguida, buscas avançadas foram realizadas na BVS, Portal de Periódicos e Banco de Teses da CAPES, utilizando-se operadores de busca específicos de cada portal (aspas, asteriscos, parênteses, interrogação, cifrão, AND, OR, NOT) e diversas combinações entre as seguintes palavras:

- estágio; formação; vivência; experiência; prática profissional; programa de educação pelo trabalho; PET; vivências e estágios; VERSUS; VER-SUS;
- estudantes; alunos; graduandos; acadêmicos; discentes;
- saúde mental; serviços de saúde mental; atenção psicossocial; enfermagem psiquiátrica; reforma psiquiátrica;
- SUS; sistema único de saúde; equipe de assistência ao paciente.

Realizaram-se diferentes combinações entre palavras-chaves, usadas pelos autores para definir o assunto, como “reforma psiquiátrica” e “formação”, e entre descritores, padronizados e definidos por especialistas, encontrados em Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), como “serviços de saúde mental” e “equipe de assistência ao paciente” (Saheki; Takahashi, 2013).

No **Apêndice A** encontra-se o Percurso da Pesquisa Bibliográfica, ou seja, a sequência de combinações de palavras-chaves e/ou descritores realizadas, utilizando os operadores de busca específicos de cada portal, e o número (N) de publicações encontradas (não repetidas) em cada uma delas.

Posteriormente, realizou-se a leitura dos títulos e resumos das publicações para a seleção dos trabalhos localizados na íntegra nas bases de pesquisa ou solicitados aos autores.

3.2 Resultados

Caracterização das produções

Mapeou-se um total de 62 publicações, sendo a maior parte estudos qualitativos. Observa-se um aumento significativo de publicações a partir de 2009, conforme apresentado no **Quadro 3.1**.

Quadro 3.1 - Principais características das publicações (continua)

Características	N	%
❖ Ano de publicação		
1998-2008	24	39
2009-2015	38	61
Subtotal	62	100
❖ Natureza do texto		
Artigo	56	90,5
Dissertação (Mestrado)	2	3
Tese (Doutorado)	4	6,5
Subtotal	62	100

❖ Curso/ Programa envolvido		
Enfermagem	39	63
Medicina	1	1,5
Psicologia	7	11
Terapia Ocupacional	2	3,5
Mais de um curso	3	5
PET-Saúde	7	11
VER-SUS	2	3,5
Não especificado	1	1,5
Subtotal	62	100
❖ Modalidade de estudo		
Relato de experiência (estágio/ ensino)	20	27,5
Análise teórica e reflexiva (aspectos históricos e políticos)	12	16,5
Pesquisa bibliográfica	2	3
Pesquisa documental (PPP, programas de disciplinas, DCN)	11	15
Pesquisa de campo:		
Entrevista/avaliação/aplicação de questionário/grupo focal/depoimentos	25	34
Observação (direta/participante/descritiva)	3	4
Subtotal	73	100
❖ Participantes da pesquisa de campo		
Estudantes	15	50
Graduados	2	6,5
Docentes	5	16,5
Coordenadores de cursos	1	3,5
Profissionais da saúde	6	20
Usuários/familiares	1	3,5
Subtotal	30	100
❖ Nº de textos analisados em cada eixo temático		
Relatos e reflexões a cerca de experiências/ vivências em cenários de prática	43	69
Análises de propostas curriculares e de processos de ensino-aprendizagem	19	31
Subtotal	62	100

Quadro 3.1 - Principais características das publicações (conclusão)

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados sobre os textos selecionados.

As entrevistas e aplicações de questionários com os sujeitos das pesquisas foram realizadas de modo presencial. Não foram encontrados estudos que utilizaram o método Delphi como forma de coleta de dados, o que confere uma inovação desta dissertação.

Somente duas pesquisas foram realizadas a partir da construção de questionários baseados na escala Likert, também utilizada neste trabalho.

A maioria dos estudos é da área de Enfermagem.

Não foram encontrados trabalhos de Serviço Social, apesar dos profissionais da área fazerem parte de equipes de serviços substitutivos aos manicômios, o que pode se explicar pela recente inserção desses profissionais.

O subtotal das Modalidades foi superior a 62 devido à presença de mais de uma modalidade em alguns estudos. O mesmo ocorreu com o subtotal dos participantes da pesquisa de campo.

3.3 Discussão

Após o estudo dos textos, realizaram-se dois eixos temáticos para revisão:

- A. Relatos e reflexões a cerca de experiências/ vivências em cenários de prática
- B. Análises de propostas curriculares e de processos de ensino-aprendizagem

A. Relatos e reflexões acerca de experiências/vivências em cenários de prática

Este eixo temático apresentou 43 publicações selecionadas, conforme o quadro apresentado no **Apêndice B**.

As pesquisas de campo e as reflexões acerca de experiências de estudantes de graduação em cenários de prática, tanto as curriculares, quanto as extracurriculares, como a participação em projetos de extensão universitária, PET-Saúde/SM, VER-SUS e em Ligas acadêmicas, demonstraram a importância dos estágios e dos programas de educação interprofissional, da diversificação dos cenários de prática e de aprendizagem, do uso de metodologias ativas e estratégias inovadoras, do desenvolvimento de novas habilidades e competências e de análise crítica-reflexiva das experiências para a formação.

A SM deve ser trabalhada de forma dinâmica, com estratégias inovadoras e todos os atores devem participar da construção do novo conhecimento (Rocha et al., 2014). Fazem-se necessários a atualização do processo pedagógico e o

desenvolvimento de competência na abordagem de metodologias ativas, utilizando-se as mais variadas estratégias e espaços, para desconstruir o imaginário social, o estigma da marginalidade e periculosidade da pessoa com transtorno mental e fomentar o olhar psicossocial que o considera um cidadão com direitos e deveres, merecedor de respeito e cuidados (Villela et al., 2013).

Estudos da área da Enfermagem e de Psicologia apontaram a necessidade de modelos de formação baseados em competências.

Para Siqueira (2009), competência significa aproximar-se, responder a, corresponder, sendo construída e definida na prática social, em situações específicas e em tarefa conjunta entre organização, trabalhadores e educadores. Na SM são necessárias as competências comunicativas, pessoais (responsabilidade, iniciativa, abertura), de cuidado e sociopolíticas.

Segundo Neves et al. (2010), as competências também se constroem a partir de situações práticas e, na SM, as situações mais complexas localizam-se na atenção territorial. Para esse saber/fazer é necessário desenvolver as habilidades de acolher, escutar, criar vínculos, incluir os sujeitos nas atividades coletivas, entre outras. Barros e Claro (2011) apontaram que desenvolver competências nos alunos é torná-los capazes de mobilizar os conteúdos que apreenderam em situações reais, essenciais para as mudanças exigidas pela Reforma Psiquiátrica, para a desconstrução do modelo de controle e tutela do doente mental e construção de modelos substitutivos ao fazer psiquiátrico tradicional.

Dimenstein e Macedo (2012) corroboraram com essa visão ao afirmarem que os campos da atenção primária e psicossocial têm possibilitado o desenvolvimento de novas competências e habilidades, trazendo experiências transformadoras para a formação dos psicólogos.

Outros autores também discutem sobre o desenvolvimento de novas habilidades e competências do enfermeiro, como o uso de abordagens grupais no cuidado em SM (Assis et al., 2010) e a superação do modelo baseado meramente na aplicação de procedimentos técnicos e de administração de medicações (Lopes; Reinaldo, 2012).

No geral, busca-se ampliar a qualificação dos futuros trabalhadores, tanto na dimensão técnica especializada quanto na dimensão ética, política, comunicacional e de relações interpessoais, para que possam participar como sujeitos integrais na

construção do novo modelo de atenção. Neste contexto, os estágios não se resumem à integração do estudante ao mercado de trabalho.

Ao se propor um estágio na perspectiva da clínica ampliada, pode-se criar um modo de fazer saúde que se contrapõe ao reducionismo do saber biomédico e afirma uma visão que não privilegia a patologia, mas indivíduos singulares que podem ocupar um lugar no espaço coletivo (Jurdi et al., 2014).

Diversos estudos em Enfermagem utilizaram entrevistas ou questionários com estudantes de graduação, que realizaram estágios em cenários de prática, docentes e profissionais, para compreender o processo de ensino-aprendizagem e os avanços dos conhecimentos, habilidades e competências. Resultados mostraram que a concepção da loucura construída socialmente, somada aos problemas relacionados à formação acadêmica, podem gerar despreparo dos profissionais para o cuidado em SM.

Algumas pesquisas apontaram que o ensino foi insuficiente para a maior parte dos estudantes, o que trouxe consequências, como: a não desmitificação do estigma da saúde/doença mental e a falta de expectativa em lidar com problemas de SM na Atenção Básica devido à baixa carga horária (Miyai et al., 2014); dificuldades para o trabalho em equipe multiprofissional (Siqueira Júnior; Otani, 2011); representações sobre cidadania e reabilitação psicossocial ainda sustentadas no senso comum, relacionado à periculosidade e a direitos básicos como à saúde e lazer (Barros; Claro, 2011).

Outras pesquisas apresentaram resultados mais positivos com relação ao ensino e às experiências de estágios, como: valorização das demandas dos usuários (Barros; Claro, 2011); aprendizado do acolhimento, cuidado e apoio a pacientes e familiares e o reconhecimento de possibilidades para atuar na rede de atenção à SM (Maurer et al., 2013); mudança na concepção da loucura (Villa; Cadete, 2000) e na percepção do doente mental, antes visto como perigoso e incapaz, e o desenvolvimento de disposição empática (Jorge; Rocha, 2000; Labate et al., 2004); percepção dos acadêmicos como agentes do processo de assistência (Durman et al., 2005) e delineamento do protagonismo dos estudantes e usuários a partir de processos conjuntamente construídos de coparticipação e corresponsabilização (Soares et al., 2010a).

Em outro estudo, Miranda et al. (2010) afirmaram que, embora as experiências dos estudantes tenham acontecido em hospital psiquiátrico, foi possível

a construção de crítica ao modelo asilar e reconhecimento das contribuições da Reforma Psiquiátrica e de direitos de cidadania.

Entretanto, autores apontaram que transformações na formação são determinadas pelo modelo assistencial do cenário de prática no qual os estudantes estão imersos. O contato com pessoas em sofrimento psíquico em instituições não manicomiais e a inserção no cotidiano de UBS podem proporcionar importantes subsídios para a formação, quer pelo conhecimento de uma forma diferenciada de trabalho, quer pela possibilidade de desmistificação da loucura (Borges, 2012).

As representações do doente mental na nossa cultura e sociedade, vinculadas ao modelo asilar, também são influenciadas e divulgadas pelos meios de comunicação (televisão, cinema, jornais, etc.), estimulando o medo, preconceitos e a rejeição. Somente o ensino não será suficiente para transformar a percepção constituída sobre a loucura, mas a concepção que o fundamental será determinante a respeito do modo de relacionar-se com ela (Cavalheri et al., 2007).

Assim, a formação não deve se limitar a questões técnicas, mas também à adoção de referencial teórico-metodológico, que sustente a aprendizagem transformadora e alinhada às demandas da SM. Deve-se dar relevo às experiências que aproximam o aluno da realidade, em práticas não manicomiais de atenção ao sofrimento psíquico. No entanto, Fernandes et al. (2009) consideraram que na realidade desse processo em grande parte dos cerca de 600 cursos de graduação em Enfermagem ativos na época da pesquisa, que funcionavam em municípios nos quais não existiam CAPS, a atenção continuava sendo realizada no modelo asilar, dificultando ações pedagógicas.

Barros et al. (1999) pontuaram a responsabilidade da Universidade no redirecionamento da qualificação profissional e afirmaram que as mudanças no processo de aprendizado dos alunos foram determinadas pelo modelo de Reabilitação Psicossocial do CAPS e que a experiência redimensionou a relação deles com usuários, técnicos e sua identidade profissional: pelas trocas efetivas, pela diversidade de intervenções, pelo aprendizado e interlocução com o serviço, pela inserção do docente na gestão do projeto, transformando o processo ensino-aprendizagem num encontro criativo e reflexivo.

É importante criar espaços para os processos reflexivos sobre o vivido e para a construção da autonomia responsável pelo estudante no processo de ensino-aprendizagem (Soares et al., 2010b; Santos et al., 2011). As discussões de casos

com a equipe também são importantes, pois favorecem o entrosamento, possibilitam ao estudante o aprendizado de trabalho em equipe, promovendo transformações das práticas. Além disso, a presença da Universidade pode favorecer a educação permanente dos profissionais (Gama; Koda, 2008; Santos et al., 2011).

Em relato de experiência de estágio de psicologia em equipe de Programa Saúde da Família (PSF), verificou-se que o envolvimento da Universidade em diversos níveis da atenção e frentes de atuação (estágio, participação de docentes no colegiado de saúde mental, reuniões com o gestor e coordenadores de saúde, participação no CAPS e no gerenciamento dos PSFs) propiciou mudanças na formação e ampla intervenção junto à comunidade (Gama; Koda, 2008).

Outros relatos de experiências de estágios curriculares de Enfermagem, Psicologia e T.O. apresentaram diferentes cenários, como: CAPS, NAPS, UBS, NASF, CECCO, clínica-escola e até mesmo cenários culturais, tais como o Museu da Loucura, em Barbacena (MG).

A experiência de aprendizagem sobre as dimensões da Reforma Psiquiátrica no Museu - onde arte, história e memória se encontram para resgatar e preservar fragmentos da psiquiatria mineira e possibilitar que o “tempo de horrores” não seja esquecido -, foi um convite aos alunos de enfermagem para se questionar sobre as práticas e saberes na lógica asilar (Botti et al., 2006). Este mesmo questionamento não ocorreu em outro recente relato de estágio em hospital psiquiátrico (Muniz et al., 2014), apesar de usar a Reforma Psiquiátrica como referencial.

Em outros relatos foram discutidos aspectos importantes, como a questão da especificidade e da interdisciplinaridade/ trabalho cooperativo.

Em experiência no VER-SUS, Schweig (2009) trouxe a ideia de vivências coletivas de dissolução de identidade, diferentemente de Oliveira et al. (2008) que afirmaram que no trabalho interdisciplinar há o reconhecimento de limites de cada discurso, criando uma articulação possível.

Vaie e Barros (2001), a partir de experiência em CAPS, constataram que operar de modo cooperativo não significa trabalhar sem conflitos, elementos inevitáveis e universais. Yasui (2006) também apontou que os conflitos fazem parte do trabalho em equipe, ao conviver com posições diferentes, por vezes antagônicas.

Costa (2005) fez um estudo sobre a construção do saber da enfermeira na equipe interdisciplinar de serviços de atenção psicossocial, compreendendo esse trabalho em equipe como espaço de saber partilhado e de troca. No entanto,

apontou a indefinição do papel da enfermeira e a afirmação da especificidade pela supervisão de enfermagem e pelo saber clínico.

A questão da especificidade apareceu principalmente em estudos da área de Psicologia. Santeiro (2012) discutiu sobre a especificidade do psicólogo clínico e o trabalho no NASF. Para o autor, o psicólogo clínico é quem se dedicou anos formando-se para compreender fenômenos psíquicos e comportamentais, o que confere ao profissional uma especialidade e sua potência deve ser considerada, não como um saber acadêmico que se sobrepõe ao do outro.

Em contrapartida, Lewis e Palma (2011) constataram no estágio em CAPS que ainda não foi superada a dicotomia entre clínica e política que promove: intervenções desarticuladas; desconhecimento dos profissionais diante de um sofrimento severo e persistente que alimenta a reprodução de modelo clínico a ser ultrapassado; e a inesperada vigência do paradigma manicomial nos serviços substitutivos. Outros estudos também pontuaram a dicotomia entre clínica e saúde pública/ coletiva como um problema a ser superado para consolidar a Reforma Psiquiátrica (Dimenstein, 1998; Macedo; Dimenstein, 2011).

Em seu estudo, Santeiro (2012) apresentou outra interessante reflexão sobre o intercâmbio entre saúde e educação e do importante papel dos supervisores (do serviço e da Universidade). No estágio em NASF retratado, observaram-se demandas para que o PPP da Universidade solucionasse problemáticas antigas da saúde pública, falhas historicamente constituídas. Embora a Academia tivesse compromissos sociais inquestionáveis, não tinha como ser a grande responsável por solucionar problemáticas tão arraigadas, colocando em risco suas responsabilidades pedagógicas.

Os estagiários estão diante de diversos desafios e precisam responder a muitas exigências externas (IES; serviço) e internas. As exigências internas, além das postas pelo processo de aprendizagem, também correspondem ao desenvolvimento pessoal e acadêmico do sujeito e o modo com o qual lida com cobranças.

A prática pode elevar o custo emocional para o estudante, principalmente quando atua no polo da onipotência-impotência, pelo desejo de modificar a realidade da saúde pública. Os supervisores de estágios são, portanto, fundamentais como apoiadores teórico-técnicos e também psíquicos e emocionais, para não revigorar e perpetuar sentimentos de incapacidade e impotência diante dos desafios.

Outro estudo que apontou a importância das supervisões é o da área de T.O. (Jurdi et al., 2014), que considerou que a experiência de estágio e o suporte das supervisões permitiram às estagiárias uma intensa reflexão e apreensão sobre o compromisso em relação ao cuidado, o processo da tessitura de redes, a potencialidade do fazer e estar junto, a necessidade de se romper com o estatuto de verdade do saber profissional e a importância de se horizontalizar o olhar no trabalho com famílias.

Roble et al. (2012), relataram experiência de formação interprofissional e interdisciplinar de alunos da Educação Física, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição e T.O. em um NAPS e consideraram que o espaço de formação construído não foi limitado a ensinamentos de novas tecnologias de cuidado, mas a uma postura existencial de abertura ao novo e de aceitação do outro, impulsionados para um novo lugar do saber/fazer.

Experiências extracurriculares, como Ligas Acadêmicas de SM, também se mostram importantes para a formação, como a criada na Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista a partir da demanda por capacitação dos graduandos. Essas experiências não devem desmobilizar a luta pela valorização e inserção sistemática e longitudinal de temas de SM no currículo oficiais dos cursos (Gonçalves et al., 2009).

Foram encontradas poucas reflexões sobre experiências no PET-Saúde e VER-SUS, porém, todas identificaram contribuições para o trabalho no SUS e para interferir nos modos de fazer e ensinar das Universidades.

Sobre o VER-SUS, Bilibio (2009) trouxe a perspectiva das vivências como encontros de diferentes modos de sentir, conhecer, fazer, falar e conversar sobre e no SUS. Vivências coletivas de reconfiguração dos modos de sentir-pensar-agir como modos de fazer política. Já Schweig (2009), como antropóloga em estágio transdisciplinar, produziu uma investigação junto a estudantes em "estágio de vivência" em serviços de SM. Nesta imersão, compreendeu relações tecidas entre saúde/ SM e política e observou que a experiência foi transformadora, para além da capacitação técnica, com constituição de militantes da Reforma Psiquiátrica e do SUS.

Os artigos sobre o PET-Saúde apresentaram sua importância para educação interprofissional e sua potência para a integração ensino-serviço-comunidade, trabalho em rede, promoção do cuidado integral e trabalho em equipe

interdisciplinar. A formação deve se dar na prática entre todos os envolvidos: alunos, preceptores, tutores e usuários.

Conceição et al. (2015) apresentaram a ideia de “itinerário de formação”, construído em rede de forma cogeriada entre universidade, gestão e serviço, a partir da cogestão da pesquisa e encontros formativos, caracterizados pela interferência criativa e efeitos transformadores aos envolvidos. Apontaram como efeitos positivos: a potencialização da rede e corresponsabilidade pelos casos de SM, aprimoramento dos PTS e da coordenação do cuidado, ampliação da função formadora do serviço e problematizações da formação pela Universidade.

Santos et al. (2015) também afirmaram que os alunos do PET vivenciaram a produção do cuidado no serviço atravessada por afetos, pela necessidade de disponibilidade para o inusitado, estabelecimento de vínculos, entre outros elementos não realizados na formação tradicional.

Rodrigues et al. (2012) apontaram muitos dos obstáculos a serem superados, entre eles, a dificuldade em se desenvolver um trabalho interdisciplinar com os diversos profissionais e os grupos tutoriais e a falta de articulação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção, o que compromete a integralidade e a resolubilidade das necessidades dos usuários. Esses desafios também apareceram no estudo de Rosa et al. (2015), pela necessidade de flexibilizar as práticas de um ambulatório, com vistas a uma prática interdisciplinar, em que se considera que a opção deve ser radical por modelo de atenção usuário-centrado.

Com relação à formação para o acompanhamento e cuidado dos sujeitos com questões relacionadas ao uso de Álcool e outras drogas, foram encontrados somente dois artigos, o que aponta a fragilidade ainda presente nas reflexões sobre a formação para esse campo, assim como identificado por Mângia et al. (2010). Kemper et al. (2015) refletiram sobre a experiência do PET- Saúde/RAPS da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Siqueira (2009) discutiu sobre o desenvolvimento de competências para o cuidado no cotidiano do Núcleo de Estudos sobre o Álcool e outras Drogas da Universidade Federal do Espírito Santo.

Segundo Mângia et al. (2010), novos cenários exigem novas competências profissionais não previstas na graduação. Há ainda falta de formação para o trabalho em equipe, para a gestão e modelagem de serviços e para o campo da atenção básica. Além disso, os jovens profissionais necessitam de respaldo institucional, pois são os protagonistas das mudanças propostas pela PNSM.

B. Análises de propostas curriculares e de processos de ensino-aprendizagem

Este eixo temático apresentou 19 publicações selecionadas, conforme o quadro apresentado no **Apêndice C**.

Análises sobre programas de disciplinas de SM e reflexões sobre processos de ensino-aprendizagem do modelo de atenção psicossocial também foram encontradas. A maior parte são estudos realizados pela área de Enfermagem, exceto a dissertação de Carneiro (2010), que investigou as disciplinas de SM dos cursos de Enfermagem, Medicina, Psicologia e T.O. em duas Universidades de Goiânia (Pontifícia Universidade Católica de Goiás e Universidade Paulista), e o artigo de Macedo e Dimenstein (2011), que analisou a formação em Psicologia no Piauí.

Carneiro (2010) verificou que houve aproximação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e das DCN com as disciplinas investigadas. Entretanto, ainda coexistiam mensagens predominantes do modelo biomédico, o que aponta a necessidade de avanços para sua superação. Fernandes et al. (2009) também apontaram o desafio de alinhar o ensino em SM com as DCN para romper com o modelo clássico de atendimento centrado na remissão de sintomas.

Macedo e Dimenstein (2011) verificaram desafios nos currículos de Psicologia do Piauí. Apesar do avanço na incorporação dos debates da Saúde Coletiva e SM e da atuação do psicólogo em contextos sociais e comunitários, os currículos mantêm a tradicional dicotomia entre clínica e Saúde Coletiva, avançam pouco em relação aos novos saberes/práticas para a Reforma Psiquiátrica e mantêm os modelos asilar e psicossocial nos modos de formação.

Outros estudos realizados na área de Enfermagem apontaram os desafios no início das buscas por mudanças curriculares a partir dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (Braga; Silva, 2000; Kantorski; Silva, 2000; Villa, 2000; Maftum; Alencastre, 2002). A possibilidade de mudança foi vista como uma “utopia” não partilhada por todos os envolvidos no processo (Braga; Silva, 2000).

Maftum e Alencastre (2002) afirmaram que as mudanças imprimiram algumas incertezas e dificuldades em ressignificar e redimensionar a prática, tanto dos docentes quanto da equipe, característica do momento de transição. Constataram

que, mesmo que lentamente, os cursos e disciplinas de Enfermagem em SM e Psiquiátrica vinham sofrendo os impactos das mudanças sugeridas pela LDB e pela Reforma Psiquiátrica.

Villa (2000) considerou que a enfermagem deve participar da construção da prática inovadora com inserção do docente nos serviços, desenvolvendo ensino e extensão. As mudanças na formação estão, portanto, diretamente relacionadas àquelas estabelecidas nas relações entre universidades e serviços (Tavares, 2006).

Outras pesquisas analisaram disciplinas de Enfermagem em SM oferecidas em IES em diversas regiões do Brasil, dentre elas: SP, RJ, Nordeste / Rio Grande do Norte (RN), Rio Grande do Sul (RS), Goiás, Paraná.

No RS, verificou-se que ainda existem contextos institucionais de ensino caracterizados por parcelamento dos cursos, fragmentação dos conteúdos e processos pedagógicos conservadores. As disciplinas são marcadas pelo enfoque do normal/patológico, com influências dos discursos da psiquiatria asilar, preventiva e da psicanálise, que priorizam psicopatologias e assistência por ações curativas e individuais e reforçam práticas de exclusão da loucura, embora contraditoriamente combatendo-os em seu discurso. Estágios ainda são realizados em hospitais psiquiátricos e comprometem a formação (Kantorski; Silva, 2000; Kantorski et al., 2001; Silva et al., 2004). Esta situação também foi verificada por Neves et al. (2012) em pesquisa sobre a formação de enfermeiro do PSF de Mato Grosso, sendo a SM também negligenciada nas ações de EP.

Alguns planos de ensino estudados em SP apontaram a preocupação em trabalhar com os desafios da Reabilitação Psicossocial, porém, alunos do último ano da USP de Ribeirão Preto avaliados em 2003 ainda não se mostravam favorável aos princípios da lei nº 10.216/2001 (Kantorski; Scatena, 2002; Furegato; Osinaga, 2003). Por outro lado, em Universidade do RN o ensino contribuiu para a concretização de estratégias de desinstitucionalização e cidadania. Embora as práticas supervisionadas tenham acontecido em serviços com implementação simplificada e fragmentada dos programas de saúde e com práticas predominantemente centradas na psicofarmacoterapia e na obediência de ordens, houve possibilidade da análise crítica por parte dos alunos (Guimarães; Medeiros, 2001).

Outras pesquisas compararam disciplinas de cursos de enfermagem de universidades públicas do RJ e Paraná. No RJ, dois de três cursos, investigados a

partir de seus documentos institucionais, atendiam às exigências de formação de competências para atuar na atenção psicossocial (Magnago; Tavares, 2012). No Paraná, verificou-se que havia diferenças na opinião frente à doença mental e às práticas de cuidado entre os estudantes das Universidades Estaduais de Maringá e de Londrina, tendo a segunda um ensino mais abrangente e integral (Santos et al., 2013).

Em Goiás, o cenário para o ensino foi considerado “precário e desolador”. As práticas aconteciam em um serviço filantrópico e em CAPS, porém, com visitas limitadas a apenas três a cinco alunos por dia. Apesar de não disporem de condições alinhadas à atenção psicossocial, ao possibilitarem que os alunos pudessem se fortalecer como pessoas, acreditavam que estavam munindo-os de ferramentas para o enfrentamento das relações em qualquer local de trabalho. Outra vertente em que atuaram foi na formação do enfermeiro como gestor e coordenador de grupos e equipes (Munari et al., 2006).

O limite à presença e participação dos estudantes em serviços como o CAPS também apareceu como dificultador da formação em outros estudos (Labate et al., 2004; Villela et al., 2013). Em Curitiba, avaliou-se que a distribuição dos estudantes em grupos de dez a doze alunos inviabilizou as práticas em CAPS, pois geralmente é permitida a presença de até cinco alunos (Villela et al., 2013).

Cabe refletir sobre mudanças a serem realizadas tanto pela IES, na organização da disciplina, divisão dos grupos e tempo destinado às práticas, como também pelos CAPS, que mesmo com pouca estrutura física, a perspectiva do trabalho deve ser territorial, além dos muros da instituição, o que amplia a atuação dos estagiários junto aos profissionais e usuários.

Villela et al. (2013) constataram também que a relação entre a pequena carga horária e a quantidade de temas e atividades solicitadas aos estudantes pode fragilizar o curso, pois não permite o aprofundamento dos conhecimentos, bem como a prática nos diferentes dispositivos de atenção, com sobrecarga de atividades extraclasse. Por outro lado, pode estimulá-los a agirem com autonomia, sendo responsáveis pela busca do conhecimento.

Independentemente da proposta curricular (representada pelo PPP, carga horária, estágios), o estudante deve apresentar uma atitude favorável em relação ao sujeito em sofrimento psíquico. Os conteúdos não alinhados aos princípios da Reforma Psiquiátrica, bem como práticas desenvolvidas em serviços de modelo

asilar, contribuem para que o futuro profissional desenvolva atitudes ambivalentes ou mesmo negativas frente aos sujeitos, acarretando em cuidado de baixa qualidade e na recusa da SM como campo de trabalho (Santos et al., 2013).

3.4 Considerações Finais da Revisão Integrativa

A revisão integrativa possibilitou a construção de um panorama da produção científica brasileira sobre a formação de graduação em SM na perspectiva da Reforma Psiquiátrica em cenários do SUS no período de 1998 a 2015.

Embora ainda haja forte presença e influência do MMH, as pesquisas indicaram que têm ocorrido mudanças, mesmo que lentamente, nas práticas pedagógicas, a partir da inclusão de temas da Saúde Coletiva, Reforma Psiquiátrica e do modelo de atenção psicossocial, de propostas de práticas em diversos cenários, do uso de metodologias ativas e inovadoras para o desenvolvimento de novas competências e habilidades (saber/fazer) e de reflexão crítica do vivido.

Os estudos verificaram a coexistência do modelo asilar em serviços propostos como substitutivos, devido às lacunas nas formações dos profissionais.

Para a consolidação, continuidade e sustentabilidade política, cultural e técnica do modelo de atenção psicossocial são necessários, para além da capacitação técnica, a formação política-ideológica para constituir trabalhadores militantes da Reforma Psiquiátrica e do SUS, com escolha radical por esse modelo, usuário-centrado e de cuidado integral, que pressupõe um trabalho colaborativo em equipe interprofissional e interdisciplinar.

É preciso “desinstitucionalizar” nossos saberes e práticas, nossa formação acadêmica, questionando as formas instituídas dos cursos e que produzem um saber tomado como verdade, que se tornam instrumento de poder e controle social (Dimenstein, 1998).

É fundamental que o estudante transforme sua compreensão e modo de se relacionar com a loucura e desenvolva disposição empática, escuta, disponibilidade para criação de vínculos e trocas afetivas e abertura ao novo, ao inusitado e ao inesperado. Sendo assim, as imersões nos cenários podem ser experiências que transformam os sujeitos e desenvolvam postura ética e humanizada.

O estágio deve se inserir no cotidiano do serviço, integrando-se como um recurso a mais. A aprendizagem acontece na relação com a equipe, com a diversidade de formações, as potencialidades e limitações. O lugar é construído de forma coletiva ao participar das reuniões de equipe, discutir as estratégias de cuidado, explicitar as opiniões, aprender a ouvir e conviver com posições por vezes antagônicas, administrar conflitos, assim como lidar com as decepções e frustrações (Yasui, 2006).

As pesquisas também indicaram a necessidade do fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade, ou seja, da ampliação do diálogo, acordos e cooperação entre todas as instâncias (IES, serviços, gestores, estudantes, profissionais, usuários e comunidade) para uma melhoria dos processos de formação dos estudantes e da EP dos profissionais, e para transformação das práticas.

Mudanças na formação, portanto, estão diretamente relacionadas às mudanças no âmbito das relações estabelecidas entre as Universidades e os serviços de saúde. No entanto, algumas mudanças são específicas de cada segmento. A baixa carga horária e o limite do número de estudantes no serviço ao mesmo tempo foram identificados como dificultadores da formação. Cabe à Universidade a organização da disciplina, com melhor divisão de grupo de estudantes e do tempo destinado às práticas. Já aos serviços, mesmo pouco espaço físico, cabe projetar e fortalecer ações territoriais na assistência que também contribuam para o ensino.

Neste sentido, são necessárias mudanças no ensino e na prática, a partir do desenvolvimento do saber/fazer que consolidem as diretrizes do SUS e da atenção psicossocial. Os docentes possuem o desafio de superar os modelos tradicionais de ensino e os serviços e IES devem oferecer condições para que os sujeitos possam operar transformações que promovam rupturas com o MMH.

Para a ampliação da educação interprofissional, além das mudanças curriculares e construção de pontos de encontros entre os cursos, os estudos afirmaram a importância das políticas ministeriais para desenvolvimento de programas inovadores de formação em cenários de prática, durante a graduação e pós-graduação, como o PET-Saúde/SM/Redes, VER-SUS, Residências Multiprofissionais, entre outras. Além disso, deve-se interferir nas DCN e construir conteúdos em SM na perspectiva do modelo psicossocial.

A partir desta revisão, verificou-se pouca literatura que orienta a formação de SM na graduação. As experiências relatadas apresentaram-se como tentativas de construção de percursos formativos.

Avaliou-se também a necessidade de ampliação de pesquisas sobre os processos de formação de estudantes, inclusive maior divulgação das experiências em cenários de prática, principalmente as de cunho interprofissional e interdisciplinar, as relacionadas à gestão e modelagem dos serviços e ao campo da Atenção Básica e do cuidado de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Diante de todos os desafios, como já afirmado anteriormente, surpreende, negativamente, que a ABRASME não tenha indicado o eixo da Formação em SM para as discussões a serem realizadas no V Congresso Brasileiro de SM de 2016.

4 REFLEXÕES SOBRE O CONCEITO DE EXPERIÊNCIA

Se o objetivo desta pesquisa é investigar e refletir sobre as experiências dos estagiários de graduação no CAPS, é importante compreender as dimensões do conceito de experiência e relacioná-las ao processo de formação profissional em SM.

No senso comum, *experiência* pode significar bagagem de conhecimentos, como um acúmulo de informações adquiridas ao longo da vida, que se configura de modo estático e cristalizado (Capozzolo et al., 2013).

Esta ideia dialoga com o conceito de experiência como um conjunto dos sentidos (visão, olfato, paladar, audição e tato) em interação com a cognição de um agente (Ferreira, 2011).

Do ponto de vista da Filosofia, algumas escolas ignoram a relação experiência/conhecimento e desvalorizam o papel das experiências nas ações cotidianas, principalmente as teses dualistas.

Platão em suas reflexões afirma o pensamento de que a alma humana estaria aprisionada no corpo material, considerado como caverna (realidade sensível), isolada da verdadeira realidade (realidade inteligível). As sombras projetadas na parede da caverna são as sensações que não podem ser adequadas ao inteligível. Os sentidos contrapõem-se à mente, as paixões à razão. Para ele, tudo nasce, desenvolve-se e morre. O Homem deve, portanto, transcender este estado físico, tornar-se livre do corpo, para ser capaz de admirar a esfera inteligível, seu maior objetivo. Deste modo, a concepção de experiência em Platão implica em “uma co-presença com a Plenitude do Ser, sem que o corpo esteja necessariamente incluído” (Fontes, 2002, p. 80).

Segundo Fontes (2002, p.80), foi com os sofistas, principalmente Protágoras e Gorgias, que passamos a compreender a experiência por meio do papel da sensorialidade. Eles pretenderam ensinar modos de viver e de se organizar em comunidades democráticas, que supunham “deixar-se realmente afetar pelas coisas, ou seja, apelar à sensorialidade para adquirir conhecimento”.

Para Protágoras, não há verdade objetiva do dado sensível, sendo a subjetividade pura de cada indivíduo, a cada momento do tempo, a única verdade. A existência aqui é limitada a uma existência em ato. “Nenhum ser terá sensação se

não sentir nem exercer o ato de sentir” (Fontes, 2002, p.81). O sentido da experiência seria, então, a possibilidade de sentir o mundo e conhecê-lo, deixando-se penetrar pelas sensações.

Descartes, influenciado por Platão, também foi um dos principais expoentes das teses dualistas, principalmente em relação à natureza do conhecimento. Para ele, corpo e mente estão separados, o que também divide os processos cognitivos em: experiência (sensível) e pensamento (racional). Os dados dos sentidos são duvidosos e pouco confiáveis porque nos levam a errar frequentemente. Portanto, considera-se o duvidoso como metodologicamente equivalente ao falso, descartando o conhecimento fornecido pela experiência. Exclui-se, assim, o corpo, pois é ele quem nos apresenta as sensações que nos enganam e nos levam ao equívoco. Na proposta cartesiana, o conhecimento real e verdadeiro só é possível através da *res cogitans*, a substância pensante (mente), o que embasa a ideia de ciência segura e confiável (Ferreira, 2011).

Por outro lado, na filosofia naturalista de John Dewey, o conceito de experiência passa a ter relevância nas atividades de um agente no plano da ação cotidiana, modificando e interferindo nas ações humanas.

Assim, a experiência não é uma fonte de sensações enganosas que operam como barreiras a serem superadas através de uma razão ou atividade puramente intelectual. Na proposta deweyana, a experiência não tem começo nem fim, apresentando-se como um todo, um fluxo apreendido através de nossos sentidos em um movimento de estabelecer e expandir certos padrões nas ações (Ferreira, 2011, p. 148).

Dewey acreditou que a experiência é uma ferramenta para os seres humanos adentrarem e examinarem continuamente a natureza. Experiência, portanto, não é uma simples observação à distância dos objetos da natureza, mas sim um modo de nos aproximarmos a ela, sentindo-a por completo.

Os elementos que constituem a experiência (plantas, objetos, temperatura, seqüência de acontecimentos, entre outros) interagem uns com os outros e não somente fazem parte da experiência como são a experiência. Ao explorar a natureza e atingir em profundidade seus limites, a experiência se amplia indefinidamente sendo, assim, elástica; e sua elasticidade constitui as inferências.

Se uma experiência é elástica, com fronteiras indefinidas, não há erro em inferir que as experiências estão vinculadas e dependentes de outras em uma 'teia' de relações imersas em um contexto. [...] a relação causal das ações refletidas em um meio pode ser um caminho para orientar as ações de maneira geral (Ferreira, 2011, p. 154).

Deste modo, a alma torna-se obsoleta, ou seja, torna-se desnecessária para a constituição cognitiva de um agente e o refinamento da experiência. A própria experiência é responsável por se desenvolver e aprimorar.

Segundo Ferreira (2011), a teoria de Dewey contribuiu para que a interação mente/corpo cedesse espaço para a interação agente/meio, o que possibilita uma compreensão mais ampla das dinâmicas cognitivas. A atenção volta-se ao dinamismo da experiência de um agente e o progresso de seu conhecimento.

No dicionário Aurélio⁴² a palavra *experiência* significa: 1. Ato de experimentar. 2. Ensaio. 3. Tentativa. 4. Conhecimento adquirido por prática, estudos, observação, etc. 5. Homem de experiência: homem conhecedor das coisas da vida.

Experiência, portanto, remete-nos às ações, às práticas, conceito que se aproxima aos processos de trabalho e de formação desenvolvidos nos cenários da produção de saúde.

Conceição et al. (2015, p. 853) trazem a ideia de formação-experiência ou aprendizado ativo, “que se caracteriza por um pensar-fazendo, uma forma de conhecer encarnada, corporificada e não entendida apenas como processo mental. Dito de outro modo, a experiência é um pensar que não economiza ações”.

Segundo esses autores, a experimentação embaralha fronteiras e produz disposição transversal ou transdisciplinar. “Ao cruzar as fronteiras espaciais/institucionais, esse aprendizado põe em questão a fragmentação dos serviços e dos saberes, sendo um dispositivo de produzir profissionais para além das disciplinas” (Conceição et al., 2015, p. 853). E isso não acontece sem tensionamentos.

Bondía (2002) também pensou sobre a Educação a partir da experiência e do sentido, contrapondo-se ao modo de pensá-la somente como relação entre teoria e prática ou entre ciência e técnica.

---

⁴² Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/experiencia>.

Partindo do significado da palavra *experiência* em diversas línguas, o autor considerou que “a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. [...] Nunca se passaram tantas coisas, mas a experiência é cada vez mais rara” (Bondía, 2002, p. 21). Isto por conta de alguns fatores que, segundo ele, não permitem a experiência no mundo contemporâneo: o excesso de informações; a obrigatoriedade de ter opiniões formadas sobre qualquer assunto; a falta de tempo; e o excesso de trabalho.

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço (Bondía, 2002, p. 19).

Experiência é um encontro/ relação com algo que se prova, que se experimenta. E, segundo as pesquisas do autor, tanto nas línguas germânicas como nas latinas, a palavra *experiência* contém inseparavelmente as dimensões de travessia e de perigo. Sendo assim, o *sujeito da experiência* é um sujeito que se expõe àquilo que é desconhecido, estranho ou estrangeiro e que, portanto, expõe-se aos riscos.

O sujeito da experiência é um sujeito "ex-posto". Do ponto de vista da experiência, o importante não é nem a posição (nossa maneira de pormos), nem a "o-posição" (nossa maneira de opormos), nem a "im-posição" (nossa maneira de impormos), nem a "pro-posição" (nossa maneira de propormos), mas a "ex-posição", nossa maneira de "ex-pormos", com tudo o que isso tem de vulnerabilidade e de risco. Por isso é incapaz de experiência aquele que se põe, ou se opõe, ou se impõe, ou se propõe, mas não se "ex-põe". É incapaz de experiência aquele a quem nada lhe passa, a quem nada lhe acontece, a quem nada lhe sucede, a quem nada o toca, nada lhe chega, nada o afeta, a quem nada o ameaça, a quem nada ocorre (Bondía, 2002, p. 20).

Bondía (2002) apontou uma definição de Heidegger sobre experiência que remete à noção de exposição e abertura às duas dimensões (travessia e perigo) destacadas:

[...] fazer uma experiência com algo significa que algo nos acontece, nos alcança; que se apodera de nós, que nos tomba e nos transforma. Quando falamos em "fazer" uma experiência, isso não significa precisamente que nós a façamos acontecer, "fazer" significa aqui: sofrer, padecer, tomar o que nos alcança receptivamente, aceitar, à medida que nos submetemos a algo. Fazer uma experiência quer dizer, portanto, deixar-nos abordar em nós próprios pelo que nos interpela, entrando e submetendo-nos a isso. Podemos ser assim transformados por tais experiências, de um dia para o outro ou no transcurso do tempo (Heidegger, 1987, p. 143 apud Bondía, 2002, p. 25)⁴³.

O “sujeito da experiência” aqui é um sujeito alcançado, tombado, e não um sujeito que permanece sempre em pé e seguro de si mesmo. É um sujeito sofredor, padecente, receptivo, submetido. Seu contrário, o “sujeito incapaz de experiência”, seria um sujeito firme, forte, inatingível, erguido, anestesiado, definido por seu saber, por seu poder e por sua vontade.

Outro componente fundamental da experiência é a capacidade de formação ou de transformação. É experiência aquilo que nos toca ou que nos acontece e, a partir disso, nos forma e nos transforma. Deste modo, somente o sujeito da experiência está aberto à sua própria transformação.

O sujeito da experiência pode ser considerado um território de passagem, algo como uma superfície sensível na qual os acontecimentos afetam de algum modo, deixam marcar, produzem afetos.

O saber da experiência tem a ver com a elaboração do sentido ou do sem-sentido do que nos acontece. Trata-se de um saber finito e ligado à existência de um indivíduo ou de uma comunidade, que revela ao homem concreto e singular, o sentido ou o sem-sentido de sua própria existência e finitude.

Portanto, se a experiência não é o que acontece, mas o que nos acontece, duas pessoas não terão a mesma experiência, ainda que enfrentem o mesmo acontecimento. O acontecimento é comum, mas a experiência é singular e impossível de ser repetida. Produz diferença, heterogeneidade e pluralidade. Por isso, nesse sentido, ninguém pode aprender da experiência de outro.

Podemos refletir sobre a experiência de inventar ações comuns de cuidado. No processo de formação em saúde para a integralidade, não se adquire um

---

⁴³ Heidegger M. La esencia del habla. In: _____. De camino al habla. Barcelona: Ediciones del Serbal; 1987.

conhecimento para ser simplesmente aplicado, mas se produz conhecimentos no ato da experiência, no encontro e na interação dos estudantes entre eles e com os sujeitos acompanhados que demandam cuidados e que vivem de modos diversos e singulares (Capozzolo et al., 2013).

As reflexões de Kastrup (2013) dialogam com essas questões ao discutir sobre a formação baseada na informação (transmissão, processamento e acúmulo de informações) *versus* formação baseada na experiência, que ocorre por meio de uma atenção a si e das ressonâncias das experiências, que afetam e transformam cada subjetividade em um processo permanente. A autora considerou que a experiência de problematização acontece quando nos trazem perturbações e nos proporciona um mergulho na perplexidade, que impede que acionemos nossos esquemas de reconhecimento, que reconhece de modo prático e consciente um objeto.

Assim, caminhar pelo território ou realizar visitas domiciliares, por exemplo, pode possibilitar ao estudante uma experiência de problematização, com interrogações, reflexões e desencadeamento de processos de aprendizagem inventiva.

Kastrup também recorreu às ideias de John Dewey para discutir sobre a dimensão estética da experiência, que inclui algumas características como: sempre ser marcante (difícil de ser esquecida); possuir uma unidade; e incluir as dimensões emocional, prática e intelectual que, quando associadas, geram uma “incorporação vital” da experiência, acompanhada de suas sensações intensas (de dor ou de prazer).

Além da dimensão estética, Kastrup aponta que a experiência também possui a dimensão ética e política. Deste modo, o “mergulho na experiência” não é somente um problema teórico ou metodológico. Trata-se da produção de uma política cognitiva, que produz diferentes atitudes que evidenciam um “ethos”, ou seja, uma posição em relação ao mundo e a si mesmo.

Nesta perspectiva, espera-se que, ao possibilitar aos estudantes um “mergulho” nas experiências do cotidiano do CAPS, da rede e do território, seja possível a produção de posturas e atitudes éticas e problematizadoras, mais solidárias e cooperativas, com respeito, tolerância e valorização do outro e de suas diferenças. E que caso não optem por trabalhar no campo da SM possam levar consigo essas marcas incorporadas, encarnadas, corporificadas, para que transformações em si e no mundo sejam possíveis.

5 PROPOSIÇÕES

5.1 Geral

Investigar e refletir sobre as experiências dos estagiários no CAPS III Itaim Bibi no tocante à formação profissional em Saúde Mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

5.2 Específicas

Considerando as experiências dos estudantes que realizaram estágio no CAPS III Itaim Bibi entre 2009 e 2014:

- Identificar como eles reconhecem os aspectos da formação em Saúde Mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica nas experiências vivenciadas no contexto desse serviço;
- Apresentar as questões referentes à formação para o trabalho em equipe interdisciplinar e o trabalho intersetorial trazidas por eles;
- Compreender como esta experiência ressoa (ou não) nas práticas profissionais atuais dos graduados;
- Problematicar desafios e mudanças necessárias para potencializar a formação de novos estagiários nesse serviço.

6 MATERIAIS E MÉTODOS

6.1 Tipo de Estudo

Este estudo se configurou como uma investigação exploratória de caráter qualitativo, por se referir à pesquisa sobre as experiências vividas pelos estudantes em um determinado funcionamento e dinâmica institucional (Strauss; Corbin, 2008).

6.2 CAPS III Itaim Bibi: cenário de formação profissional em Saúde Mental

O CAPS III Itaim Bibi localiza-se no Distrito pertencente à Subprefeitura de Pinheiros, responsável por assistência de aproximadamente 289.743 habitantes dos bairros Itaim Bibi, Jardim Paulista, Pinheiros, Alto de Pinheiros, Vila Madalena, Vila Olímpia e Brooklin. A administração da região é feita pela Coordenadoria Regional de Saúde Oeste e pela Supervisão Técnica de Saúde Lapa-Pinheiros.

O território possui condições favoráveis de vida da população (bom saneamento básico, bom grau de escolaridade, baixo nível de violência, acesso a bens e serviços), com exceção das populações que residem nas áreas das favelas, cortiços e as que se encontram em situação de rua (terceira maior do município). Há uma tendência à diminuição de pessoas por domicílio e o aumento do número de domicílios representa o crescimento populacional desse território, não ocorrendo, portanto, por aumento no número de nascimentos. Os usuários do CAPS III Itaim Bibi apresentam, assim, dificuldades significativas para acessar os recursos de saúde, sociais e culturais disponíveis no território, necessitando de muito investimento e acompanhamento dos profissionais na busca de resposta às necessidades desses sujeitos (Barros, 2013).

A equipe multiprofissional é composta por psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, farmacêutico e técnico de farmácia. Conta com profissionais da administração direta (estatutários) e

contratados por uma Organização Social (OS) em regime de Consolidação das Leis Trabalhistas. A gestão é feita por profissionais da administração direta.

A transformação do CAPS II em CAPS III em 2009 possibilitou um funcionamento de vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, o que ampliou a continuidade da assistência, com acolhimento noturno e atenção às situações de crise dos usuários, evitando as internações psiquiátricas.

No processo de construção do CAPS III, buscou-se ampliar a assistência para além do interior do serviço, ao considerar o sujeito em seu contexto de vida e a concepção de saúde como capacidade do sujeito de ser normativo, ou seja, de gerar novas normas para sua vida (Canguilhem, 1990). Além disso, realizou-se a proposta de um novo modo de trabalho em saúde, que ajude o sujeito a sair do lugar de doente, de um lugar passivo e de impotência e a abrir possibilidades de participação, de produção e de afirmação da vida. Compreendemos, portanto, que é necessário incentivar e facilitar o protagonismo dos usuários nos diferentes projetos com a perspectiva de que:

[...] a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. [...] Do sujeito alienado, incapaz, irracional, a um protagonista, desejante, construtor de projetos, de cidadania, de subjetividade (Torre; Amarante, 2001, p.84).

O CAPS III Itaim Bibi iniciou parcerias com IES, tais como a USP e a Pontifícia Universidade Católica (PUC), a partir de convênios com a SMS, com o objetivo de criar um cenário de formação em SM para estudantes de graduação.

Compreende-se que este serviço, enquanto cenário de aprendizagem de prática profissional na SM no SUS, com trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, apresenta condições para propiciar-lhes a experiência de conviver, acompanhar e cuidar de pessoas com intenso sofrimento psíquico, bem como de realizar trocas de saberes com os profissionais da equipe e outros atores envolvidos no processo.

Segundo informações de uma integrante do Grupo de Coordenação (gestão) do CAPS III Itaim Bibi, atuante desde o CAPS II e co-criadora do projeto institucional do CAPS III e de seu desenvolvimento e aprimoramento até os dias de hoje, este

serviço passou a receber estagiários ainda na época em que era estruturado como CAPS II.

As primeiras experiências foram com estudantes de cursos de Acompanhamento Terapêutico. Depois, iniciou-se a parceria com o “Núcleo 3.2: As psicoses, os sofrimentos psíquicos graves e suas instituições – a clínica ampliada” do Curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo, para realização de estágios de 5º. ano, para os alunos que escolhessem este Núcleo como opção⁴⁴.

Posteriormente, com a Escola de Enfermagem da USP (EEUSP) (3º. e 4º. anos), parceria que continua vigente⁴⁵, e com o Curso de T.O. da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) (3º. e 4º. anos), iniciada em 2009 e finalizada em 2011, sendo as práticas supervisionadas (3º. Ano) reiniciadas em 2016.

Diferentemente dos estágios de Enfermagem e T.O. da USP, que possuem um programa estruturado pela Universidade, com carga horária, objetivos, metodologia, propostas e bibliografias (ver os planos dos estágios no **Anexo A**), o estágio de Psicologia a princípio não tinha uma estrutura mínima, nem mesmo carga horária definida. Este foi um trabalho proposto e desenvolvido conjuntamente com a coordenação do CAPS II e, posteriormente, com a do CAPS III.

No início do processo de construção, o CAPS propôs aos estagiários do curso de Psicologia que, elaborassem um projeto de grupo ou oficina a ser desenvolvido junto aos usuários, após um tempo de contato com o serviço e seus espaços de convivência. Posteriormente, foram sendo propostas a participação desses estudantes em espaços considerados fundamentais para uma experiência em equipe e para o acompanhamento de casos, tais como a Reunião Geral e de Mini Equipe. Esta foi uma dificuldade encontrada entre as instituições parceiras, pois delimitou alguns horários de presença e participação dos estudantes, que, além do estágio, também estão envolvidos com outras disciplinas e atividades na Universidade. Entretanto, a proposta surgiu com o objetivo de qualificar e potencializar a formação dos mesmos no serviço.

A partir de 2009, com a transformação do serviço em CAPS III, até 2010, as discussões sobre formação no serviço se intensificaram entre o Grupo de

---

⁴⁴ Por se tratar de uma escolha, nunca houve um número definido de estagiários por ano eletivo.

⁴⁵ A parceria com a EEUSP é considerada uma “parceria técnica” pelo projeto O’ Bar Bibitantã, desenvolvido pela IES e serviço e incubado pelo CAPS, e pela participação de docente da IES no colegiado gestor do serviço, que operou de 2009 a 2011.

Coordenação e os responsáveis pelos estágios dos cursos de graduação em Terapia Ocupacional e em Enfermagem da USP. Este “Núcleo de Formação” passou a realizar reflexões e construção de propostas para que o CAPS pudesse desenvolver com qualidade sua atividade de formação. O curso de T.O. da USP contribuiu com a perspectiva do estágio enquanto possibilidade de “imersão” no serviço e construção de percursos formativos.

Neste contexto, os coordenadores do CAPS passaram a oferecer um espaço de Supervisão Multiprofissional aos estudantes de psicologia, enfermagem e terapia ocupacional, que operou até 2011. Devido às dificuldades de encontro de horários dos estudantes, os encontros acabaram voltando a acontecer com os profissionais específicos de cada categoria profissional.

Além disso, existem as reflexões cotidianas em equipe que acontecem nas reuniões gerais, de miniequipes e de passagens de coordenação de período, que possibilitam trocas e construções coletivas.

Em 2012 este serviço passou a ser cenário de formação para estudantes do PET-Saúde Mental⁴⁶, desenvolvido pela USP, e também para estagiários contratados pelo Centro de Integração Empresa-Escola (CIEE).

A vaga antes oferecida pelo CIEE, atualmente pela Super Estágios, pode ser preenchida por estudante de T.O. oriundo de qualquer IES, porém, até o momento, todos estudaram no Centro Universitário São Camilo. O contrato de estágio extracurricular remunerado é de 20 horas semanais pelo período de 1 (um) ano, com direito a um mês de férias⁴⁷. A formação dos estudantes não é um trabalho construído e desenvolvido em conjunto com a IES.

A imersão neste programa de Mestrado incentivou-me a construir uma proposta de Plano de Estágio Supervisionado em T.O. em SM no CAPS III Itaim Bibi (**Apêndice G**), que foi compartilhado com os gestores e as demais terapeutas ocupacionais do serviço, com o objetivo de estruturar e ampliar o cuidado com este estágio extracurricular no CAPS. Além disso, também foi criado um Documento de Recepção do Estagiário (**Apêndice G**), que pode ser utilizado para auxiliar na orientação de todos os estudantes que chegam no serviço.

---

⁴⁶ Estratégia de educação pelo trabalho desenvolvida neste cenário de 2012 a 2014, de acordo com a Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, dos MS e MEC.

⁴⁷ Existe a possibilidade de renovação do contrato, caso não tenha finalizado a graduação.

Em 2015, também passou a acontecer o programa de Residência Multiprofissional em SM voltado para um processo de formação interprofissional e interdisciplinar de profissionais de Enfermagem, Psicologia e T.O. em diversos cenários⁴⁸ da RAPS, com duração de dois anos, executado pela EEUSP em parceria com a SMS e os serviços envolvidos.

Esta experiência tem possibilitado reacender discussões acerca da imersão dos residentes e dos estagiários de graduação no CAPS e a necessidade de reorganização do serviço e das IES para possibilitarem a educação interprofissional e um acompanhamento mais cuidadoso de todos os sujeitos pelos preceptores/supervisores locais, tutores e docentes.

No período de 2009 a 2014, o serviço recebeu estudantes de graduação, como estagiários, conforme apresentado na **Tabela 6.1**.

Tabela 6.1 - Distribuição dos estagiários por período e curso de graduação entre 2009 e 2014.

Escola/ Duração	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
T.O. USP (3º ano - 150 horas)	—	4	4	—	—	—	8
T.O. USP (4º ano - 420 horas)	7	6	3	—	—	—	16
T.O. (CIEE) (3º. ou 4º. ano) (880 horas)	—	—	—	1	1	1	3
Psicologia PUC (5º ano - 360 horas)	Sem informação	Sem informação	1*	5	4	—	10
Serviço Social PUC (3o. ano - 130 horas)	—	—	—	—	—	2	2
Enfermagem USP (3º. ano - 90 horas)	8	16	16	16	16	16	88
Enfermagem USP (4º ano - 240 horas)	2	3	2	2	4	6	19
TOTAL	17	29	26	24	25	25	146

*Foi localizado registro de apenas um estudante.

Fonte: Informações fornecidas por coordenador e preceptores do CAPS e por técnica responsável pelo estágio de T.O. da USP no início de 2014.

Durante a organização dos dados para elaboração do Quadro 6 verificou-se que no serviço não havia os registros de 2009 e 2010 dos estagiários de Psicologia da PUC e que em 2011 foi registrado apenas um deles. Esses dados também não foram possíveis de serem obtidos com a coordenadora deste curso da PUC.

⁴⁸ CAPS III Itaim Bibi (com ações compartilhadas com o SRT Itaim Bibi, com Moradores em situação de rua, no Empreendimento Econômico Solidário O' Bar Bibitãntã), as UBS Jardim Edith e Dr. José de Barros Magaldi, o PS da Lapa e o pontos de comércio justo e solidário.

É interessante pontuar que uma das estagiárias de T.O. da USP, graduada em 2011, tornou-se membro da equipe do CAPS III Itaim Bibi, em abril de 2013, o que evidencia a potência do processo de formação prática no serviço.

A equipe do CAPS III Itaim Bibi busca propor aos estagiários uma participação ativa junto à equipe e uma imersão no cotidiano do serviço, com possibilidade de participação em alguns espaços - em diálogo com o plano de estágio desenvolvido pelas IES - como: Reunião Geral e reunião de uma das Mini Equipes (Pinheiros ou Brooklin/Itaim), Coordenação de Período⁴⁹, Grupo de Acompanhamento de PTS, pelo menos um dos espaços coletivos (Assembleia, Conselho Gestor, Desparafuso, Bate Pernas Sem Fronteiras, Futebol, Pintando 7, Conversando sobre a Loucura, Gesto Criativo e Grupo de Movimento) e realização de acompanhamento individual de um usuário, que pode ou não ser morador do SRT Itaim Bibi. Há também a possibilidade de participação no empreendimento econômico solidário O' Bar Bibitã. Os estagiários de enfermagem realizam plantão noturno e/ou de final de semana. Os demais estagiários podem participar de plantões a serem combinados com a IES.

Cabe ressaltar que o cenário de formação é dinâmico e encontra-se em constante processo de transformação: entrada e saída de profissionais da equipe e de usuários, reformulação de grupos, criação de novas propostas, novos encontros e invenções. E cada estagiário vivencia um encontro singular com o CAPS, com seus usuários, equipe, projetos e território.

6.3 Caracterização dos participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram ex - estudantes de Psicologia da PUC, de T.O. da USP e do Centro Universitário São Camilo (bolsistas CIEE), Enfermagem da USP e Serviço Social da PUC, que realizaram estágio acima de 130 (cento e trinta) horas no CAPS III Itaim Bibi no período de 2009 a 2014.

---

⁴⁹ Equipes de Coordenação de Período formadas por trabalhadores de nível superior e técnico, de preferência um de cada mini equipe, para facilitar os encaminhamentos dos acolhimentos realizados de acordo com o território de referência. Possui dez períodos: de segunda a sexta, das 7h às 12h e das 13h às 19h horas. Funções de ambiência, convivência e acolhimento. Realiza reuniões de passagem de coordenação das 12h às 13h para discussão e reflexão sobre os casos que se encontram em acolhimento integral e sobre os principais acontecimentos na dinâmica do serviço.

Considerou-se que carga horária menor impossibilita o estudante de participar de diferentes momentos do processo de trabalho no serviço, o que dificulta o reconhecimento das experiências de formação propiciadas pelo estágio.

Conforme **Tabela 6.1**, anteriormente apresentada, há um total de 146 (cento e quarenta e seis) estudantes estagiários nesse período, mas apenas 58 (cinquenta e oito) sujeitos que realizaram estágio acima de 130 horas fizeram parte do universo da pesquisa.

O serviço possuía alguns contatos telefônicos e/ou correios eletrônicos da maioria dos sujeitos. Os contatos que faltaram foram solicitados aos responsáveis pelos estágios de cada IES. Entretanto, parte da lista dos estudantes de Psicologia não pôde ser recuperada nem pelo serviço e nem pela Universidade, o que reduziu a possibilidade de construção de dados deste grupo profissional. Este acontecimento indica a importância de se preservar, no serviço, registros e documentos relacionados aos estágios.

No total, foram identificados 52 (cinquenta e dois) sujeitos, para os quais foram enviados os convites para participação na pesquisa, disponibilizados em uma página⁵⁰ da rede internacional de computadores.

Na primeira fase da pesquisa (1ª. Rodada de questões), vinte e oito (28) sujeitos participaram, sendo 27 (vinte e sete) mulheres e 1 (um) homem. Na segunda fase (2ª. Rodada), 27 sujeitos mantiveram a participação.

Os anos de nascimento dos sujeitos variaram de 1977 a 1983, o que demonstra que se trata de pessoas em sua maioria jovens, que ainda poderão trabalhar como profissionais de saúde por muito tempo. O número de participantes segundo os anos de nascimento está apresentado na **Figura 6.1**.

Figura 6.1 - Número de participantes segundo os anos de nascimento.

Fonte: elaborado pela autora a partir de informações recebidas dos participantes.

⁵⁰ O Blog com os convites da pesquisa está localizado em: <http://pesquisa-formacaocaps.blogspot.com.br/>.

6.4 Técnica e instrumentos para construção dos dados

Como forma de aproximação e reconhecimento das experiências vividas pelos estudantes no serviço, de como estes descrevem e atribuem significados a elas no processo de reflexão, realizou-se estudos dos relatórios produzidos durante os estágios e que foram arquivados e identificados no serviço ou reenviados pelos participantes da pesquisa via correio eletrônico, além de se utilizar o método Delphi para este fim.

O termo Delphi originou-se na mitologia grega. O deus Apolo tinha o poder de transmitir aos mortais, os desejos dos deuses e as visões sobre o futuro, por meio do oráculo de seu Templo que se chamava Delfos.

Segundo Almeida et al. (2009), a técnica Delphi foi desenvolvida pelo matemático e filósofo Olav Helmer, que a denominou assim devido ao seu propósito de fazer projeções baseadas nas suposições de peritos ou “experts”, aproximando-a à ideia do oráculo de Delfos. Esta técnica passou a ser aplicada em diversos campos, principalmente a partir de 1960.

Giovinazzo (2001) apontou que o método Delphi é uma ferramenta de pesquisa qualitativa utilizada em pesquisas sobre temas recentes, com poucos dados históricos, e quando há a necessidade de abordagem interdisciplinar. Apresenta-se como um modo eficiente de debater temas polêmicos, principalmente quando o custo e o tempo são fatores que limitam as possibilidades de encontros entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa (Rowe et al., 1991).

A principal forma de aplicação do método Delphi é por meio de questionários e a qualidade do resultado depende essencialmente dos participantes do estudo, o que implica em maior reflexão e cuidado nas respostas.

Atualmente é possível utilizar a rede internacional de computadores como forma de promover as discussões de grupo de especialistas, pela sua rápida disseminação entre os mais diversos meios. A proposta é que os questionários sejam interativos, circulem repetidas vezes pelo grupo de especialistas, preservando o anonimato das respostas individuais.

O fato de não haver reunião física reduz a influência de fatores psicológicos, tais como a capacidade de persuasão, relutância de modificar posições assumidas e a dominância e influência de algum membro sobre outros.

O objetivo da pesquisa Delphi eletrônica não é a de gerar previsões estatísticas exatas sobre os temas, mas sim tendências futuras e insights que ajudem na definição de novos rumos estratégicos (Giovinazzo, 2001). No caso desta pesquisa, uma das possibilidades é que a partir dessa construção de dados seja possível delinear caminhos para que o serviço possa potencializar a formação dos futuros estagiários

6.5 Questões éticas

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da SMS de São Paulo e da FMUSP (**Anexo C**), os 52 sujeitos foram convidados, em até três tentativas, via telefone e/ou correio eletrônico, para participarem das duas rodadas de questionários da pesquisa.

No início de cada rodada, os sujeitos receberam uma mensagem por correio eletrônico com o convite e as instruções. No sítio eletrônico, além dos questionários, foi adicionado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Anexo B**), com informações gerais sobre a pesquisa e dados sobre a pesquisadora.

Ao concordar em participar do estudo, o sujeito teve acesso ao primeiro questionário (**Apêndice D**).

6.6 Construção dos dados

Para a primeira rodada, 10 (dez) questões discursivas foram cuidadosamente elaboradas, a partir do objetivo desta pesquisa e dos estudos realizados sobre o tema, e disponibilizadas em uma planilha.

Os convites foram enviados em 24 de março de 2015 e foi estabelecido um prazo de 20 (vinte) dias para a devolução do instrumento respondido, com avisos periódicos aos participantes sobre a conclusão deste prazo. O prazo foi estendido para até 05 de maio e, posteriormente, para até 27 de maio. No início de junho recebi as últimas respostas. No total foram 28 (vinte e oito) respostas (53,85%).

Após a tabulação e análise da primeira rodada, foram elaboradas as questões da segunda rodada (**Apêndice E**). Esta foi composta por assertivas presentes nas respostas recebidas da primeira rodada, para que os participantes as avaliassem a partir de um dos códigos da escala de concordância Likert: 1-Não concordo totalmente. 2-Não concordo parcialmente. 3-Indiferente. 4-Concordo parcialmente. 5-Concordo totalmente.

A segunda rodada possibilitou, portanto, que o sujeito revisse sua opinião face à argumentação do grupo, além de averiguar novas informações. Além disso, foram inseridos mais uma questão discursiva (obrigatória) e espaços para observações e comentários (opcionais).

Os convites aos 28 participantes foram enviados em 04 de agosto de 2015, com prazo de 20 (vinte) dias para resposta. Avisos periódicos foram enviados. O prazo precisou ser estendido para até 07 de setembro. No total foram recebidas 26 (vinte e seis) respostas, apesar de 27 pessoas terem confirmado o envio do questionário.

É provável que tenha ocorrido algum problema de conexão de internet no momento de envio do questionário respondido de um dos participantes. Como o envio acontece de forma anônima, não foi possível identificar de qual pessoa não se obteve as respostas. Deste modo, foi perdida uma participação. Este pode ser apontado como um ponto negativo do método Delphi via internet, apesar do problema ter acontecido uma única vez. Entretanto, poderá ser evitado futuramente caso seja criado no próprio sistema do Google Docs (Documentos Google) a possibilidade de salvar o formulário durante o processo de preenchimento.

6.7 Análise dos dados

A análise/ interpretação dos dados levantados nos relatórios e nos questionários Delphi (respostas discursivas, comentários e observações) foi realizada pela técnica de Análise de Conteúdo, com uso da modalidade de Análise Temática, que Minayo (2007, p. 203-4) identifica como uma das “formas que melhor se adequam à investigação qualitativa do material sobre Saúde”.

Na Análise Temática, considera-se que os temas estarão relacionados a afirmações sobre determinado assunto, que comportam um “feixe de relações”, ou seja, um “núcleo de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (Minayo, 2007, p. 208-9).

Esta técnica desdobra-se em três etapas. Na *pré-análise*, realiza-se a *leitura flutuante* (contato exaustivo com o material e seu conteúdo), a *constituição do corpus* (organização do material, que contemple todos os aspectos, com escolha dos temas pertinentes) e *formulação de hipóteses e objetivos* (retomada das iniciais, com flexibilidade frente ao material coletado, para orientar a interpretação final). A segunda etapa é a *exploração do material* (codificação), para transformação dos dados brutos e escolha de categorias teóricas ou empíricas que possibilitem a especificação dos temas. Por fim, o *tratamento dos resultados obtidos e interpretação*, sendo as interpretações previstas pelo quadro teórico do analista ou com abertura para novas dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material (Minayo, 2007) (grifo nosso).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Primeira rodada: as experiências de estágio na visão dos participantes

Conforme já apresentado, dos 52 convidados, 28 responderam ao questionário (53,85%), sendo: 14 (catorze) terapeutas ocupacionais, 9 (nove) enfermeiros, 3 (três) psicólogos e 2 (dois) estudantes de Serviço Social.

Desses 14 terapeutas ocupacionais, 5 (cinco) fizeram prática supervisionada pela USP (150 horas), 7 (sete) realizaram estágio supervisionado pela USP (420 horas) e 2 fizeram estágio extracurricular via CIEE (aproximadamente 880 horas).

Avaliou-se que o fato da maior parte das respostas serem dos estagiários de T.O. de prática supervisionada e do CIEE, e dos estagiários de Enfermagem de 2014, pode estar relacionada à minha presença mais próxima e cuidadosa no acompanhamento desses estudantes no serviço. Duas das psicólogas que responderam também estiveram próximas, em Assembleias, grupos e em mini equipe. Pareceu haver, portanto, uma relação afetiva com a disponibilidade para participação na pesquisa.

Os participantes responderam ao primeiro questionário (**Apêndice D**) e os principais apontamentos sobre os temas das questões foram selecionados para comporem o segundo questionário (**Apêndice E**), exceto as dissertativas referentes à questão 10, sobre a apresentação do estágio a outro estudante interessado no estágio, material utilizado na análise final.

Além das questões selecionadas para serem confirmadas no segundo questionário, alguns pontos importantes foram observados:

- Somente uma estagiária de Psicologia relatou ter participado de Fórum de SM Lapa/Pinheiros e Pré Conferência Municipal de SM e apenas duas pessoas mencionaram o Conselho Gestor do CAPS, sendo que uma delas apontou a existência deste dispositivo como alguém que o observou à distância:

Pode-se ver a inserção do profissional nos conselhos gestores e na própria avaliação do serviço (Enfermagem, 2014)⁵¹.

Compreende-se dispositivo como a rede que se estabelece entre os elementos “ditos” e “não ditos” de um conjunto heterogêneo “[...] que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas” (Foucault, 1992, p.244).

Observou-se, portanto, pouca participação dos estagiários em dispositivos de controle social, com exceção das Assembleias, que acontecem dentro do CAPS e em horário intermediário. Acredito serem estes os dois fatores de influência, além de não ser comum na nossa sociedade a cultura de participação dos cidadãos nos movimentos e em espaços que implicam maior envolvimento e exercício político e ideológico.

Participação em Assembleias: importante despertar para a tentativa da horizontalização dos discursos (T.O., 2010).

Acompanhava as Assembleias semanais do CAPS, momento importante que marcava a participação de todos na organização e construção cotidiana do serviço (Psicologia, 2012).

- Em alguns relatos foi difícil distinguir a supervisão clínico-institucional (realizada até 2013 por profissional externo ao CAPS para toda a equipe em Reunião Geral e, por vezes, nas Mini Equipes) da supervisão multiprofissional (oferecida aos estagiários pelos coordenadores do CAPS até 2013).

- Com relação à influência da experiência de estágio na formação e atuação profissional, identificou-se que:

- ✓ A maioria já tinha interesse pelo trabalho na SM e a experiência do estágio confirmou e potencializou o desejo.

- ✓ Alguns participantes, na época da construção dos dados, atuavam na rede do SUS: sete trabalhavam ou já tinham trabalhado em CAPS (sendo cinco terapeutas

---

⁵¹ As opiniões dos participantes da pesquisa que foram citadas incluem em parênteses seus cursos de graduação e os anos de realização dos estágios.

ocupacionais), dois em NASF (uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga), uma terapeuta ocupacional no Serviço de Atenção Especializado em DST e HIV/AIDS e uma psicóloga coordenadora de SM da SMS de uma cidade do Paraná.

Trabalho em um município pequeno, o tema da saúde mental com espaços institucionais abertos e equipamentos substitutivos são relativamente recentes na cidade e região. Pude notar que as experiências que eu trouxe dos meus estágios em CAPS me oportunizaram um reconhecimento por parte da equipe e da gestão da saúde no município, surgindo espaço para o convite de coordenar a saúde mental da cidade (Psicologia, 2012).

✓ Uma terapeuta ocupacional contou ser docente do curso de T.O. do Uruguai. Os conhecimentos, habilidades e competências desenvolvidas na graduação e a potente experiência de estágio realizada no CAPS, passaram a contribuir para o processo de reforma psiquiátrica iniciado em outro país:

Aqui no Uruguay a TO é uma profissão nova e estamos tentando desenvolver práticas na área de saúde mental, onde ainda não é conhecida. Também há um contexto de reforma psiquiátrica onde se está debatendo uma nova lei de saúde mental para o país, sendo um momento bastante importante para a inserção da profissão. A experiência do CAPS tem sido meu principal referencial nesse sentido, onde busco os textos, as referências e as discussões no campo da reabilitação psicossocial que me ajudem a aportar elementos no processo daqui (T.O., 2010).

✓ Cinco sujeitos relataram que atuavam em serviços particulares, organizações não governamentais (ONGs) ou em projetos do governo do Estado não alinhados à RAPS: uma terapeuta ocupacional atua em clínica psiquiátrica e de reabilitação de álcool e drogas, uma terapeuta ocupacional em Polo de Atenção Intensiva em SM (PAI), uma terapeuta ocupacional em instituição que atende crianças com deficiência, uma terapeuta ocupacional em Associação Assistencial de Integração ao Trabalho (AAIT), uma psicóloga na Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) e uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga com Acompanhamento Terapêutico (AT).

✓ Uma dessas psicólogas também atuava como Monitora Cultural pela Secretaria Municipal de Cultura da cidade de São Paulo.

✓ Alguns tinham cursado ou cursavam: Mestrado em Saúde Coletiva (linha de pesquisa: SM), Doutorado (tema: esquizofrenia), Licenciatura em Enfermagem.

Alguns tinham feito ou faziam Residência Multiprofissional em SM (uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira) e Residência em Enfermagem e SM e Psiquiátrica (um enfermeiro).

✓ Três pessoas tiveram um encontro profissional com esta experiência de estágio. Uma terapeuta ocupacional apontou que trabalhava em CAPS, outra em NASF (com Aprimoramento em SM) e uma enfermeira em CAPS III.

Eu fui surpreendida pelo trabalho em equipe e manejo no CAPS, e principalmente a maneira como fui gostando e me experimentando nesta prática, que mudou meu ponto de vista em relação à própria profissão, tendo sido decisivo para a escolha da pós-graduação (T.O., 2009).

Minha maior expectativa no início era ele acabar logo. E depois o estágio proporcionou um encontro profissional. Hoje trabalho em saúde mental, em um CAPS, graças a essa experiência (T.O., 2009).

Influenciou totalmente desde minha formação até meu percurso profissional até hoje. Pois apenas depois deste estágio pude ter maior proximidade e entender realmente o trabalho profissional dentro da área da Saúde Mental (Enfermagem, 2009).

✓ Cinco pessoas consideraram que a experiência influenciou de forma positiva no sentido da aprendizagem de condutas éticas, de formas mais ampla e humanizada de se relacionar com as pessoas com sofrimento psíquico e de conhecimento sobre a rede de atenção.

Foi uma experiência que até hoje no meu trabalho me serve como um outro parâmetro para algumas reflexões e problematizações (T.O., 2010).

Além disso, o contato sempre humanizado da equipe e a preocupação de olhar as pessoas como um todo, foram fundamentos importantes na minha formação (Enfermagem, 2011).

✓ No momento da pesquisa, duas trabalhavam em hospitais (terapeuta ocupacional e enfermeira), uma em maternidade (enfermeira) e uma com home care (enfermeira). Uma enfermeira informou que realizava Residência em hospital na área clínico-cirúrgica e outra ainda não atuava no campo profissional.

✓ Apenas uma terapeuta ocupacional verificou que esta não é a área de interesse e que não possui perfil para esse trabalho, que descreveu ser mais “subjetiva e empírica”. Segundo ela, o contato com o serviço foi “frustrante”, por não

funcionar de acordo com os ideais da Reforma Psiquiátrica propostos pela literatura. Atualmente trabalha com reabilitação física e em contextos hospitalares.

✓ As duas estudantes de Serviço Social ainda não tinham se formado na época da coleta dos dados e não comentaram sobre as influências.

7.2 Segunda rodada: a possibilidade de um novo posicionamento

Os conteúdos apresentados na 2ª. Rodada foram mencionados pelos próprios participantes da pesquisa ao responderem a 1ª. Rodada de questões.

Conforme apresentado anteriormente, para a análise da 2ª. Rodada, utilizou-se a escala de concordância Likert, modelo desenvolvido por Esher et al. (2012) e adaptado por Fonsêca (2012).

Atribuiu-se o valor que variava de 0 a 4, crescente em função da concordância. Sendo assim: 1-Não concordo totalmente (valor 1). 2-Não concordo parcialmente (valor 2). 3-Indiferente (valor 0). 4-Concordo parcialmente (valor 3). 5-Concordo totalmente (valor 4). A opção indiferente recebeu valor zero, por não contribuir para a elaboração de uma opinião consensual.

O cálculo da pontuação final de cada assertiva foi realizado pela soma do resultado da multiplicação do número total de respostas pelo valor do grau de concordância escolhido.

Por exemplo, a primeira assertiva recebeu 3 (três) respostas para “não concordo totalmente” cujo valor é 1 (um), 6 (seis) respostas para “não concordo parcialmente” cujo valor é 2 (dois), 0 (zero) respostas para “indiferente”, 11 (onze) respostas para “concordo parcialmente” cujo valor é 3 (três) e 6 (seis) respostas para “concordo totalmente” cujo valor é 4 (quatro). Neste caso, a pontuação total foi de 72 pontos ($3 \times 1 + 6 \times 2 + 11 \times 3 + 6 \times 4 = 72$).

Neste estudo, conforme o **Quadro 7.1**, contabilizando as respostas de todas as categorias, a pontuação geral variou de 35 a 100 pontos. Considerou-se com *alto grau de concordância* (AC) as afirmações que obtiveram entre 80 a 100 pontos (acima de 80% da pontuação total) e com grau de *concordância parcial* (CP) aquelas que obtiveram entre 60 e 89 pontos (60 a 79% da pontuação total).

Optou-se por não desconsiderar as afirmações com pontuações abaixo de 60% (entre 35 e 59 pontos), pois elas também são analisadoras das experiências. Considerou-as, portanto, como de *baixa concordância* (BC).

Quadro 7.1 - Questões, assertivas e pontuação final do grau de concordância. Todas as categorias (continua).

QUESTÕES		Pontuação Final	Grau de concordância
Forma e qualidade da sua participação nas atividades do CAPS III Itaim Bibi	A participação foi ativa, sentindo-se parte da equipe.	72	CP
	A participação dependia da atividade ou do espaço no qual estava inserido.	75	CP
	Durantes as reuniões houve participação somente como observadores.	66	CP
	A participação dependia da abertura ou escuta aos estagiários por parte da equipe.	74	CP
Expectativas com relação ao estágio atendidas	Houve contato com a loucura.	92	AC
	Superação de preconceitos.	87	AC
	Conhecimento da dinâmica e funcionamento institucional/ Realidade do serviço.	92	AC
	Aprendizagem de trabalho em equipe.	89	AC
	Manejo de situações de crise e de conflito.	76	CP
Expectativas com relação ao estágio não atendidas	O tempo/duração do estágio foi insuficiente para a aprendizagem	61	CP
	Falta aprendizagem de raciocínio clínico	61	CP
	Restrição por parte da equipe quanto à participação do estagiário em determinadas atividades (Especificar, caso queira, nas observações).	52	BC
	Falta clareza do papel específico de cada profissional.	57	BC
	O contato com o serviço foi frustrante, pois este não funciona de acordo com os ideais da Reforma Psiquiátrica propostos pela literatura.	35	BC
Temas e estudos que propiciaram sua formação neste estágio	SUS e Reforma Sanitária	87	AC
	Reforma Psiquiátrica/ Luta antimanicomial/ Políticas de Saúde Mental	96	AC
	Desinstitucionalização	94	AC
	Reabilitação Psicossocial/ Autores: Saraceno, Basaglia, Tikanori, Paulo Amarante.	88	AC
	Economia Solidária/Cooperativas/Geração de renda	81	AC
	Rede/ Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	71	CP
	Política Nacional de Humanização (Acolhimento; Matriciamento; Clínica Ampliada)	79	CP
	Projeto Terapêutico Singular (PTS)	93	AC

	Relação terapêutica/ Vínculo/ Escuta	92	AC
	Comunicação Terapêutica	81	AC
	Trabalho em equipe	91	AC
	Atividades terapêuticas/ Arte e Terapia	80	AC
	Arte e Cultura	69	CP
	Grupos/ Oficinas	85	AC
	Família	67	CP
	Modo de produção da sociedade	66	CP
	Subjetividade	70	CP
	Psicanálise (transferência, contratransferência, constituição do sujeito)	60	CP
	Psicologia Institucional	59	BC
	Estigma	86	AC
	Loucura	94	AC
	Psicopatologia/Doenças/Transtornos mentais/Psicose	69	CP
	Funções psíquicas e suas alterações	76	CP
	Psicotrópicos e outros fármacos	48	BC
	Administração de medicamentos	51	BC
	Resposta à crise	73	CP
	Formas de contenção	57	BC
	Acompanhamento Terapêutico (AT)	73	CP
	Acesso aos direitos sociais	79	CP
	Redução de danos	62	CP
	Administração/Gestão	50	BC
	Saúde do adulto e do idoso/Comorbidades	60	CP
Sobre o trabalho em equipe:			
Percepções do trabalho em equipe	É necessária a abertura à diversidade, escuta e respeito, para superar dificuldades nas relações interpessoais e na comunicação e contemplar múltiplos discursos, saberes e ideias dos diferentes profissionais.	92	AC
	Possibilita um cuidado mais integral dos usuários e a construção de projetos terapêuticos singulares, por meio da construção coletiva e da não hierarquização.	96	AC
	É difícil porque vai contra a estrutura enraizada na sociedade de papéis sociais mais reconhecidos, que tem mais status e poder. O saber do médico ainda é mais valorizado e isto também pode ser verificado na questão salarial.	85	AC
	Mudanças na equipe (saída de profissionais) influenciam negativamente o trabalho e o cuidado com os usuários	78	CP
Avaliação da equipe do CAPS III Itaim Bibi	O trabalho em equipe é uma qualidade diferenciada neste serviço, comparado a de outros, apesar das dificuldades de relacionamento interpessoal e de pontos de vista conflituosos sobre o desenvolvimento do trabalho.	79	CP
	Equipe colaborativa, integrada, protagonista, comprometida em articular a rede de serviços.	74	CP
	Equipe receptiva, acolhedora e aberta à interação com os estagiários.	75	CP

	Equipe com muitas demandas e sobrecarga de trabalho pesado e desgastante (situações graves).	80	AC
	Trabalho mais generalista, com mistura e perda da identidade profissional.	52	BC
	A participação dos profissionais da limpeza, da copa e da segurança é considerada importante no acompanhamento dos usuários.	81	AC
Sobre as situações vivenciadas que foram fundamentais para sua formação	Os estagiários sentem autonomia, liberdade para interagir e discutir questões com a equipe e serem protagonistas em situações reais.	74	CP
	Houve pouca abertura e trocas com outros profissionais da equipe, para além do profissional responsável pelo estágio.	61	CP
	A prática do serviço ("trabalho vivo em ato") é fundamental para a formação profissional.	98	AC
	As reuniões foram espaços para reflexões sobre o cotidiano e construções coletivas.	81	AC
	A participação em equipe de Coordenação de Período contribuiu para a formação (Especificar os aprendizados nas observações).	63	CP
	O espaço de convivência/ambiência foi importante para o contato com a loucura.	89	AC
	O espaço de convivência/ambiência mobilizou muitas angústias nos estudantes, profissionais e usuários.	75	CP
	O espaço de convivência/ambiência era vazio de contato. O vazio institucional era intenso.	52	BC
	Houve aprendizado sobre manejo de situações de crise.	68	CP
	Houve aprendizado sobre formas de contenção.	46	BC
	Houve aprendizado sobre acompanhamento de usuário e construção de projeto terapêutico singular.	90	AC
	Houve aprendizado sobre acompanhamento de usuários em grupos.	76	CP
	Houve aprendizado sobre trabalho territorial.	77	CP
	Houve aprendizado sobre trabalho intersetorial.	71	CP
	Houve aprendizado sobre construção de rede.	74	CP
	Houve possibilidade de experimentar o trabalho específico de sua área profissional.	71	CP
	As supervisões/oficinas de reflexões oferecidas pela Universidade foram fundamentais.	67	CP
	As supervisões multiprofissionais ou acompanhamento de algum profissional específico do serviço foram fundamentais.	82	AC
	As supervisões clínico-institucionais	62	CP

	(realizadas por profissional externo ao serviço nas Reuniões Gerais ou de Mini-Equipes) foram importantes.		
	Os estudos teóricos e a elaboração de relatórios reflexivos e/ou estudos de casos foram importantes.	84	AC
Influência da experiência do estágio na sua formação:			
Negativa	Não sentiu que aprendeu a organizar um raciocínio clínico que levasse a um plano terapêutico efetivo, com indicadores eficientes de satisfação da demanda.	45	BC
Positiva	A experiência influenciou de forma positiva no sentido da aprendizagem de condutas éticas.	94	AC
	A experiência influenciou de forma positiva no sentido da aprendizagem de formas mais amplas e humanizadas de se relacionar com as pessoas com sofrimento psíquico.	98	AC
	A experiência influenciou de forma positiva no sentido do conhecimento sobre a rede de atenção.	91	AC
Sugestões/ Propostas de alterações no estágio para o serviço			
	Maior tempo, dedicação, organização e abertura aos estagiários por parte da equipe.	86	AC
	Maior compreensão da equipe sobre as inseguranças dos estagiários e diminuição de sua expectativa com relação às possibilidades dos mesmos de lidarem com determinadas situações.	70	CP
	Desenvolvimento de Supervisão Multiprofissional.	93	AC
	Manutenção da flexibilidade e das possibilidades de escolhas das atividades por parte dos estagiários.	92	AC
	Elaboração de um glossário com os principais termos utilizados no cotidiano do CAPS.	55	BC
	Garantia de que os estagiários participem de determinados espaços e atividades independentemente de mudanças na gestão ou na equipe do serviço.	93	AC
	Discussão sobre patologias e medicamentos.	84	AC
	Estabelecimento de funções para os estagiários.	74	CP
	Elaboração de um roteiro de acompanhamento e avaliação das atividades das quais cada estagiário participou.	70	CP
	Participação em grupos de acompanhamento mesmo com o curto tempo de estágio.	86	AC

	Garantia de participação na realização de Acolhimento de novo usuário.	100	AC
	Participação em acolhimento noturno e/ou de final de semana.	82	AC
	Detalhamento das práticas específicas de cada profissional da equipe.	71	CP

Quadro 7.1 - Questões, assertivas e pontuação final do grau de concordância. Todas as categorias (conclusão)

Fonte: Elaborado pela autora a partir das respostas da 2ª. Rodada de questionário Delphi.

Sendo o Quadro 7.1 o resultado geral das assertivas avaliadas por todos os participantes, optou-se por realizar o cálculo de cada categoria profissional separadamente, considerando que as propostas de estágios diferem e este fator pode influenciar na experiência.

Os quadros específicos com as respostas dos terapeutas ocupacionais, enfermeiros, psicólogas e das estudantes de Serviço Social, encontram-se no **Apêndice F** e seus resultados foram incorporados à análise.

A 2ª. Rodada possibilitou que todos tivessem contato com os comentários mais relevantes dos participantes e, deste modo, pudessem reavaliar e reconsiderar as suas próprias opiniões com relação a cada assertiva.

As análises foram realizadas a partir dos resultados de todos os quadros apresentados (geral e os específicos), articulando-os com trechos das respostas da 1ª. Rodada e alguns relatórios produzidos por alguns estudantes durante o período dos estágios.

Geralmente os relatórios são produzidos com estrutura e frequência de acordo com orientações da IES, sendo entregues com cópias às supervisoras locais e gestores do serviço.

Os relatórios “quinzenais” e “finais” das estagiárias de T.O. da USP e os relatórios “finais” das estagiárias de Psicologia, foram elaborados de modo mais reflexivo e crítico, com articulação das práticas com as discussões teóricas.

Com relação aos estagiários de Enfermagem, foram encontrados somente “Estudos e Caso”, realizados no final do estágio, sendo que em sua maioria apresentam: a caracterização e resumo da história de vida do usuário acompanhado; diagnóstico médico; alterações das funções psíquicas; medicações

em uso, seus efeitos e os cuidados de enfermagem e proposta de ações para inclusão no PTS.

O relatório “mensal” de umas das estagiárias de Serviço Social foi elaborado de forma bastante sucinta e descritiva.

Por parte dos estagiários de Serviço Social e Enfermagem não houve, portanto, um exercício crítico e reflexivo na forma escrita, até mesmo para uma devolutiva à equipe, a respeito das vivências e percepções sobre a complexidade do trabalho desenvolvido cotidianamente pelo CAPS, com relação à dinâmica institucional, ao trabalho em equipe, à participação em coletivos, às ações territoriais e à construção de rede.

As análises e discussões sobre os dados construídos pelo estudo foram apresentadas conforme os eixos temáticos das Rodadas:

- A. Forma e qualidade da participação nas atividades do CAPS III Itaim Bibi
- B. Expectativas com relação ao estágio
- C. Temas e estudos que propiciaram a formação
- D. Trabalho em equipe
- E. Situações vivenciadas que foram fundamentais para a formação
- F. Influências da experiência de estágio na sua formação
- G. Sugestões/ propostas de alterações no estágio para o serviço

A. Forma e qualidade da participação nas atividades do CAPS III Itaim Bibi

De modo geral, houve **CP** com relação a sentir-se parte integrante da equipe, com participação mais ativa, bem como que a participação dependeu da abertura e escuta por parte da equipe:

No meu ano de estágio, chegamos junto com a equipe que iria compor o CAPS, logo, éramos tratados como técnicos (T.O., 2009).

O acolhimento da equipe, a disponibilidade de ensino e o envolvimento que me propiciaram foram fundamentais, para que estivesse inserida como membro real da equipe e sentisse que era possível questionar, tirar dúvidas e discutir com quem tinha conhecimento maior que o meu (Enfermagem, 2009)

Fui orientado pelos profissionais do CAPS a participar das atividades mencionadas como um profissional parte da equipe, tendo liberdade para propor ações e expressar opiniões quanto a decisões e condutas (Enfermagem, 2013).

Tive total liberdade para conseguir expor minhas ideias, por em prática o que aprendi durante minha graduação e participar junto com os coordenadores na produção dos grupos (T.O., 2014).

Também pude me inserir nessa dinâmica, fazer parte e me sentir parte da equipe, conhecer melhor alguns usuários e os diferentes pontos de vista em relação a ele e as decisões tomadas. Pude me aproximar não só da equipe diretamente relacionada ao cuidado, mas também de toda a equipe técnica dos serviços complementares (cozinha, segurança, administrativo.) e também trocar conhecimento e experiências com outros estagiários de outras áreas (Enfermagem, 2014).

Observou-se que os sujeitos que tiveram carga horária maior de estágio (enfermeiros, psicólogos e parte dos terapeutas ocupacionais) apresentaram **AC** com relação a sentir-se parte da equipe, o que demonstra que um maior tempo contribui na construção de relações mais estreitas e alinhadas de trabalho em equipe.

Alguns relatos apontaram sentimento de liberdade vivenciado pelos próprios estudantes nos processos de trabalho, sendo significativo e fundamental no contexto do modelo de atenção psicossocial, que propõe o cuidado do sujeito com sofrimento psíquico em situação de liberdade.

Nicácio (2003, p. 109) fez referência a essa questão em sua tese sobre a experiência santista de desinstitucionalização e reconheceu que:

[...] a afirmação da liberdade não dizia respeito apenas às pessoas internadas, mas envolvia o conjunto das pessoas presentes no processo; requeria que os profissionais tivessem conhecimento de sua liberdade e, ao mesmo tempo, pudessem reconhecer a pessoa internada como uma pessoa com sua própria subjetividade e liberdade.

Assim como o cuidado em liberdade implica na transformação dos saberes e das práticas pautados na desvalorização do sujeito considerado louco, a equipe também deve reconhecer a liberdade e o valor de todos os profissionais e estudantes na composição das reflexões e ações. No entanto, ter liberdade não

significa dizer e fazer tudo do modo como se deseja, mas poder agir com responsabilidade e respeito com o coletivo. Em Sartre, se o homem é livre é consequentemente responsável por tudo o que escolher e fizer. E em escala coletiva, as escolhas traçam os rumos da humanidade (Sartre, 1998).

Reconhecer a liberdade e o valor de todos é um desafio, pois a cultura hegemônica força, o tempo todo, a continuidade da construção de hierarquias, a partir da (des) valorização de determinados saberes e discursos. Muitas vezes as relações hierárquicas também podem ser construídas ou reforçadas a partir de afinidades, afetos, repertórios culturais que constituiriam aquilo que Bourdieu (1989) qualificou como capital simbólico.

O poder simbólico é invisível e só pode se exercer a partir das relações de cumplicidade e reconhecimento. Uma das formas de efetivação desse poder se dá através do uso da linguagem e das diferentes valorações atribuídas aos discursos, legitimando-os ou desqualificando-os. Neste sentido, seria interessante o desenvolvimento de novas pesquisas sobre os entraves para uma verdadeira horizontalidade em equipe dentro dos serviços substitutivos aos manicômios.

Alguns relatos mostram a importância do “aprender junto” e do “fazer junto”, com a equipe, que facilita a criação de um ambiente de confiança e de segurança, para o empoderamento dos estudantes durante o processo:

De maneira geral, eu acompanhava algum profissional, para entender o funcionamento do serviço e do trabalho da T.O. num CAPS, mas com tempo pude ir colaborando com estes espaços e atendimentos, auxiliando com minhas opiniões, meu trabalho e minha presença (T.O., 2009).

Ouvia bastante todas as discussões e conversas e cheguei a falar algumas vezes. No começo não falava quase nada, pois não sabia como acrescentar. Conforme fui me familiarizando com usuários, profissionais e com as práticas do serviço foi mais fácil participar ativamente (Psicologia, 2013).

Segundo Campos e Guerrero (2010), nada aprendemos com aquele que nos diz “faça como eu”, mas sim com aqueles que nos dizem “faça comigo”, não como proposta de reprodução de gestos, mas de emissão de signos a serem desenvolvidos no heterogêneo.

Para Peduzzi e Oliveira (2009, p. 177), é muito importante que o estudante possa:

[...] compartilhar experiências de aprendizado, envolver-se em discussões de caso e desenvolver projetos conjuntos para que os estudantes tenham a oportunidade de funcionar como uma equipe, o que envolve o debate de ideias, a definição de propósitos e objetivos, a delimitação das tarefas, a tomada de decisão, a assunção de responsabilidades e a resolução de conflitos.

Outras questões relacionadas às experiências de trabalho em equipe serão apresentadas na discussão do eixo temático D.

O aprendizado interprofissional também é enriquecedor, porém, neste cenário de prática em estudo o encontro entre os diferentes estudantes é dificultado pelos programas das disciplinas construídas pelas IES de cada curso, que propõem cada um dos estágios em um determinado período do ano, com carga horária e dias da semana distintos.

Alguns estudantes encontram-se nas reuniões e em alguns grupos ou coletivos, porém, há pouca interação. Acredito que seria interessante a possibilidade de estagiários de cursos diferentes acompanharem juntos o mesmo caso ou desenvolverem projetos em conjunto. Além disso, a criação de um espaço de Supervisão Multiprofissional, junto aos profissionais das diversas áreas do serviço, também poderia ser enriquecedor e operar de modo complementar às reflexões realizadas nas diferentes reuniões.

Somente um relato na pesquisa referiu-se à interação de uma estudante de enfermagem com outros estagiários em campo como um acontecimento positivo para a formação:

Pude me aproximar não só da equipe [...] e também trocar conhecimento e experiências com outros estagiários de outras áreas (Enfermagem, 2014).

Alguns comentários daqueles que discordaram com relação a sentir-se parte integrante da equipe, apontaram questões pertinentes, como as dificuldades para expressão de ideias e opiniões enfrentadas por uma equipe muito grande ou pela falta de escuta e/ou desvalorização do saber do estudante:

As reuniões de equipe envolviam muitos profissionais. Isso era enriquecedor, mas ao mesmo tempo dificultava um pouco a participação dos estagiários, pois eram muitos assuntos a serem discutidos e muitas pessoas para falar ao mesmo tempo (T.O., 2010).

Reuniões de passagem, mini equipe e geral e supervisão institucional. Participação um tanto tímida, percebendo na equipe pouca escuta para algumas observações de estagiários, porém muito aproveitada (Psicologia, 2010).

Minha participação quando pela primeira vez em um espaço era de observação, depois tomava forma de uma participação um pouco mais ativa, porém restrita, pois a abertura por parte dos profissionais era dada até certo ponto - havia explicações do processo de trabalho, finalidades, entre outros - porém faltava autonomia para o estagiário (Enfermagem, 2014).

Além disso, lembrou-se a decisão por parte dos gestores e da equipe de que os estagiários de práticas supervisionadas de T.O. da USP (3º. ano) não participariam da Reunião Geral em 2010, por se tratar de um estágio de 150 horas. Esta mesma decisão não foi tomada com relação ao estágio de Serviço Social com carga horária de 130 horas em 2014, o que demonstra uma incoerência que necessita de maior reflexão e alinhamento pela equipe e gestão.

De todo modo, os estudantes que não puderam participar das reuniões apontaram esta vivência como um elemento que corroborou para o sentimento de não pertencimento ou do não reconhecimento pela equipe:

Não podíamos participar das reuniões e só ficávamos na convivência, logo não nos sentíamos parte da equipe e era difícil fazermos algo junto com um profissional (T.O., 2010).

A equipe era um pouco indiferente à participação dos estagiários (T.O., 2010).

Em relatório final de uma estagiária de Psicologia de 2013 há uma afirmação que dialoga com essas questões e apresenta a emergência de sensações de invisibilidade e de ocupação de um lugar de desvalor:

Após alguns meses de estágio fui percebendo que estava com uma sensação estranha, negativa, um mal-estar referente à minha ida ao estágio. Uma sensação de que, por ser uma estagiária, não havia um reconhecimento por parte da equipe de meu trabalho ali, fazendo

com que eu me sentisse incomodada muitas vezes de estar presente em algumas situações, ou mesmo de sentir que eu era ali “invisível”. A partir disso, refleti muito e pensei que fosse algo que eu não estava conseguindo fazer direito, que talvez eu precisasse mudar minhas atitudes e maneira de estar ali [...] Importante ressaltar que essa sensação era em relação ao coletivo e não em relação aos profissionais em individual, que, aliás, no âmbito individual a maioria dos profissionais considerava e legitimava nossa participação, a dificuldade era mesmo em dispositivos grupais da equipe. [...] foi interessante descobrir que outros tantos profissionais também se sentiam dessa forma e isso foi algo importante de se pensar.

Existem, portanto, dificuldades na comunicação e no processo de construções coletivas pela equipe - incluindo os estudantes - durante reuniões com presença de um número grande de pessoas, o que pode gerar disputas, desconfortos, vergonhas, inseguranças, desistências e posturas passivas. No entanto, é importante que os sujeitos possam se expressar no coletivo sem persecutoriedade, de modo que as queixas e as críticas possam ser escutadas e refletidas em conjunto.

Segundo Campos (1998), disputas de poder e polaridades sempre operam em qualquer serviço de saúde, sendo contradições que nunca alcançam sínteses definitivas, mas soluções provisórias que possam colocar os conflitos em novos patamares, com novas características. Para isso, o autor propõe que os coletivos possam ampliar a capacidade de lidar com três questões: saberes, poderes e afetos, de forma flexível e com respeito às nuances contextuais (Campos, 2000).

Alguns relatos dos sujeitos estudados demonstraram que a participação nas reuniões e/ou em passagens de Coordenação de Período aconteceu de forma passiva, como observadores e/ou ouvintes, de modo geral com **CP**.

Existiam as atividades nas quais eu estava mais inserida, como O Bar BiBiTanTã, no qual eu efetivamente fazia parte da equipe. Em outras atividades como acolhimento ou passagem de plantão eu acabava ocupando um papel mais passivo, de ouvinte (Enfermagem, 2009).

Nas reuniões e supervisões institucionais a participação era mais como ouvinte, nas outras atividades havia uma participação mais ativa, em conjunto com o técnico e os usuários participantes (T.O., 2010).

Eu consegui me adaptar bem ao campo de estágio, mas ainda não me sentia segura para opinar dentro de reuniões e de outros espaços. Conseguia conversar sobre o que pensava apenas com alguns profissionais que estavam mais próximos (Enfermagem, 2014).

Os estudantes de Serviço Social foi o grupo que apontou a participação em reuniões somente como observadores com **AC**, o que pode ter sido um reflexo do modo como foram orientados pela IES a se posicionarem no serviço, com pouca autonomia, acompanhados sistematicamente pela assistente social, supervisora local.

A assertiva “A participação dependia da atividade ou do espaço no qual estava inserido” teve **CP**, com **BC** somente pela Psicologia. Alguns relatos sobre esta questão também dialogam com as outras discutidas anteriormente:

A participação dependia da atividade, pois para algumas atividades mais específicas era avaliada a possibilidade da nossa participação, como por exemplo, um acolhimento um pouco mais complexo. Tínhamos liberdade para falar nas reuniões (Enfermagem, 2014).

De algumas atividades participei observando, mas na maioria pude participar ativamente ajudando, expressando minha opinião, dando ideias, participando da atividade desenvolvida, acompanhando os usuários (Enfermagem, 2014).

Acredito que a inserção do estagiário era melhor nos períodos de coordenação e nos grupos abertos. Em relação às outras atividades sinto que o estagiário ainda não tinha muita inserção por conta do pouco tempo de estágio (Enfermagem, 2014).

A possibilidade de realização de Acolhimentos e a questão da duração do estágio serão discutidas em outros eixos temáticos.

A **CP** apresentada nas respostas referentes às assertivas “Os estagiários sentem autonomia, liberdade para interagir e discutir questões com a equipe e serem protagonistas em situações reais” e “Houve pouca abertura e trocas com outros profissionais da equipe, para além do profissional responsável pelo estágio”, apresentadas no eixo “Situações vivenciadas que influenciaram a formação”, dialogam com as discussões acima.

Observou-se, portanto, que embora os estagiários que realizaram estágio com maior duração puderam se sentir mais integrados à equipe, isto não significou uma vivência de total autonomia, liberdade e protagonismo. Por um lado, por dificuldades de abertura, escuta e comunicação, principalmente nos coletivos, por vezes nas relações duais, que devem ser constantemente olhadas e cuidadas. Por outro, porque mesmo inseridos na equipe, em lugares de valor e de troca, e não meramente de observação e aquisição de conhecimentos por transmissão (“daqueles que sabem para aqueles que não sabem”), os estagiários chegam neste serviço com a proposta de estágio estruturada pela IES, com a distribuição das cargas horárias e os objetivos pré-definidos, com pouca ou nenhuma flexibilização para uma construção conjunta com o serviço sobre o que um estágio neste CAPS poderia contemplar. Deste modo, os profissionais do serviço tentam reorganizar suas atividades para que seja possível a recepção e o acompanhamento dos estudantes, o que nem sempre acontece de forma eficiente.

Ressalta-se a necessidade de melhorar a integração ensino-serviço, processo no qual é preciso diálogo, flexibilidade e disponibilidade, tanto de um lado quanto do outro, para uma construção realmente coletiva e integrada.

O entendimento do serviço como corresponsável pela formação, do docente como parte do serviço, e do usuário como centro do cuidado em saúde, requer negociação/arranjo permanente e construção de compromissos envolvendo espaços, horários e tecnologias – em face aos diferentes tempos institucionais e vozes do ensino e da assistência. É consenso que o trabalho coletivo, pactuado e integrado entre estudantes, docentes, equipe e gestores de saúde, permite a integração ensino-serviço-comunidade, oferecendo qualidade à formação, tanto dos estudantes quanto dos trabalhadores do serviço. Entretanto, esta não é uma tarefa fácil (Junqueira et al., 2013, p. 232-3).

Os descompassos entre as Universidades e o serviço necessitam de alinhamento, para que a produção pedagógica não se dissocie da produção do cuidado, ambos processos de cognição e subjetivação.

Neste caso, acredito que os maiores desafios seriam o de enfrentar a rigidez das estruturas das IES com relação à organização das disciplinas dos cursos e uma maior compreensão e apropriação da equipe do CAPS com relação à responsabilidade pela formação dos estudantes em cenários de prática e o alinhamento de todos neste processo.

A visão de que a Universidade chega ao serviço para “trazer mais trabalho” e sobrecarregar as agendas, e não para contribuir com a soma de cuidado e esforços, ainda se faz presente para alguns profissionais da equipe e necessita ser problematizado.

B. Expectativas com relação ao estágio

Algumas expectativas apresentadas como **atendidas** na 1ª. Rodada, foram confirmadas com **AC** na 2ª. Rodada: contato com a loucura; superação de preconceitos; conhecimento da dinâmica e funcionamento institucional; e aprendizagem de trabalho em equipe.

Sim, eu tinha medo de trabalho em saúde mental. O estágio me proporcionou o encontro e quebra de estigma com essa população (T.O., 2009).

[...] o estágio permitiu desmistificar estigmas sociais sobre saúde mental, permitiu vivenciar a prática que se mostrou diferente do que eu tinha como conceito (Enfermagem, 2009).

Acho que as minhas expectativas eram de entender o que era o CAPS, de verificar se a realidade da política se aplicava na prática, de me aproximar da população atendida e compreender como eu lidaria com o preconceito e a visão estereotipada da "loucura". Acredito que o estágio permitiu um contato interessante com a realidade e também alguns estudos, discussões e relatórios que colaboraram para minha formação (T.O., 2010).

As expectativas eram de aprender como é a prática da Terapia Ocupacional num serviço de saúde mental substitutivo ao manicômio e o contexto da saúde pública. Foram atendidas no sentido em que participei dessa prática, refleti sobre a tentativa de reformulação da atenção em saúde mental, percebi maneiras de enxergar a loucura de formas muito humanas e éticas, o que inspirou o trabalho que quis seguir (T.O., 2010).

Minha principal expectativa era conseguir visualizar, e me visualizar como terapeuta dentro de uma equipe interdisciplinar e em atendimentos na área de saúde mental. O estágio foi uma das experiências da graduação que mais proporcionou essa experiência, sendo atendidas minhas expectativas (T.O., 2010).

Minhas expectativas eram me aproximar da dinâmica institucional de um CAPS e observar as diferenças e semelhanças de um serviço 24 horas e dos outros que só funcionam em horário comercial. Estas

expectativas foram atendidas, pois, apesar que de forma mais pontual, foi possível viver e participar de parte do cotidiano do serviço (T.O., 2010).

Foram muitas, sempre as que me faziam questionar sobre a humanidade da loucura, das relações de trabalho e as formas mais éticas de se tratar o outro, levando-se em consideração os limites deste e os meus próprios (T.O., 2010).

Eram muitas expectativas, chegando a uma possível idealização do serviço. E estas expectativas foram atendidas, através da receptividade e acolhimento dos trabalhadores, do aprendizado, do funcionamento e da visão dos funcionários perante a saúde e a forma da produção desta saúde no serviço (T.O., 2013).

O encontro com o sujeito dito louco, sua singular maneira de existir e estar no mundo, sua forma de se relacionar, a aproximação com esse outro jeito de ser. Tudo isso me fez ter inúmeros questionamentos sobre o que vem a ser a loucura, realizando, assim, problematizações a respeito desse conceito, tão intrigante e complexo (Psicologia, 2013).

[...] Para mim, essa foi uma das vivências mais ricas do estágio, o encontro com a loucura. Além disso, pude igualmente vivenciar na prática muitos aspectos que ainda estavam somente na teoria, como o funcionamento de uma instituição dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, a maneira com que o tratamento ocorre ali, como se dá a elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares, como são as discussões em equipe, os acordos com os usuários, entre outros (Psicologia, 2013).

Ao escolher esse estágio não conhecia muito bem como era o funcionamento de um CAPS, e minha expectativa era compreender como ele funcionava. Minhas expectativas foram atendidas e superadas, pois não só compreendi o que é um CAPS, como pude perceber quais são as suas atividades, atribuições, e perceber que o comprometimento dos profissionais é imprescindível para que o CAPS dê certo. Além disso, foi o local onde tive algumas de minhas primeiras experiências profissionais, num ambiente protegido, em que podia contar com os funcionários (Psicologia, 2013).

O que mais queria com o estágio era ter um contato maior e mais frequente com a loucura, entendendo a loucura de uma forma humanizada, dentro de um contexto de tratamento que visa o sujeito e não uma doença. [...] Desse ponto de vista, minhas expectativas foram atendidas sim (Psicologia, 2013).

Minha expectativa estava mais pautada em aprimorar o relacionamento interpessoal, ver como se dá, como estabelecer um vínculo e ao mesmo tempo manter um profissionalismo. Elas foram sim atendidas, e até superadas, pois consegui estabelecer algumas relações em que aprendi muitas coisas além do conteúdo teórico pertinente à minha profissão (Enfermagem, 2013).

Acredito que o estágio foi de grande ajuda para a minha formação e segue com ideias da Reforma Psiquiátrica (T.O., 2014).

Não tinha muito conhecimento quanto à rotina de um CAPS. Então minha expectativa foi quanto a isso, como funcionava, como lidar com a crise e surto de perto. Minhas expectativas foram atendidas e superadas, porque pude aprender muito mais do que esperava. Compartilhando e participando ativamente no funcionamento com a equipe multidisciplinar aprendendo com cada profissional (T.O., 2014).

Tive oportunidade de conhecer não só a dinâmica institucional, mas compreender a inserção e função do CAPS a nível municipal (sua participação na rede do SUS) (Enfermagem, 2014).

Minhas expectativas eram: compreender melhor os usuários, acompanhar um plano terapêutico em saúde mental e ver como um CAPS funciona. Todas as minhas expectativas foram alcançadas (Enfermagem, 2014).

Minhas expectativas eram conhecer como a unidade funciona, conhecer a dinâmica de trabalho da equipe e a inserção do enfermeiro nessa equipe. Minhas expectativas foram superadas, pois esperava que o CAPS fosse parecido com outro que já havia feito estágio de saúde mental, mas foi completamente diferente. Não dizendo que um CAPS seja melhor que o outro, mas a proposta do estágio no Itaim me possibilitou não só conhecer a dinâmica, mas compreender como ela acontece, conhecer o que é trabalho em equipe de verdade, suas potencialidades e seus limites (Enfermagem, 2014).

Embora as expectativas com relação ao estágio tenham sido atendidas, alguns sujeitos apontaram certa idealização inicial do serviço, com posterior reflexão e crítica acerca das dificuldades e desafios presentes na realidade do trabalho.

O trabalho em equipe deste CAPS, num primeiro momento, me encantou. Eu achava maravilhoso não haver rótulos específicos sobre "quem era ou fazia o que", não era óbvio que fulano ou ciclano eram TOS, ou psicos, nem médicos. Depois, os discursos iam ficando mais diferenciados para mim, mas, entendo que também pelo momento de reconfiguração do serviço e pessoas novas na equipe, o debate era muito caloroso e intenso. Eu estava estudando Humanização do SUS para a monografia e aquilo era a tradução para a realidade do que eu estudava. E com o tempo, fui entendendo sobre as dificuldades também desse trabalho e necessidade do alinhamento constante (T.O., 2009).

Como em todo serviço havia uma dificuldade de transformar o ideal da reforma psiquiátrica e da função do CAPS no papel em ações reais, pois a realidade é muito mais complexa. Porém percebia que havia discussões e questionamentos constantes da equipe sobre

algumas questões, como o longo período de internação de alguns pacientes, por exemplo (T.O., 2010).

Algumas elaborações foram possíveis somente após a graduação, durante a trajetória profissional. Aqui podemos retomar o sentido da experiência para Heidegger, apontado por Bondía (2002), discutido no Capítulo 3, que afirma que podemos ser transformados pelas experiências de um dia para o outro ou no transcurso do tempo:

Escolhi o CAPS Itaim na expectativa de aprender mais sobre um serviço substitutivo, dos desafios do seu cotidiano, por entender que estávamos, e estamos ainda, em uma fase de transição em relação ao modelo tradicional de tratar a questão da saúde mental em nosso país. E o CAPS Itaim, por ser um dos protagonistas dessas conquistas, poderia ser um campo de estágio fértil para atender a essa expectativa. As minhas expectativas foram atendidas. Houve, ao longo do estágio, muitos questionamentos, os quais, aliados a supervisão na PUC contribuíram para um amadurecimento enquanto profissional em formação. Destaco que os questionamentos, nem sempre foram de concordância com a equipe ou em relação à supervisão na universidade, mas todos eles foram engrandecedores. Destaco ainda que o reconhecimento da contribuição do estágio apareceu de forma mais contundente, somente com a atuação profissional (Psicologia, 2012).

No começo estava em estado de encantamento, tudo era novidade e fazia muito sentido para mim, entretanto ao longo do estágio fui percebendo, além dos aspectos positivos da instituição e do contexto de trabalho dentro da Reforma, alguns conflitos e desafios que me fizeram refletir muito sobre o trabalho em equipe e sobre o trabalho com a loucura. Dessa forma, acredito que minha experiência tenha sido completa, pois hoje tenho uma visão mais realista, consigo visualizar o lado positivo do trabalho, assim como seus desafios, que mesmo difíceis avalio que proporcionaram uma aprendizagem tremenda e que levarei para sempre comigo. O estágio me proporcionou vivências que me fizeram crescer como profissional e como pessoa (Psicologia, 2013).

Com relação às expectativas **não atendidas** que foram identificadas na 1ª. Rodada, houve **BC** de todos os grupos sobre “o contato com o serviço ter sido frustrante”, o que demonstra ter sido uma experiência isolada.

A restrição por parte da equipe quanto à participação do estagiário em determinadas atividades também teve **BC**.

Entretanto, comentários de alguns participantes da área de Enfermagem mostraram que houve descontentamento por não terem participado de Grupos de Acompanhamento de PTS, que são grupos fechados, e das reuniões de Matriciamento nas UBS, devido ao tempo de duração do estágio:

Restrição devido ao tempo de estágio: participar dos grupos terapêuticos (Enfermagem, 2014).

Houve maior restrição para participar das reuniões de grupo (um grupo de usuários e dois profissionais) (Enfermagem, 2014).

Não podíamos participar dos grupos terapêuticos fechados devido ao tempo de estágio que era considerado curto demais (Enfermagem, 2014).

Minhas expectativas foram atendidas parcialmente, pois não conseguimos nos inserir em todas as atividades dentro do serviço. Isso por que havia restrição aos grupos terapêuticos fechados e eu desconhecia algumas atividades, como a reunião de matriciamento com a UBS Jd. Edite (Enfermagem, 2014).

As 240 horas referentes ao estágio de Enfermagem são distribuídas de forma que a imersão do aluno no cenário de prática se finaliza em cerca de dois meses. Por este motivo, a gestão e a equipe pensaram que, a participação desses estudantes em um grupo fechado em curto período de tempo, dificulta a própria dinâmica dos grupos, cujos usuários participantes necessitam de um tempo para criação de uma relação de confiança para, logo em seguida, já terem que se despedir e abrirem-se aos novos estagiários, para início de um novo processo. Deste modo, compreendeu-se que, a participação dos estagiários com menor carga horária pode ser mais bem acolhida e potencializada nos grupos ou coletivos abertos. Entretanto, é uma questão que ainda pode voltar a ser discutida pela equipe junto à IES, sendo possível sua modificação.

Alguns sujeitos apontaram como expectativa não atendida a falta de oportunidade de realização de “Acolhimento” de novos usuários que chegam ao serviço com demandas de cuidados.

A expectativa de aprendizagem do saber/fazer um Acolhimento costuma ser grande entre os estudantes por referir-se a uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que vai além das formas tradicionais de triagem ou entrevista

inicial. Trata-se da responsabilização integral pelo usuário, desde a sua chegada ao serviço, “ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário” (Brasil, 2006, p. 10).

Eu gostaria de ter conhecido mais e participado de outras atividades do serviço como o acolhimento e os grupos, o que não ocorreu (T.O., 2011).

Foi possível saber de forma mais concreta do trabalho dos profissionais, por poder observá-los, mas não foi possível ver, por exemplo, um Acolhimento por parte de nenhum profissional, e isso era algo que eu esperava ver dentro do seu processo de trabalho. Não foi possível avançar tanto na prática pessoal em questão ao Acolhimento, por falta de oportunidade (Enfermagem, 2014).

Com relação ao tempo de duração do estágio não ter sido suficiente, houve **CP**, com **BC** pelos grupos de estágio com carga horária maior, como a Enfermagem. Embora este grupo tenha apresentado como expectativa não atendida a não participação nos grupos de acompanhamento e reuniões de matriciamento, este resultado demonstra que a duração do estágio foi sentida como suficiente.

Comentários das estudantes de Serviço Social demonstram certa insatisfação com relação à duração do estágio:

As expectativas estavam todas inseridas no plano de atividade do estágio. Algumas foram e outras não, devido o estágio ser apenas duas vezes na semana e em um curto período de tempo, muitas coisas ficaram por não acontecer (Serviço Social, 2014).

A participação foi boa, porém por ser apenas de 4 meses quando consegui sintetizar todo o local e como funcionada o estágio já estava para acabar (Serviço Social, 2014).

Como discutido anteriormente no Capítulo 3, a pequena carga horária pode dificultar o aprofundamento das práticas e dos conhecimentos e, assim, fragilizar a experiência do estágio (Villela et al., 2013).

A “falta de clareza do papel específico de cada categoria profissional” foi apontada com **AC** pelo Serviço Social e **CP** pela Enfermagem.

No eixo “Situações vivenciadas fundamentais para a formação”, a assertiva “Houve possibilidade de experimentar o trabalho específico de sua área profissional” obteve **CP**, com **AC** pelo grupo de Psicologia e **BC** pelo de Serviço Social.

Deste modo, o trabalho específico foi um ponto crítico para os estudantes de Serviço Social, sendo parcialmente para os da área de Enfermagem, o que aponta a demanda por esta aprendizagem, para além do trabalho interdisciplinar, que pode estar relacionada a uma ansiedade desses estudantes para compreenderem a atuação específica da sua categoria profissional.

Alguns relatos de participantes da área de Enfermagem ilustram essa questão:

O papel do enfermeiro não era muito claro. Apesar do posto de enfermagem e da administração de medicamentos serem atribuições do profissional, não consegui distinguir a atuação dentro da equipe multidisciplinar (Enfermagem, 2011).

Apesar de um CAPS ser um serviço multidisciplinar, eu acharia interessante ter mais clareza do papel específico da enfermeira na equipe (Enfermagem, 2011).

Acompanhar mais de perto o trabalho do enfermeiro. Quando este está em equipe, e também em suas atividades particulares, que dizem respeito somente ao enfermeiro (Enfermagem, 2014).

É provável que a demanda pelo aprendizado do trabalho específico também tenha relação com a formação desses profissionais. As DCN de Serviço Social não possuem referências específicas à Saúde e à Saúde Mental, sendo assim, as estagiárias podem ter chegado ao CAPS sem conhecimento algum sobre o modelo de atenção proposto. Com relação ao grupo da Enfermagem, é possível que o foco no desenvolvimento de competências gerenciais e de liderança de equipe, a partir de disciplinas de Administração oferecidas nos cursos de formação desses profissionais (Ciampone e Kurcgant, 2004), possa gerar expectativas e frustrações diante da proposta de trabalho em equipe interdisciplinar.

Embora tenha sido um comentário único dentre os participantes da área da T.O., a demanda de conhecimento do trabalho específico também apareceu:

[..] hoje avalio que faltou, também por parte da docente do estágio, fazer conosco o exercício de nomear as práticas específicas da TO em CAPS, pois a meu ver, ficamos muito mais focados no trabalho mais generalista, como profissional de referência dos casos e de uma equipe (T.O., 2009).

Outro aspecto já discutido na Revisão Integrativa e que pode ser retomado neste momento é a questão dos saberes e da interdisciplinaridade. No trabalho colaborativo, em equipe interdisciplinar, em um serviço de atenção psicossocial, um saber acadêmico não se sobrepõe ao do outro (Santeiro, 2012) e necessita do enfrentamento da dicotomia existente entre clínica e Saúde Pública/ Coletiva, que promove intervenções desarticuladas e a reprodução de modelos clínicos a serem superados (Dimenstein, 1998; Lewis; Palma, 2011; Macedo e Dimenstein, 2011). Entretanto, isto não significa que os saberes específicos devam ser desvalorizados e perdidos, mas que possam compor a produção de conhecimentos e de práticas coletivas, comuns.

A afirmativa “Trabalho mais generalista, com mistura e perda da identidade profissional” do eixo “Trabalho em equipe”, apresentou **BC** por todos os grupos.

Deste modo, apesar da demanda de alguns estudantes por maior aprendizagem do trabalho específico, não houve a percepção e compreensão de que o trabalho interdisciplinar desenvolvido pela equipe do CAPS III Itaim Bibi gerou mistura ou perda das identidades, como apontado por uma das participantes, embora não as tenha relacionado como aspectos negativos:

Tive a impressão que dentro da equipe de um CAPS as diversas profissões se misturam e perdem a sua identidade, o que, entretanto, não julgo como sendo um aspecto negativo. Observei que isso favorece o trabalho em equipe - fundamental na proposta de atenção do serviço - de modo que todos os profissionais se responsabilizam de forma igualitária pelo paciente, havendo assim, um maior comprometimento e envolvimento de todos (T.O., 2009)

Outras dimensões sobre o Trabalho em Equipe serão discutidas no eixo D.

C. Temas e estudos que propiciaram a formação

[...] sinto que ficou aquém um direcionamento maior, talvez de mais aulas sobre alguns temas pertinentes, para que além da prática a teoria fosse uma base sólida (Enfermagem, 2009).

Terminei o estágio satisfeita com o aprendizado, tanto pela experiência, quanto pelas discussões e leituras (T.O., 2010).

Os temas e estudos que propiciaram a formação, apontados na 1ª. Rodada e confirmados na 2ª. Rodada, foram apresentados no **Quadro 7.2**, conforme grau de concordância.

Quadro 7.2 - Temas e estudos que propiciaram a formação conforme graus de concordância

Alta Concordância	Concordância Parcial	Baixa Concordância
SUS e Reforma Sanitária	Rede/ Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Psicologia Institucional
Reforma Psiquiátrica/ Luta antimanicomial/ Políticas de Saúde Mental	Política Nacional de Humanização (PNH) (Acolhimento; Matriciamento; Clínica Ampliada)	Psicotrópicos e outros fármacos
Desinstitucionalização	Arte e Cultura	Administração de medicamentos
Reabilitação Psicossocial (Autores: Saraceno, Basaglia, Tikanori, Paulo Amarante)	Família	Formas de contenção
Economia Solidária/ Cooperativas/ Geração de renda	Modo de produção da sociedade	Administração/ Gestão
Projeto Terapêutico Singular (PTS)	Subjetividade	
Relação terapêutica/ Vínculo/ Escuta	Psicanálise (transferência, contratransferência, constituição do sujeito)	
Comunicação Terapêutica	Psicopatologia/Doenças/ Transtornos mentais/Psicose	
Trabalho em equipe	Funções psíquicas e suas alterações	
Atividades terapêuticas/ Arte e Terapia	Resposta à crise	
Grupos/ Oficinas	Acompanhamento Terapêutico (AT)	
Estigma	Acesso aos direitos sociais	
Loucura	Redução de danos	
	Saúde do adulto e do idoso/ Comorbidades	

Fonte: Elaborado pela autora a partir das respostas da 2ª. Rodada de questionário Delphi.

Os principais temas relacionados aos princípios e diretrizes do trabalho no SUS e na SM, a partir da perspectiva da Reforma Psiquiátrica, foram considerados, de modo geral, como de **AC**.

Alguns temas importantes tiveram **CP** como: RAPS, PNH, Resposta à crise, Redução de danos e Acesso aos direitos sociais.

Avalia-se que temas de **BC** como “Formas de contenção”, “Administração/Gestão” e “Administração de Medicamentos”, também são importantes para a formação e poderiam ser oferecidos ou aprofundados durante o estágio. Entretanto, é necessário distinguir as diferentes propostas de gestão existentes, que podem apresentar-se com viés mais hierárquico ou democrático.

Com relação aos temas a serem trabalhados com maior intensidade durante o estágio pelo serviço e pelo curso de graduação, propostos pelos sujeitos da pesquisa, foram apresentados separadamente somente por uma das participantes da área de Psicologia (2013):

Os temas que deveriam ser trabalhados com maior intensidade durante o estágio: Desinstitucionalização, Reforma Psiquiátrica, Luta Antimanicomial, políticas de saúde mental, SUS, Rede de Atenção Psicossocial, Economia Solidária, Política Nacional de Humanização, Projeto Terapêutico Singular, trabalho em equipe, psicologia institucional, relação terapêutica/vínculo/escuta, subjetividade. No curso de graduação devem ser trabalhados tanto os temas voltados à política do SUS no atendimento da RAPS (temas já citados para o CAPS) quanto aos aspectos psicológicos acerca da psicose e do trabalho multiprofissional e institucional (temas: relação terapêutica/escuta/vínculo, modos de produção da sociedade, psicologia institucional, subjetividade, psicanálise, psicopatologia/psicose, estigma, loucura, funções psíquicas e suas alterações, resposta à crise, A.T.).

As demais respostas foram apresentadas de forma associadas, sem distinguir quais temas estariam referidos ao CAPS e quais estariam referidos à IES.

Surgiram dois novos temas nas respostas, que não estavam na lista identificada na 1ª. Rodada: Psicodinâmica e Psiquiatria. Este talvez possa estar relacionado ao grupo “Psicopatologias/Doenças/Transtornos mentais/Psicose” ou “Funções psíquicas e suas alterações”.

Na **Figura 7.1** é possível verificar a frequência de sugestões de cada tema, que se configuraram como demandas dos estudantes.

Figura 7.1 - Temas e estudos sugeridos pelos participantes da pesquisa

Fonte: Elaborada pela autora a partir das respostas da 2ª. Rodada de questionário Delphi.

O tema “Resposta à crise” destacou-se como demanda, seguido de “Psicotrópicos e outros fármacos” e “Psicopatologias/Doenças/Transtornos mentais/Psicose”.

Embora o objetivo da formação na perspectiva da Reforma Psiquiátrica seja o de superação do foco na doença mental, com seus diagnósticos e sintomas, ainda é bastante presente a demanda por aprendizagem sobre psicopatologias, provavelmente porque esses saberes podem oferecer uma “falsa segurança” ao estudante que está prestes a se graduar e a lançar-se no mercado de trabalho.

Mas me lembro que senti falta de discutir sobre as características das principais patologias e questões básicas sobre medicamentos. Acho que este não era o enfoque do estágio, mas considero que estas informações também são importantes. Talvez pudessem ser discutidas inseridas nos estudos de caso que os estudantes acompanham (T.O., 2010).

Além da necessidade de estudos mais aprofundados de determinados temas, conceitos ou teorias, apresentou-se a necessidade de aprendizagens de “ordem prática”, como “Formas de contenção”.

Os temas trabalhados foram muito focados num ideal de humanização, bonito, mas não condiz com a atuação prática, quando vim trabalhar num CAPS senti a necessidade de conhecimentos sobre as patologias, crise e outros assuntos de ordem prática (T.O., 2010).

Apesar de discussão teórica sobre contenção, não houve ensino sobre como fazê-lo na prática (Psicologia, 2013).

Este resultado foi reafirmado no eixo “Situações vivenciadas”, com a assertiva “Houve aprendizado sobre formas de contenção” que teve **BC**, com **CP** somente pela Enfermagem.

Vi que o manejo de situações emergenciais, como pessoas com sintomas muito graves e episódios de agressividade eram de difícil manejo (Enfermagem, 2011).

Este resultado era esperado, diante da existência desta demanda pelos próprios profissionais do serviço.

O trabalho desenvolvido em CAPS III, que também acolhe e cuida de complexas situações de crise, inclusive aquelas nas quais alguns sintomas encontram-se intensificados e necessitam de algum tipo de contenção, exige preocupação, discussão e reflexão constante por parte dos trabalhadores e estagiários de maneira a melhor se prepararem para as intervenções. Em muitos momentos do cotidiano do trabalho, evidencia-se o “fio da navalha”, no qual a equipe tenta construir um modo de cuidar e proteger, sem reproduzir a lógica manicomial.

No final de 2015, diante dessa demanda da própria equipe, os estagiários de Enfermagem propuseram ao serviço, junto à docente da EEUSP e como contrapartida da universidade à equipe, oficinas de reflexão sobre o conceito de crise e aprendizagem de técnicas de contenção. Primeiramente os profissionais da equipe foram convidados a responder um questionário como forma de mapear a compreensão que cada um possuía sobre “crise”. O resultado dessa pesquisa foi apresentado à equipe e realizou-se uma oficina de reflexão sobre o conceito.

O aprendizado das técnicas de contenção não ocorreu até o presente momento devido à dificuldade de organização de um horário em comum entre a equipe e o especialista indicado pela EEUSP. Entretanto, este permanece sendo um interesse e necessidade de alguns trabalhadores, visto que houve capacitação para alguns profissionais de enfermagem somente em 2009, quando o CAPS III foi inaugurado, e, atualmente, muitos deles já se desligaram do serviço. Acreditamos que este aprendizado seja importante para a equipe como um todo, com a possibilidade de participação dos estagiários. Diante da necessidade de uso de técnicas de contenção é fundamental que a equipe esteja preparada para realizá-las de modo cuidadoso para usuários e profissionais.

Este foi um exemplo de como os estagiários podem contribuir para a melhoria dos processos de trabalho - e não somente para acompanhamento de casos individuais -, ao identificarem dificuldades vivenciadas pela equipe e que, ao serem colocadas em análise e em discussão coletiva, abrem possibilidades para os estagiários construírem intervenções interessantes e inovadoras.

A aprendizagem com relação ao manejo de situações de crise e de conflito vai além do uso de técnicas de contenção, ao compreendermos que uma situação de crise pode envolver muito mais do que uma intensificação de sintomas, tal como agitação psicomotora e auto/heteroagressividade. Assim como discutido

anteriormente, crise também pode gerar e ser gerada por situações no cotidiano de difícil enfrentamento; rupturas de relações familiares e sociais; recusa das ofertas de cuidado com negação da necessidade; e/ou recusa ao contato e isolamento (Dell'acqua; Mezzina, 1988).

A assertiva “Houve aprendizado sobre manejo de situações de crise” do eixo “Situações vivenciadas”, obteve **CP**, com **AC** pela Psicologia e **BC** pelo Serviço Social.

Já no eixo “Expectativas atendidas com relação ao estágio”, o item “manejo de situações de crise e de conflito” também apresentou **CP**, com **AC** para os grupos de Enfermagem e Serviço Social e **BC** para o de Psicologia.

As respostas referentes à Psicologia e Serviço Social, portanto, mostraram-se contraditórias, o que pode ter acontecido por terem interpretado a assertiva reduzindo-a ao aprendizado de “formas de contenção”.

D. Trabalho em equipe

No eixo “Expectativas com relação ao estágio”, a afirmação “Aprendizagem de trabalho em equipe” resultou em **AC**, com **CP** somente para o grupo de Serviço Social.

Nos relatos da 1ª. Rodada sobre as percepções do trabalho em equipe observou-se que os conceitos “multiprofissional” e “interdisciplinar” apareceram poucas vezes, sendo sete e duas vezes respectivamente. O conceito “transdisciplinar” apareceu apenas uma vez.

[...] pude compreender o que é uma equipe transdisciplinar, que nem sempre existe, apesar desse ser o objetivo do SUS (Psicologia, 2013).

Dentro do CAPS tomei conhecimento [sobre] como se dá a profissão no local e como esta profissão se relaciona com as demais, pelo trabalho inter e multiprofissional que o CAPS funciona (Serviço Social, 2014).

Com relação às percepções do trabalho em equipe em qualquer serviço, todos os grupos apresentaram **AC** nas três primeiras assertivas, exceto na segunda questão, que o grupo Serviço Social apresentou **BC**. É provável que tenha avaliado essa assertiva considerando somente o CAPS III Itaim Bibi, o que significaria uma crítica a esse serviço.

As três primeiras assertivas com **AC** foram:

1. Necessidade de abertura à diversidade, escuta e respeito, para superar dificuldades nas relações interpessoais e na comunicação e contemplar múltiplos discursos, saberes e ideias dos diferentes profissionais.
2. Possibilita um cuidado mais integral dos usuários e a construção de PTS, por meio da construção coletiva e da não hierarquização.
3. É difícil porque vai contra a estrutura enraizada na sociedade de papéis sociais mais reconhecidos, que tem mais status e poder. O saber do médico ainda é mais valorizado e isto também pode ser verificado na questão salarial.

Um relato ilustra bem essa concepção, pois considera que o trabalho em equipe:

É essencial para aumentarmos as chances de desenvolver um olhar mais integral do cuidado, especialmente na saúde. Embora saibamos que a ciência não pode dar conta de esgotar com seu saber a complexa experiência humana. Especialmente no campo das políticas públicas de saúde mental e na atenção primária a saúde (com os NASFs ligados as Equipes de Saúde da Família), nota-se um esforço em compor as equipes multiprofissionalmente, para realização de um trabalho mais amplo, que não se reduza ao saber médico. Houve grandes avanços neste sentido, mas há ainda muito a se alcançar, pois a nível técnico já equiparamos a igual importância de todas as profissões no cuidado em saúde, basta olhar a composição profissional dos CAPS (Psicologia, 2012).

Esta reflexão ainda dialoga com a terceira questão, que aponta que a maior valorização do saber do médico na nossa cultura ainda é bastante vigente e os estudantes avaliam como um desafio a ser enfrentado para a superação do MMH:

[...] mas um elemento importante ainda não foi questionado profundamente: se todos temos igual importância no cuidado, por que nossa remuneração é tão discrepante daquela do profissional médico? Parto do princípio que enquanto não superarmos essa questão, ainda estaremos vivendo sob uma supervalorização do saber médico em detrimento das demais profissões, como

enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, farmácia, dentre outras (Psicologia, 2012).

O estudante em cenário de prática pode deparar-se com as diferenças entre as categorias profissionais como com relação à questão salarial e até mesmo à carga horária de trabalho. Diante de todos os princípios do modelo assistencial almejado, é esperado que essas diferenças passem a ser problematizadas, até pelos incômodos que podem gerar entre os profissionais da equipe, embora sejam questões de gestão, de administração e de sindicatos, que devem ser discutidas e tratadas em um âmbito mais macropolítico. É interessante que os estudantes também possam envolver-se em movimentos sociais que buscam as transformações dessas questões.

As reflexões que competem ao serviço se referem aos exercícios dos saberes, poderes e afetos. Em um relatório mensal de uma estagiária de Serviço Social de 2014, por exemplo, verificou-se que, na sua percepção, existia uma maior valorização do olhar e do saber médico/psiquiátrico, apesar da participação de outros profissionais e da própria estagiária em uma visita domiciliar realizada pela equipe:

Visita domiciliar à casa de MT. Visitaram a casa de MT, a assistente social, as duas estagiárias⁵² e dois técnicos do CAPS, sendo um deles o médico psiquiatra. [...] A visita domiciliar ocorreu muito bem, sendo ponto mais importante o entendimento do médico de que MT não tem uma demanda para o CAPS Itaim, que alguns de seus comportamentos são resultado de uma sucessão de perdas familiares por morte.

Não sabemos se esta percepção foi somente da estagiária ou se de todos os profissionais presentes na situação relatada. De todo modo, teria sido importante que a equipe toda tivesse tido contato com este relatório na época em que foi elaborado, para problematização desta questão, como uma forma de exercício crítico e reflexivo e até mesmo, de Educação Permanente (EP), para fortalecer a capacidade de análise, de intervenção e dos modos de relação entre os sujeitos.

A PNEPS ressalta que as estratégias educativas, para os processos de qualificação dos trabalhadores, devem surgir das práticas. A partir da

---

⁵² Os nomes dos profissionais e das estagiárias foram omitidos.

problematização do próprio fazer, os sujeitos tornam-se atores reflexivos e construtores de conhecimento e de ações, e não meros receptores. Deste modo, aborda-se a equipe como estrutura de interação e evita-se a fragmentação disciplinar. Os espaços educativos ampliam-se para fora da aula, passando a acontecer dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias (Brasil, 2009a).

Com relação às mudanças na equipe (trocas de profissionais) influenciarem negativamente o trabalho e o cuidado com os usuários, houve **CP**, com **AC** somente pela Psicologia. Um relato da 1ª. Rodada aponta essa vivência em 2013, na qual a experiência foi negativa devido a uma fase singular pela qual a equipe passou, com um grande número e sucessivas saídas de profissionais, que a desorganizou por um período:

Na época em que fiz o estágio o CAPS estava abalado com a saída de vários profissionais, e pude perceber como isso afetava negativamente o trabalho dos profissionais e os usuários, que ficaram sem algumas referências. Sem uma equipe unida e com os mesmos princípios é praticamente impossível que o trabalho nesse espaço ocorra, e, mesmo diante desses problemas, a equipe conseguiu seguir em frente (Psicologia, 2013).

Outro relato aponta que a presença de vínculo é o que pode tornar a saída de profissionais do serviço um movimento negativo:

A mudança na equipe (saída de profissionais) parece ter influência apenas quando existe vínculo com o paciente (Enfermagem, 2011).

Acrescentam-se ainda as dificuldades nos relacionamentos interpessoais:

Não só as mudanças na equipe com a saída dos profissionais, como os conflitos entre os profissionais influenciam o trabalho e o cuidado com os usuários (Psicologia, 2013).

Um relato aponta que uma dessas dificuldades pode estar relacionada à possibilidade de existência de certa hierarquia de saberes, entre profissionais de nível superior e os de nível médio, influenciando na comunicação em equipe, e que uma saída possível poderia ser a continuidade da formação profissional:

Parece haver mais dificuldade no relacionamento entre os profissionais de nível superior e os de nível técnico. Estes parecem ter um pouco mais de dificuldade em expressar suas percepções em relação aos usuários ou ao trabalho por não se sentirem à vontade por não terem a formação superior, ou por não terem tanto conhecimento específico em saúde mental por conta da formação. Acredito que reforçando em equipe alguns dos temas de estudo os profissionais se sentiriam mais à vontade para falar (Enfermagem, 2014).

A necessidade de continuidade na formação dos trabalhadores associa-se à proposta política-pedagógica da EP discutida anteriormente, na qual o aprender e o ensinar podem acontecer a partir da problematização da realidade do cotidiano do trabalho, para o aprimoramento e transformação do próprio trabalho (BRASIL, 2009a).

A questão dos relacionamentos interpessoais também apareceu em outros comentários realizados pelos participantes que realizaram estágio de Enfermagem:

O trabalho em equipe se mostrou a base do processo de trabalho do CAPS. Observei que praticamente tudo se fazia em equipe, e isso tornava o trabalho mais assertivo. Porém as relações de equipe nunca foram uma coisa tranquila, havia muitas discussões, algumas pertinentes outras não, e em alguns momentos se misturavam preferências pessoais e vínculos de amizades ou desamizades nos processos de trabalho (Enfermagem, 2009).

Percebi o quanto é difícil se trabalhar em equipe, com pensamentos diversos e formações tão diferenciadas também, e o quanto cada integrante da equipe podia contribuir com o cuidado assim como afetá-lo (T.O., 2011).

[...] me aproximei bastante da equipe e percebi que há uma grande dificuldade de comunicação entre os profissionais (Enfermagem, 2014).

Os estagiários pareceram apresentar uma visão idealizada de trabalho em equipe, com ideia de conflito como elemento negativo. No entanto, os conflitos são inevitáveis e fazem parte do trabalho colaborativo em equipe e do difícil, mas necessário, exercício de escuta, de abertura ao diferente e ao antagônico e de reflexão e construção conjunta de estratégias e ações possíveis diante de situações

complexas que surgem no cotidiano, como discutido anteriormente a partir de Vaie e Barros (2001) e Yasui (2006).

Nicácio (2003, p. 170) também refletiu sobre esta questão e relatou que na experiência santista:

A afirmação da liberdade, a validação do outro e a impossibilidade de sua anulação como um dos polos da relação requereu aprender a dialetizar contradições, a lidar com diferenças e, sobretudo, compreender que a expressão dos conflitos era base do trabalho. Exercício difícil. Essa perspectiva era necessariamente geradora de crise: as relações eram continuamente questionadas, construídas e reconstruídas a partir das múltiplas possibilidades e interrogações que emergiam no cotidiano.

Outros relatos mostram como os estagiários lidaram e aprenderam com os conflitos vivenciados pela equipe deste CAPS:

A equipe do CAPS é grande e complexa, pode-se assim dizer, no sentido do tamanho do CAPS e da demanda que chega para ser atendida. Durante o estágio pude presenciar conflitos e dificuldades vivenciados pela equipe cotidianamente, seja no sentido das relações entre os profissionais, das relações com a instituição (Estado), e das relações com os próprios usuários. O que posso destacar de mais importante seria a perspectiva política de construção coletiva e de não hierarquização de saberes (T.O., 2010).

Aprendizado de que na saúde mental o trabalho em equipe é fundamental e quando falho prejudicará diretamente o usuário do serviço. Aprendizado de que deve existir abertura nas reuniões de equipe para se falar das próprias fragilidades quanto profissional/ sujeito, para assim se pensar parcerias entre a própria equipe para fortalecer as ações de cuidado no serviço (T.O., 2011).

Relacionamentos interpessoais não são fáceis, demandam bastante de cada pessoa que o vive, dessa forma trabalhar em equipe é algo que exige muito. Na equipe há muitas ideias divergentes, e como conciliar esses pensamentos e condutas a favor do próximo, da construção do serviço e de um bom relacionamento interpessoal. No estágio aprendi a lidar com isso, a partir da minha vivência nas reuniões e em conversas com os profissionais. A possibilidade de escutar o outro, permitir-se compreender o que o outro está tentando dizer, colocar a própria opinião, se fazer ser ouvida, demonstrar a efetividade do que se está colocando, são ações que ampliam a possibilidade de um bom trabalho em equipe e também estar mais próximo de pessoas que compartilham tais ideias auxilia muito (T.O., 2013).

No estágio pude vivenciar o que é realmente um trabalho em equipe. Acredito que há muitos benefícios em conseguir ampliar a visão e a intervenção a partir de múltiplos olhares diferentes, cada um com o seu saber, e assim, as intervenções tornam-se mais ricas, da mesma forma, as discussões em equipe conseguem ser mais heterogêneas e engrandecedoras, criando possibilidades variadas de ações e intervenções. Entretanto, também pude vivenciar as dificuldades e o desafio que é trabalhar em equipe. Além de trabalhar e ter que lidar com a diferença da loucura, os profissionais têm que aprender a trabalhar com as diferenças entre si, o que muitas vezes é bem difícil. As construções coletivas acerca dos casos dependem muito da capacidade dos profissionais, em reuniões de equipe, conseguem criar um ambiente acolhedor, fraterno e horizontalizado, para que todos possam ter voz e conseguir acrescentar seus saberes particulares à discussão. Essa maneira de trabalhar também não é fácil, pois ela vai contra toda uma estrutura bem enraizada com que nossa sociedade mantém as relações entre seus cidadãos, através de papéis sociais que são mais reconhecidos que outros, de status que possuem mais poder que outros e assim por diante, fazendo com que sempre haja aqueles que mandam e aqueles que obedecem. Por isso torna-se tão difícil uma discussão em que todos possam estar em um mesmo “patamar” de igualdade de participação, uma vez que isso vai à contramão de como estamos habituados a nos relacionar em sociedade. Acredito que esse é o maior desafio em relação ao trabalho em equipe (Psicologia, 2013).

Apreendi que é possível fazer um trabalho em equipe em saúde mental ainda que seja necessário enfrentar alguns desafios não trazidos diretamente pela saúde mental, mas pela dinâmica, organização e divisão do serviço, formações diferentes dos profissionais, quantidade de profissionais, liderança. O mais importante vejo que é como as diferentes opiniões enriquecem quando são respeitadas e valorizadas. E que há uma certa dificuldade de se chegar em uma proposição final em que todos concordem (Enfermagem, 2014).

Lidar com as diferenças, conflitos, afetos e poderes na equipe é um aprendizado coletivo. Entretanto, muitas vezes os conflitos e desalinhamentos apresentam grande dificuldade de serem trabalhados e, nesses momentos, necessitam contar fortemente com um modelo de gestão participativa ou de co-gestão, com metodologia dialética, não no sentido de eliminar conflitos, mas para criar espaços onde eles podem ser explicitados e trabalhados, considerando as várias perspectivas envolvidas, pois estas podem enriquecer o processo e os sujeitos. Trata-se de um processo de negociação permanente do sujeito com seu entorno (Campos, 1998).

O “clima” de trabalho na equipe, portanto, afeta diretamente a potência dos profissionais na produção de saúde aos usuários, independente de outras variáveis. A melhora desse “clima” depende da gestão e só será possível se todos os membros forem respeitados e valorizados (Brasil, 2006).

Assim, para a transformação das práticas assistenciais é preciso coerência entre o modelo de gestão e a proposta institucional. Neste sentido, existe uma indissociabilidade entre os processos técnicos, políticos e os administrativos, que se influenciam e se determinam mutuamente (Campos, 2000).

Os relatos demonstraram o quão intensas foram as experiências dos estudantes no trabalho em equipe, o que parece ser o ponto forte e, ao mesmo tempo, o grande desafio da equipe deste CAPS. E é provavelmente por este motivo que avaliação mais específica sobre o trabalho em equipe do CAPS III Itaim Bibi variou bastante entre os participantes da pesquisa.

A qualidade desse trabalho foi considerada “diferenciada” com relação a outros serviços com **CP**, sendo **AC** pela Enfermagem e Psicologia.

Pude observar que a maior qualidade do CAPS Itaim Bibi é o trabalho em equipe e respeito mútuo, independente da formação profissional. Isso foi um aprendizado que levo sempre comigo (Enfermagem, 2011).

Nunca vi igual. A equipe multiprofissional se comunica para fazer um plano terapêutico comum e não planos individuais por especialidade (Enfermagem, 2014).

Pude observar que o CAPS Itaim tem uma equipe multi de certa forma privilegiada, em comparação ao CAPS que fiz estágio anteriormente, e que o trabalho em equipe faz diferença no cuidado da pessoa com transtorno mental. Existem divergências de opiniões, abordagens diferentes, posturas diferentes, nem sempre há concordância em todas as decisões entre os profissionais, no entanto isso também faz parte do trabalho em equipe. Os diferentes saberes acabam se combinando na Saúde Mental e mostrando-se muitas vezes similares, em comum (Enfermagem, 2014).

A equipe foi considerada “colaborativa, integrada, protagonista, comprometida em articular a rede de serviços” com **CP**.

A equipe é muito boa e colaborativa. Além disso, as reuniões de equipe são muito ricas para aprender sobre planos terapêuticos e manejo de situações de conflito (Enfermagem, 2011).

[...] considerei importante perceber como os técnicos estão comprometidos em articular a rede de serviços com os demais equipamentos de saúde e assistência social, providenciando reuniões mensais com locais que atendem população em situação de rua, por exemplo (Serviço Social, 2014).

A equipe foi considerada “receptiva, acolhedora e aberta à interação com os estagiários” com **CP**.

Entretanto, um comentário de uma das terapeutas ocupacionais mostra-se importante para reflexão da equipe a respeito da interação e do cuidado com os estagiários e da organização dos estágios no serviço:

Na época em que estive no CAPS III Itaim Bibi não senti muito suporte da equipe, que nem ao menos deram atenção para o estudo de caso que realizamos. No CAPS que atuo os estagiários tem mais suporte, estamos mais próximos e somos mais cuidadosos quanto a participação desses com os usuários, além de fazermos estudos rotineiros com toda a equipe, na minha opinião, a equipe era um pouco solta e desligada com os estudantes (T.O., 2011).

A equipe foi considerada “com muitas demandas e sobrecarga de trabalho pesado e desgastante” com **AC**:

O trabalho em saúde mental em um serviço de atenção secundária pode ser muito desgastante para a equipe de profissionais e que as demandas são muitas, sendo que o serviço nem sempre tem estrutura para atendê-las (T.O., 2011).

[...] parece-me que há uma sobrecarga dos profissionais, já que a equipe está reduzida e dentre outros fatores, o que gera um estresse muito grande nos profissionais (Enfermagem, 2014).

É um trabalho pesado, em que lidamos com usuários em situações graves, pois é um CAPS III, então você tem que querer aprender e estar preparado para situações difíceis, que podem te deixar esgotado no final do dia (Psicologia, 2013).

A participação dos profissionais da limpeza, da copa e da segurança foi considerada importante no acompanhamento dos usuários e também apresentou **AC**.

A participação e validação dos profissionais da limpeza, copa e segurança são fundamentais, e contribuiu demais na minha formação (T.O., 2009).

Ouvir todos os profissionais que tem contato com o usuário, principalmente quando uma funcionária da limpeza⁵³ virou referência no cuidado do usuário porque ela q tinha vínculo com ele (T.O., 2009).

Pra mim foi marcante também o fato da funcionária da limpeza (ou copa) participar da reunião e ser componente da equipe (T.O., 2010).

Não percebi a equipe de limpeza no trabalho conjunto com a equipe de terapeutas. Porém, considero importante sua articulação junto aos usuários (Enfermagem, 2014).

A presença desses funcionários nas reuniões foi uma característica deste serviço nos anos de 2009 e 2010, tendo sido modificada por conta de sentimentos de sobrecarga, por ainda precisarem realizar suas tarefas específicas.

Atualmente, os profissionais da limpeza, da copa e da segurança buscam a equipe de Coordenação de Período ou outro sujeito da equipe com quem possuem maior afinidade, para discutirem sobre casos, dúvidas e dificuldades que surgem no cotidiano.

E. Situações vivenciadas que foram fundamentais para a formação

A única assertiva que teve **AC** em todas as categorias foi: “A prática do serviço (trabalho vivo em ato) é fundamental para a formação profissional”.

O conceito de “trabalho vivo em ato”, elaborado por Emerson Merhy, foi apresentado por uma das participantes da área da T.O. na 1ª. Rodada. Na 2ª. Rodada, a assertiva foi aceita com **AC** pelos demais.

---

⁵³ O nome da pessoa foi substituído por *funcionária da limpeza*.

Não sei explicitar muito, mas acho que a prática no serviço foi o principal para meu processo de formação. Ficávamos muito pouco com a técnica e a professora responsáveis pelo estágio, assim, a formação se deu no/pelo "trabalho vivo em ato", e principalmente na questão do vínculo com os usuários e manejo de situações críticas para mim, mas nem sempre de crises desses sujeitos e da instituição (T.O., 2009).

Segundo Merhy (2002), o “trabalho vivo em ato” é o trabalho humano que acontece no exato momento em que é executado, no ato do encontro com o outro, a partir da interação com diversos tipos de tecnologias. Este processo de trabalho configura modos de produzir o cuidado.

Acredito que a associação deste conceito à experiência por esta participante tenha sido realizada a partir de suas elaborações e reflexões posteriores ao estágio. Isto porque ela realizou Aprimoramento em SM e Saúde Pública na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), formação na qual provavelmente este conceito foi discutido e que lhe possibilitou novas conexões de sentidos.

Outra assertiva obteve **CP** por todas as categorias: “Houve aprendizado sobre trabalho intersetorial”.

Em um relatório final de estagiária de Psicologia de 2013, o princípio da intersetorialidade foi apontada como importante nas ações desenvolvidas pelo CAPS:

[...] e também de atuar no território, desenvolvendo relações com os diversos recursos existentes no âmbito da comunidade, uma vez que o princípio da intersetorialidade determina que os serviços de atenção psicossocial devam sair da sede do serviço e buscar na sociedade relações que complementem e ampliem os recursos já existentes, tanto no âmbito da própria saúde, como na educação, no esporte, no lazer e em todos os outros da sociedade.

Na 1ª. rodada, a experiência com trabalho intersetorial apareceu somente sobre o trabalho do CAPS em conjunto com o Museu Brasileiro de Esculturas (MUBE) realizado pelo grupo Bate Pernas Sem Fronteiras, o trabalho desenvolvido com os Centros de Acolhida (“albergues”) e equipe de Consultório de Rua e algumas vivências relacionadas ao Cordão Bibitantã e ao Bar Bibitantã.

Em um relatório mensal de uma estagiária de Serviço Social de 2014, verificou-se sua participação na articulação do serviço com outros setores, o que também dialoga com aprendizagem de trabalho de construção de rede:

Reunião com equipamentos da região de Pinheiros que trabalham com população em situação de rua para discussão de situações de usuários [...]. A reunião contou com a participação de técnicos do CRAS, Consultório de Rua, UBS da região e Centro de Acolhida da reunião.

Reunião com os equipamentos que são braços de ação da Defensoria Pública do Estado no território. Estiveram presentes os técnicos do CAPS Itaim, do Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria (CAM) e da Regional Criminal da Barra Funda. O objetivo da reunião era conhecer o processo de trabalho da Defensoria e de relatar o processo de trabalho do CAPS, a fim de articular uma rede entre os equipamentos e propor soluções conjuntas para situações dos usuários que tanto chegam com demandas psicossociais à Defensoria quanto com demandas jurídicas ao CAPS Itaim.

Outras assertivas tiveram **AC**, com variações de graus entre alguns grupos.

Embora a participação dos estagiários nas reuniões tenha sido considerada mais passiva e apresentou dificuldades na comunicação, a assertiva “As reuniões foram espaços para reflexões sobre o cotidiano e construções coletivas” obteve **AC**, com **CP** da Enfermagem e Serviço Social:

Mas diria que os atendimentos individuais e as reuniões de equipe foram bem importantes. Recordo também que nesta reunião a equipe discutia assuntos que afligiam os profissionais, como um dia em que foi necessário conter uma paciente e isso gerou uma reflexão sobre em quais casos isso era realmente necessário e se isso era uma reprodução da lógica manicomial (T.O., 2010).

A equipe neste local era composta por muitos profissionais. Aprendi que mesmo com esta característica é possível reunir as pessoas, discutir casos, escutar o outro e traçar condutas conjuntas (T.O., 2010).

[...] destaco as reuniões com as equipes (tanto a reunião geral, como as da miniequipes, as reuniões com a rede ecosol e com o coletivo O Bar Bibi e não poderia deixar de lembrar as assembleias semanais do CAPS). Foram essenciais, pois era o momento no qual refletíamos coletivamente sobre o cotidiano de trabalho, bem como a

partir delas, poderíamos ser levados a pensar solitariamente naquela experiência (Psicologia, 2012).

As situações fundamentais para o aprendizado foram a parte em que convivemos com a equipe, reuniões para tratar e dar a assistência para cada usuário (Enfermagem, 2014).

Creio que a reunião de equipe foi a que mais me trouxe conhecimento, pelo fato de entender como funciona desde o primeiro atendimento com o usuário, discussão das situações, os encaminhamentos e o trabalho inter e multiprofissional (Serviço Social, 2014).

Uma estagiária de Psicologia de 2013 apresentou no seu relatório final as percepções que teve sobre as discussões realizadas em reuniões de mini equipe:

Discussão de questões institucionais, como a sobrecarga dos profissionais, as violências no ambiente de trabalho, as dificuldades e conflitos interpessoais, as cobranças e os descasos de alguns membros da equipe, os atrasos em reuniões, as falas atravessadas que atrapalham o andamento das discussões. Assim como, os sentimentos e opiniões em relação à reorganização das equipes.

Este relato aponta que a reunião de mini equipe pode também ser um espaço para expor e discutir sobre os problemas nas relações interpessoais e nos processos de comunicação da equipe, embora, como identificado anteriormente, nem sempre aconteçam resoluções eficientes.

A assertiva “O espaço de convivência/ ambiência foi importante para o contato com a loucura” obteve **AC**, com **CP** pelo Serviço Social.

Acredito que acompanhar o espaço da convivência foi essencial, pois é um espaço que normalmente angustia muito os profissionais, logo ter tido uma experiência cuidada, com supervisão e discussões sobre esse espaço me ajudou em reflexões no meu trabalho e nas reflexões sobre o cuidado em saúde mental (T.O., 2010).

A convivência com os usuários do serviço me propiciou um melhor entendimento do contexto de vida de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes (T.O., 2011).

Difícil descrever, foram muitos momentos únicos, de histórias de sujeitos, de vivências, de emoções, de intervenções. [...] acredito que o fundamental do estágio foi a convivência com o sujeito dito louco, o momento da ambiência, ou seja, da convivência, no cotidiano, com

os usuários, para mim, foi o principal ganho. O encontro com o sujeito dito louco, sua singular maneira de existir e estar no mundo, sua forma de se relacionar, a aproximação com esse outro jeito de ser. Tudo isso me fez ter inúmeros questionamentos sobre o que vem a ser a loucura, realizando, assim, problematizações a respeito desse conceito, tão intrigante e complexo. Félix Guattari (1993) defende que é somente desenvolvendo em torno da loucura uma vida coletiva em instituições apropriadas que ela poderá mostrar seu verdadeiro rosto que não é o da violência ou da estranheza, mas sim o de uma relação diferente com o mundo (Psicologia, 2013).

A assertiva “Houve aprendizado sobre acompanhamento de usuário e construção de Projeto Terapêutico Singular” teve **AC**, com **CP** também somente pelo Serviço Social.

Nos relatos apareceu a importância da construção dos vínculos e também de ações como: visitas domiciliares, atendimentos familiares, busca ativa e atenção à crise.

Toda a experiência, desde a escolha do estágio e, depois, das atividades e usuários que fui acompanhando. A minha história com esses usuários me marcou muito, exatamente na questão fundamental do trabalho que considero ser o vínculo e a escuta (T.O., 2009).

Acompanhamento individual, atenção à crise, visita domiciliar, atendimento familiar, escuta real nos espaços de convivência, trabalho em equipe, vínculo com o usuário (T.O., 2009).

Foi fundamental conhecer os pacientes e acompanhá-los por um período, pensando em intervenções e projetos. Pude ver pessoas em crise e posteriormente acompanhá-las realizando as atividades do cotidiano normalmente, o que colaborou para uma visão ampliada de sujeito. [...] Também foi importante ter contato com as evoluções em prontuário e as reuniões de equipe (T.O., 2010).

Acompanhamento de dois casos com discussões com referências e na mini equipe. Esse acompanhamento foi fundamental para a compreensão enquanto estagiária da complexidade que abriga cada caso. Desenvolver vínculo, lidar com dados da vida da pessoa de forma ética, responsável e implicada mostrou-se um desafio (T.O., 2010).

Mas acredito que as mais marcantes foram as do acompanhamento terapêutico em dupla com dois usuários do serviço. Era o momento em que eu e minha dupla estávamos em contato com o usuário sem intermédio de nenhum profissional, criando e produzindo o encontro por nós mesmas, e depois fazendo a ponte com o serviço/equipe (T.O., 2011).

Confiança do T.O. responsável no atendimento dos estagiários para com os usuários. Autonomia. Responsabilização pelo tratamento, etc. (T.O., 2011).

Participação na referência de dois casos. No primeiro caso senti que pude contribuir muito pouco, pois era um caso difícil e que eu nunca havia estudado nada parecido. Aprendi bastante, vendo as condutas das outras referências. No segundo caso, mais simples, pude contribuir mais e participar mais ativamente, atendendo individualmente. Creio que esses casos foram de extrema importância para a minha aprendizagem, pois foi um dos momentos em que realmente tive que me colocar como profissional (Psicologia, 2013).

Acho que o falecimento de um paciente, em quem a equipe estava investindo muito; realizar visitas domiciliares a uma paciente e me relacionar também com a família; realizar busca ativa de alguns pacientes; tentar conter fisicamente um paciente que estava em surto (Enfermagem, 2013).

Durante o estágio tive a oportunidade de participar do referenciamento e acompanhamento de uma usuária do CAPS que havia sofrido um acidente e estava na época convalescente de fraturas em um membro superior e um membro inferior. A equipe se propôs a realizar visitas domiciliares todas as semanas a essa usuária e atender às demandas da sua família em relação ao cuidado domiciliar e terapia. A questão do vínculo entre serviço e usuário ficou para mim definida com muita clareza (Enfermagem, 2013).

Os atendimentos feitos com a equipe dos usuários que acompanhei durante o ano, como planejar o PTS junto com as referências dos usuários, a convivência com os usuários diariamente, os momentos de crise que pude acompanhar e ajudar com a equipe multidisciplinar o melhor a ser feito (T.O., 2014).

Em relato da 1ª. Rodada e em um relatório final de estagiária de Psicologia, apresentou-se a compreensão da influência dos determinantes sociais nos processos de saúde-doença:

É possível também ter um aprendizado rico com essas pessoas que não só usam o serviço, mas o faz todos os dias, pois é possível ver de perto que não se trata só de uma doença, ou um tratamento, e sim uma complexidade de determinantes, formas de viver, de trabalhar, histórias de vida, aspectos sociais, econômicos e familiares, que compõem essas pessoas, quem elas foram e onde estão hoje (Enfermagem, 2014).

Assim, tanto o processo de saúde como o de adoecimento, falará de um sujeito que, com suas características biológicas e psicológicas,

insere-se em um meio social, no qual constrói suas relações e histórias de vida (Relatório final de Psicologia, 2013).

Compreende-se, portanto, que ao possibilitar ao estudante o contato com sujeitos em sofrimento psíquico em serviços como o CAPS, que buscam funcionar a partir dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, é possível contribuir para com a desmistificação da loucura (Borges, 2012) e a ampliação do conceito de saúde/saúde mental, a partir da compreensão da influência dos determinantes sociais e da singularidade dos sujeitos em seus contextos, contrapondo-se ao reducionismo biomédico com foco em patologias (Jurdi et al., 2014).

No relatório final elaborado por uma estagiária de T.O. em 2010, foi descrita uma situação e o desafio que ela vivenciou, junto à outra estagiária, durante o acompanhamento de um usuário pelas ruas da cidade:

Aconteceu algumas vezes de P. reclamar da piora das vozes quando em lugares públicos, dizendo que as pessoas estavam o “passando vozes” (sic). Nesses casos, aconteceu do usuário falar alto e gritar com as pessoas na rua, culpando-as do seu sofrimento. Não sabíamos como lidar com essas situações inicialmente. No decorrer do acompanhamento construímos a idéia de que ao frequentarmos lugares públicos, estamos vulneráveis a ouvir coisas e pessoas, mesmo que esse não seja nosso desejo, sendo essa uma questão da vida em sociedade. Nos momentos de muita agitação e fala agressiva com desconhecidos na rua, fomos tentando chamá-lo para a situação da conversa conosco, solicitando que se concentrasse nessa relação e não nas vozes.

Nesta situação relatada, as estagiárias apresentaram o processo de desenvolvimento de capacidade de mobilizar conteúdos apreendidos em situações reais, para a desconstrução do modelo de controle e de tutela e construção de novos modos de se relacionar com a loucura (Barros; Claro, 2011).

A produção do cuidado no território é, assim, atravessada por afetos, pela disponibilidade para o inusitado, estabelecimento de vínculos, entre outros elementos não realizados na formação tradicional (Santos et al., 2015).

Em outro relatório quinzenal desta mesma estagiária, foi relatada a delicadeza do acompanhamento de outro usuário e do projeto desenvolvido com ele na sua residência:

Ao chegarmos em sua casa retomamos a idéia de ir ao Ceasa para comprar mudas de plantas, com o intuito de refazer sua horta e de organizar o jardim da casa. Sua mãe estava em casa e então F. pode pedir dinheiro a ela para realizarmos isso. Durante trajeto fomos conversando com F., perguntando sobre sua vida, sobre coisas que gosta e faz.

Uma das estagiárias de Serviço Social de 2014 apresentou em seu relatório mensal sua experiência de ajudar um usuário na conquista do seu direito pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC), o que incluiu seu acompanhamento ao Fórum Criminal da Barra Funda para resolver pendências criminais, necessário para o desbloqueio de seu título de eleitor. Este acompanhamento mostra um trabalho importante no sentido do resgate e do fortalecimento da cidadania do usuário.

A assertiva “As supervisões multiprofissionais ou acompanhamento de algum profissional específico do serviço foram fundamentais” teve **AC**, com **CP** pela T.O.

Alguns comentários expressam a importância do supervisor não somente como apoiadores teóricos e técnicos, mas também, psíquicos e emocionais, como apontado no Capítulo 3 com base em Santeiro (2012).

Minha participação no começo era receosa, com medo (chorava os três dias). Após acolhimento das supervisoras locais⁵⁴, me soltei e adaptei (T.O., 2009).

Entendo como importante estreitar as atuações entre equipe e estagiários. Há um tempo no cotidiano de um serviço de saúde mental que por vezes não permite essa aproximação (T.O., 2010).

Os momentos de supervisão também foram fundamentais, pois podíamos refletir sobre nossas ações e sobre o perigo de utilizar as atividades apenas "para ocupar o tempo", mesmo que fizéssemos isso às vezes sem intenção (T.O., 2010).

[...] a única coisa que acho de extrema importância e que muitas vezes não acontecia de forma tão regular, pela dificuldade e incompatibilidade de horário e não por desinteresse, é ter a supervisão clínico-institucional com algum profissional da equipe de caráter semanal, acho de extrema importância, além de termos a

---

⁵⁴ Os nomes das pessoas foram substituídos por *supervisoras locais*.

supervisão na faculdade com nossos professores, ter um acompanhamento mais próximo de algum profissional da equipe do CAPS, para nos orientar e refletirmos sobre questões pertinentes do cotidiano e trabalho, assim como trocarmos sensações e sentimentos referentes ao mesmo (Psicologia, 2013).

Supervisão de estágio com o Gestor - as estagiárias conversavam sobre o estágio, e aprofundavam seu conhecimento sobre as patologias e os usuários do CAPS. No início foi um momento muito bom, em que aprendíamos bastante, porém depois de algum tempo deixou de fazer sentido, e as reuniões gradualmente ficaram menores e pararam de acontecer. Acho importante comentar que, além dessa reunião, também fazíamos supervisão na Universidade, com duração de 3 horas (Psicologia, 2013).

É importante que o espaço de supervisão não se reduza às ações de fiscalização, mas que seja de apoio e facilite os processos reflexivos sobre o vivido, buscando favorecer a autonomia responsável, catalisar processos democráticos e interdisciplinares de comunicação, de trabalho e de tomada de decisão e, por conseguinte potencializar suas capacidades de intervenção (Peduzzi; Oliveira, 2009; Soares et al., 2010b; Santos et al., 2011). Além disso, a supervisão deve favorecer a apreensão sobre o compromisso em relação ao cuidado, a potencialidade do fazer e estar junto e do rompimento com o estatuto de verdade do saber profissional (Jurdi et al., 2014).

A assertiva “Os estudos teóricos e a elaboração de relatórios reflexivos e/ou estudos de casos foram importantes” também obteve **AC**, com **CP** pela Enfermagem e **BC** pelo Serviço Social. Esses resultados dialogam com os estilos e a qualidade dos estudos e dos relatórios ou trabalhos finais (Estudo de Caso) desenvolvidos pelos estagiários de cada curso, como apontado anteriormente.

[...] com tudo isso lemos textos e realizamos discussões com a professora e técnica responsáveis por esse estágio, enriquecendo a experiência. Também são realizados relatórios que ajudam a pensar mais a respeito da experiência vivida (T.O., 2010).

Acredito que o estágio permitiu um contato interessante com a realidade e também alguns estudos, discussões e relatórios que colaboraram para minha formação (T.O., 2010).

[...] as reflexões e os estudos deram grande base e suporte teórico para minha prática profissional (T.O., 2011).

Para o relatório final, estudei um pouco sobre a doença da paciente que acompanhei, elaborei um plano de cuidados e coloquei em prática técnicas de comunicação terapêutica (Enfermagem, 2011).

A assertiva “O espaço de convivência/ambiência era vazio de contato. O vazio institucional era intenso” teve **BC**, com **CP** somente pelo Serviço Social. Deste modo, compreende-se que, na percepção dos participantes, a convivência do CAPS não é vazia de contatos. É possível que as estagiárias de Serviço Social tenham tido pouca possibilidade e autonomia para circularem sozinhas e se relacionarem com os usuários neste espaço.

A afirmativa “O espaço de convivência/ ambiência mobilizou muitas angústias nos estudantes, profissionais e usuários” obteve **CP**.

A proposta do estágio que realizei foi de participarmos mais da convivência, [...]. Em alguns momentos ficávamos mais angustiadas e não havia um profissional tão próximo no momento para discutirmos ou nos acolher, mas acredito que esses momentos fazem parte da vivência do CAPS e não expressa nenhuma negligência por parte da equipe. (T.O., 2010)

Acredito que acompanhar o espaço da convivência foi essencial, pois é um espaço que normalmente angustia muito os profissionais (T.O., 2010).

Apesar do pouco tempo pude vivenciar o espaço da convivência e ver como, por vezes, é difícil e vazio de contato é este serviço de saúde mental. Muitas vezes me angustiei por estar ali e senti o que os usuários me diziam, o vazio institucional era intenso. Entretanto pude também junto com eles modificar um pouco isto e ficar mais próximo, quando o estar junto trazia alívio do sofrimento e alegria (T.O., 2010).

Segundo Nicácio (2003, p. 193), “as diversas formas de convivência informal ou de espaços grupais não significam, necessariamente, a ruptura com a lógica manicomial do *lugar zero de trocas*”. Em alguns momentos, podem significar uma “simples absorção de demandas” e, em outros, “operar como ordenação do espaço/tempo institucional”, o que reafirmariam a existência de um vazio e inércia institucional, pelo empobrecimento das relações afetivas e das trocas.

As angústias e tensões vivenciadas, quando não discutidas e elaboradas pela equipe, podem gerar resistências aos contatos e levar à formulação de respostas

rápidas, descontextualizadas e privadas de sentido como, por exemplo, a construção de “grades de atividades” e de projetos terapêuticos reduzidos ao tema da frequência dos usuários no CAPS.

Circular pela ambiência pode suscitar, portanto, muitas angústias, pela abertura que se propõe ao outro, ao inesperado e ao inusitado, que não pressupõe atitudes e ações pré-concebidas ou determinadas. Apesar disso, é a abertura à alteridade que possibilita novos encontros, relações, agenciamentos, criações de projetos, de redes e de gestos criativos.

Convivência é, portanto, uma produção aparentemente simples, porém complexa, na qual se evidenciam diversas possibilidades e impasses. É fundamental buscar compreender os diferentes sentidos das presenças dos sujeitos, relacionando-os às histórias e contextos de vida e aos PTS de cada um, bem como lidar com suas múltiplas demandas e o lugar do serviço nas relações sociais (Nicácio, 2003).

Um dos dispositivos do CAPS que tem como um de seus objetivos a participação na produção de convivência é a Coordenação de Período.

A participação em equipe de Coordenação de Período como contribuição para a formação teve **CP**, com **AC** pela Psicologia.

A participação em Coordenação de Período contribuiu para que eu tivesse noção do que acontece no dia-a-dia do CAPS, pois era o momento em que trocava ideias e experiências com os profissionais, e que podia andar pelo CAPS vendo o que os usuários fazem fora do horário de atendimento e de grupo, e conversar com eles (Psicologia, 2013).

Durante participação em Coordenação de Período aprendi/realizei: Conversas com os profissionais sobre dúvidas e funcionamento do CAPS, Discussão sobre as intercorrências do serviço, Colaboração nas atividades necessárias ao funcionamento da instituição, como substituição do guarda por alguns minutos, ajuda aos usuários para pegar pertences no almoxarifado, ajuda na cozinha para o almoço; Atividades externas ao CAPS com os usuários como acompanhamento à biblioteca do bairro, à UBS “Magaldi”, entre outras; Acolhimento, Ambiência, Leitura de prontuários, Atendimento de telefonemas e Passagem de Coordenação (Psicologia, 2013).

Acredito que os períodos em que fiquei na coordenação foram muito produtivos, pois além de aprender a lidar com os problemas cotidianos do serviço, conseguia me relacionar com os usuários que estavam no serviço e, também, com os profissionais (Enfermagem, 2014).

A participação em Coordenação de Período é um ponto importante para ser cuidado pela equipe de forma mais atenta com relação à composição com os estagiários, para potencializar a participação deles nesse dispositivo do serviço, que oferece possibilidades de aprendizagens diversas como: produção de convivência, trabalho em equipe, compreensão do funcionamento institucional, articulação de rede, manejo de situações de crise e de conflitos, realização de Acolhimentos e responsabilização pelos fluxos de informações.

A assertiva “Houve aprendizado sobre acompanhamento de usuários em grupos” teve **CP**, com **AC** pela Psicologia.

Nos relatos, diversos grupos e coletivos desenvolvidos no CAPS foram mencionados: Grupos de Acompanhamento, Comunicação/ Desparafuso⁵⁵, Corpo e Movimento, Bate Pernas Sem Fronteiras, Cordão Bibitã, Oficina de Futebol, Conversando sobre a loucura, Ouvidores de Vozes⁵⁶, Oficina de Mitos⁵⁷ e Assembleia. O grupo Pintando o 7 e outros coletivos mais recentes, como Gesto Criativo, não foram mencionados.

Algumas vezes tive que coordenar sozinha os grupos de ouvidores de vozes e conversando sobre a loucura. Isso me deu experiência em coordenação de grupos, mesmo em situações de conflitos (pessoas com sintomas muito exacerbados que dificultavam a condução do grupo) (Enfermagem, 2011).

[...] a participação nos grupos, onde podia ver os usuários fora do contexto CAPS, e participar da equipe do grupo, ajudando a planejar e executar ações visando o tratamento e a melhora na qualidade de vida dos usuários (Psicologia, 2013).

Tem os grupos que te possibilitam uma experiência incrível, onde o partilhamento da experiência é mutuo e você percebe o significado de pertencimento a um grupo para os usuários (T.O., 2013).

---

⁵⁵ O grupo foi criado em 2009 com o nome Núcleo de Comunicação/ Fanzine. Com a saída e entrada de profissionais, a proposta se modificou e o novo nome, Desparafuso, foi escolhido pelos próprios usuários participantes.

⁵⁶ Esta oficina finalizou-se em 2013.

⁵⁷ A Oficina de Mitos, que acontece em uma Biblioteca Municipal de Pinheiros, passou a acontecer de forma paralela ao CAPS após a saída de um dos integrantes do colegiado gestor, que coordenava esta oficina em parceria com umaicineira.

Um trecho do Relatório Final de estagiária de Psicologia de 2013 apresenta reflexões acerca de sua experiência nas Assembleias, importante dispositivo de gestão participativa, a partir do exercício democrático, do protagonismo e do aumento de contratualidade dos participantes:

No que se refere a minha participação semanal durante esse ano nesse dispositivo, posso concluir que, por mais dificuldades que possam ser encontradas em sua realização, por conflitos que todo encontro com um coletivo possui, ele consegue cumprir as funções a que se propõe a partir de reflexões constantes sobre o que é uma Assembleia e qual a sua importância dentro do CAPS, de discussões e efetivas mudanças no cotidiano do serviço, nos espaços de convivência, na construção coletiva de opiniões e sugestões de encaminhamentos, assim como de problematizações de questões políticas e sociais, caracterizando-se como um espaço de potência coletiva de elaboração e tomada de decisões, contando com a participação dos usuários enquanto protagonistas nos processos que envolvem sua saúde, não só o que se refere ao processo de seu tratamento, mas ampliando-se para o processo de sua vida, envolvendo aspectos cotidianos, culturais, sociais e políticos [...] O que acontece na Assembleia poderia ser entendido como uma representação em menor escala da própria função que a rede substitutiva ao modelo asilar vem ocupar: fazer a loucura caber em nossa sociedade, respeitando-se as singularidades e modos de ser de cada um.

Com base na cultura grega, Campos (1998) compreende democracia como a possibilidade de criação de espaços para ampliação de discussões e participação nas decisões coletivas. E este é um exercício proposto nas Assembleias, pela ideia de que os processos produtores de sujeitos-cidadãos, capazes de resistir às determinações adversas do meio, são essenciais para a construção de um novo modelo de assistência e de sociedade. Ao refletir sobre novas utopias, vislumbram-se, assim, equipes capazes de lidar com os saberes estruturados, com o instituído, e que consigam escapar de suas formas de controle.

A afirmativa “Houve aprendizado sobre trabalho territorial” teve **CP**, com **AC** pela T.O. e Psicologia e **BC** pelo Serviço Social.

[...] atendimentos e visitas domiciliares compartilhadas com profissionais do CAPS, saídas com usuários em atividades diversas (acompanhamentos em atividades cotidianas, reconhecimento pelo bairro, passeios), grupos de jornal, samba enredo, artesanato, futebol

(e Copa da Inclusão), reuniões do Bar Bibi-Tantã e da Ecosol, feiras e eventos de Ecosol, [...] (T.O., 2009).

O fato de estar bem localizado também permitia explorar o território com os usuários do serviço, sempre pensando nos objetivos de cada proposta para cada paciente e também nas limitações de um estágio de 150h semestrais (T.O., 2010).

Residência Terapêutica - participei de assembleias da casa, festas, discussões teóricas sobre o "morar". Identifico como uma participação que contribuiu para a minha formação teórico-prática ao mesmo tempo que não se caracterizou como invasiva do local onde essas pessoas moram pois foi construída com cuidado e delicadeza (T.O., 2010).

A equipe se propôs a realizar visitas domiciliares todas as semanas a essa usuária e atender às demandas da sua família em relação ao cuidado domiciliar e terapia (Enfermagem, 2013).

Acompanhei o grupo Bate Pernas Sem Fronteiras durante todo o meu estágio. Foi a experiência da qual mais me beneficieei e mais gostei de participar. Esse foi o único momento em que pude ver e conviver com os usuários fora do CAPS [...] tenho a opinião que esse grupo não é um grupo de tratamento, mas de promoção de saúde e convívio social, algo que muitas vezes senti falta dentro do CAPS. Tenho a impressão de que o Bate-Pernas e o Bar Bibitã são os grupos que mais beneficiam os usuários (Psicologia, 2013).

Atividades externas ao CAPS com os usuários: Acompanhamento à biblioteca do bairro, à UBS "Magaldi" e à padaria para um usuário comprar cigarro, entre outras (Relatório Final de estagiária de Psicologia em 2013).

Na Revisão Integrativa vimos, com base em Neves et al. (2010), que o desenvolvimento de competências e de habilidades como escutar, acolher, criar vínculos, incluir os sujeitos em atividades coletivas, entre outras, é mais complexo na atenção territorial.

Apesar da complexidade, os resultados evidenciam que as experiências dos participantes da pesquisa com relação ao trabalho desenvolvido no território durante seus períodos de estágios foram positivas e significativas.

A **BC** pelo grupo de Serviço Social, apesar das visitas domiciliares, da participação nas atividades do Futebol no Parque do Povo e em reuniões com as equipes de atendimento às pessoas em situação de rua e do acompanhamento de usuário em processo de conquista do BPC, pode ser uma avaliação de que essas experiências foram insuficientes para a compreensão do cuidado na perspectiva do

território. Talvez isso seja reflexo da curta duração do estágio e da ausência de conteúdos relacionados à Saúde Mental na grade curricular desses estudantes que pudessem dialogar com a prática.

Além da convivência, dos grupos e dos atendimentos que acontecem no espaço intramuro do CAPS, a promoção do cuidado integral também conta com ações desenvolvidas no território. Para que este trabalho seja possível, é necessário o enfrentamento de barreiras e construção de acessos à rede de serviços de saúde, de Economia Solidária, de cultura, esporte e lazer, redes familiares, sociais e afetivas, de moradia, entre outras.

Território pode ser entendido como um espaço delimitado geograficamente, construído historicamente e que possui relações culturais e socioeconômicas a serem conhecidas. Amplia-se o conceito de território ao incorporar a ele “[...] elementos que o qualificam também como espaço demográfico, epidemiológico, tecnológico, econômico, social e político, inserido numa totalidade histórica, na qual diferentes sujeitos se articulam em torno de suas necessidades e interesses [...]” (Almeida; Oliver, 2001, p.88).

As ações territoriais exigem que se compreenda a saúde na perspectiva da integralidade e deve-se considerar que o sujeito e seu contexto (social, cultural, etc.) são indissociáveis e cada caso requer estratégias singulares “[...] de aproximação, de reconhecimento e de compreensão enquanto processo” (Almeida; Oliver, 2001, p.17).

Para Saraceno (2001), território é uma força viva de relações, para além da área geográfica em que se delimita uma área como o locus de ação. Território é o locus de vida das pessoas. O autor ainda aponta sobre a necessidade do sujeito em sofrimento psíquico desenvolver um grau elevado de “poder contratual” em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos e às possíveis trocas (materiais e afetivas) com os outros sujeitos, para que seja possível o habitar, pensado aqui como possibilidade de habitar o território.

Apropriando-se do espaço, o sujeito passa a habitá-lo. Os sentimentos de pertencimento e de apropriação geram segurança e confiança, importantes para a ampliação da circulação, das trocas, da participação sociocultural, do acesso aos serviços e das construções de redes.

A produção de rede implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território. Ela coloca em questão a relação entre eles, os entrelaçamentos entre os

diversos serviços, atores, movimentos e políticas, sendo, portanto, heterogênea (Brasil, 2009a). Neste sentido, o CAPS é parte da rede e deve operar com essas articulações e agenciamentos.

O sujeito em sofrimento psíquico geralmente vivencia uma fragilidade ou ruptura nos laços sociais e na articulação entre as diferentes dimensões do cuidado, o que evidencia a necessidade da construção e fortalecimento de redes de atenção e de suporte social (Muramoto; Mângia, 2011).

Este trabalho deve ser, então, desenvolvido pelo serviço, apesar das inúmeras barreiras que se apresentam, como: as resistências dos sujeitos ao contato e aproximação dos profissionais, as dificuldades de acesso ao território, as demandas que se apresentam como urgentes no interior dos serviços e a tendência de centralizar o trabalho dentro da unidade (Kemper et al., 2015).

Kemper et al. (2015) ainda apontaram que, uma boa formação em saúde deve operar com as diferentes conexões e potencialidades da rede e investir em possibilidades de acompanhamento e vinculação tanto no serviço quanto no território.

Nesse sentido, a formação deve implicar os profissionais de saúde numa perspectiva de integralidade, em que o cuidado engloba as diferentes necessidades, valoriza a autonomia e é compatível com a realidade social e afetiva de cada sujeito. Assim, se faz possível não apenas a qualificação da rede de cuidados na saúde pública, mas um enriquecimento de redes existenciais, favorecendo o exercício crítico e permitindo trazer, para o campo da atenção, os lugares de produção de vida, troca e encontros potentes, que são palco de novas possibilidades de cuidado e de cidadania (Kemper et al., 2015, p. 1001).

A assertiva “Houve aprendizado sobre construção de rede” teve **CP**, com **AC** pela Psicologia.

No eixo “Influência da experiência do estágio na sua formação”, com relação ao “conhecimento sobre Rede de atenção”, houve **AC**, com **CP** pelo Serviço Social.

Nos relatos, foram citadas as parcerias com UBS, Pronto Socorro, equipe de Consultório de Rua e rede de Economia Solidária.

O estágio no CAPS III é riquíssimo [...], pois possibilita uma experiência vasta e aprofundada no que se refere ao funcionamento deste serviço; às políticas públicas relacionadas à saúde mental; ao

funcionamento da rede de serviço de saúde mental, assim como a articulação entre os mesmos (T.O., 2010).

[...] também considerei importante perceber como os técnicos estão comprometidos em articular a rede de serviços com os demais equipamentos de saúde e assistência social, providenciando reuniões mensais com locais que atendem população em situação de rua, por exemplo (Serviço Social, 2014).

A experiência que tive no Bar também foi muito importante para mim, pois eu pude compreender um pouco o funcionamento da economia solidária dentro de um serviço de saúde mental. Outra experiência que gostei muito foi participar da equipe de pessoas em situação de rua, pois influenciou muito na forma que vejo a saúde mental nos dias de hoje (Enfermagem, 2014).

Os participantes da pesquisa também apresentaram os espaços de supervisões clínico-institucionais, supervisões multiprofissionais e oficinas de reflexões, como dispositivos que influenciaram no processo de formação.

A assertiva “As supervisões/ oficinas de reflexões oferecidas pela Universidade foram fundamentais” teve **CP**.

Os relatos apresentam alguns descontentamentos por parte de alguns sujeitos que realizaram estágio de T.O. e de Enfermagem pela USP. Parte das críticas refere-se ao distanciamento ou, até mesmo, ausência das docentes e/ou técnicas responsáveis pelos estágios pela Universidade:

Na época, apesar de todo o acolhimento das TOs do CAPS, achamos que a profissional que era técnica de estágio ficou muito distante da nossa prática, então, faltava essa ponte mais próxima com o conteúdo da disciplina e até acolhimento das nossas angústias, que direcionávamos para as TOs do serviço. E hoje avalio que faltou, também por parte da docente do estágio, fazer conosco o exercício de nomear as práticas específicas da TO em CAPS, pois a meu ver, ficamos muito mais focados no trabalho mais generalista, como profissional de referência dos casos e de uma equipe (T.O., 2009).

As supervisões eram cansativas, focadas apenas no ponto de vista da professora, e pouco colaborou para minha prática profissional (T.O., 2010).

Eu sugeriria maior planejamento por parte da universidade e maior oportunidades de supervisão com a docente responsável pelo estágio (Enfermagem, 2011).

Gostaria que os objetivos a serem alcançados fossem mais claros (Enfermagem, 2014).

A assertiva “As supervisões clínico-institucionais (SCI), realizadas por profissional externo ao serviço nas Reuniões Gerais ou de Mini Equipes, foram importantes” teve **CP**, com **AC** pela Psicologia.

No entanto, um dos sujeitos pontuou que:

A experiência da supervisão como lugar de reflexão, mas que em alguns momentos parecia pouco aproveitada pela equipe, que em geral, demonstrava certa resistência a esse modelo de proposição de reflexão (T.O., 2010).

No I Congresso Brasileiro de CAPS, em 2004, surgiu a proposta de 'Escola de Supervisores', que se tornou componente da PNSM em 2005. Neste ano, o Programa de Qualificação dos CAPS (QualiCaps) passou a abrir editais sucessivos (2005, 2007, 2008, 2010), que incorporou mais de 200 supervisores clínico-institucionais à rede de atenção psicossocial, com o objetivo de sustentar na prática diária dos serviços a direção da PNSM, sob os princípios da clínica no território e da autonomia de usuários e familiares (Delgado, 2013, p. 23).

Embora as SCI sejam fundamentais e estejam previstas na PNSM, para produção de análise e transformação dos processos de trabalho e dos modos de relação entre sujeitos em uma organização, não houve mais abertura de editais e as verbas para contratação de profissionais qualificados para apoiar o CAPS III Itaim Bibi e outros serviços do município de São Paulo, administrados por Organizações Sociais, foram cortadas em 2013 e, até o presente momento, a equipe encontra-se desassistida.

Em muitos momentos, profissionais buscaram e se dispuseram a pagar supervisões externas ao CAPS, para discussões de casos de difícil manejo. No entanto, além de onerar o trabalhador, não contempla o cuidado sistemático e com visão ampla da instituição, da dinâmica da equipe e das ações desenvolvidas no território.

F. Influência da experiência do estágio na sua formação

Este eixo foi discutido na análise da 1ª. Rodada. Para fins de confirmação, os resultados da 2ª. Rodada reforçam os já apontados anteriormente.

Houve **AC** sobre a experiência no CAPS III Itaim Bibi ter influenciado de forma positiva no sentido da aprendizagem de condutas éticas e de formas mais amplas e humanizadas de se relacionar com as pessoas com sofrimento psíquico.

Em um relatório final, uma estagiária de Psicologia de 2012 assinalou que:

Foram experiências importantes que mais que realizações burocráticas de estágio, obrigatórias, puderam contribuir para refletir o exercício do cotidiano da profissão como uma escolha de vida.

Também foi unânime entre as categorias a **BC** de que “não sentiu que aprendeu a organizar um raciocínio clínico que levasse a um plano terapêutico efetivo, com indicadores eficientes de satisfação da demanda”. No eixo “Expectativas com relação ao estágio”, a afirmação “falta de aprendizagem de raciocínio clínico” também apresentou **BC**.

G. Sugestões/ Propostas de alterações no estágio para o serviço

As duas propostas que apresentaram **AC** por todas as categorias foram:

- ✓ Garantia de que os estagiários participem de determinados espaços e atividades independentemente de mudanças na gestão ou na equipe do serviço.
- ✓ Garantia de participação na realização de Acolhimento de novo usuário.

Sugestões que apresentaram **AC**, com **CP** de apenas uma das categorias foram:

- ✓ Desenvolvimento de Supervisão Multiprofissional.
- ✓ Manutenção da flexibilidade e das possibilidades de escolhas das atividades por parte dos estagiários.
- ✓ Participação em acolhimento noturno e/ou de final de semana.

Sugestões que apresentaram **AC**, com **BC** de apenas uma das categorias foram:

- ✓ Maior tempo, dedicação, organização e abertura aos estagiários por parte da equipe.
- ✓ Participação em grupos de acompanhamento mesmo com o curto tempo de estágio.

Uma das propostas teve **BC**, com **CP** somente pela Enfermagem:

- ✓ Elaboração de um glossário com os principais termos utilizados no cotidiano do CAPS.

Outras propostas foram mais polêmicas e tiveram grande variação de opinião entre as categorias:

- ✓ Maior compreensão da equipe sobre as inseguranças dos estagiários e diminuição de sua expectativa com relação às possibilidades dos mesmos de lidarem com determinadas situações.
- ✓ Discussão sobre patologias e medicamentos.
- ✓ Estabelecimento de funções para os estagiários.
- ✓ Elaboração de um roteiro de acompanhamento e avaliação das atividades que cada estagiário participou.

Todas as propostas que apresentaram AC pelos participantes foram consideradas na construção da proposta de reorganização dos estágios indicada ao serviço e às instituições formadoras, apresentada nas Conclusões.

8 CONCLUSÕES

Realizar esta pesquisa sobre as experiências dos sujeitos que realizaram estágios de graduação, curriculares ou extracurriculares, no CAPS III Itaim Bibi entre 2009 e 2014, foi um desafio.

Primeiramente, ao deparar-me com a perda da maior parte dos registros sobre os estagiários (nomes, contatos e relatórios), que deveriam estar armazenados de forma mais cuidadosa pelo serviço. Esta já é uma sugestão de melhoria de organização a ser realizada pelo CAPS.

Posteriormente, pelo aprendizado de construir questionários virtuais e contar com a sorte de um bom funcionamento da rede internacional de computadores, para receber os formulários preenchidos pelos participantes. Experimentei um grande “frio na barriga”, mas, no final, apenas uma resposta da 2ª. Rodada perdeu-se pelo caminho, o que não causou grande impacto na construção e análise dos dados.

Todo o material obtido na 1ª. e 2ª. Rodadas e a leitura dos relatórios que foram possíveis de serem encontrados ou resgatados permitiram um “mergulho” nas memórias e nos relatos sobre as experiências que os participantes vivenciaram nos estágios realizados no CAPS III Itaim Bibi. Assim, foi possível atingir o objetivo de identificar como estes reconhecem os aspectos da formação em Saúde Mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica nas experiências vivenciadas no contexto desse serviço.

Apesar das dificuldades encontradas e apresentadas, avaliou-se que a maior parte das experiências foram positivas e possibilitaram aprendizagens significativas sobre o modelo de atenção psicossocial, o funcionamento e a dinâmica desta instituição, o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar e as produções de convivência e de redes, principalmente para os sujeitos que realizaram estágios com maior carga horária.

Grande parte dos participantes afirmou que a experiência deste estágio confirmou ou despertou o interesse pelo trabalho na Saúde Mental e que muito os inspiram até os dias de hoje, ressoando até mesmo em trabalhos que estão sendo desenvolvidos em outro estado (Paraná), país (Uruguai) e até mesmo neste próprio serviço, o que é muito interessante e enriquecedor.

Muitos conseguiram empregos neste campo, mas outros em ONGs ou em serviços não alinhados aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Porém, assim como aqueles que enveredaram por outras áreas, disseram levar consigo a experiência do trabalho colaborativo em equipe e de formas mais éticas e humanizadas de cuidado.

Compreendeu-se, portanto, que as experiências dos estagiários no CAPS III Itaim Bibi ressoam nas práticas profissionais atuais dos graduados de modo positivo, sendo este outro objetivo alcançado desta pesquisa, reconhecer o papel formador de um serviço no SUS.

Os conflitos presentes no trabalho em equipe apareceram nas respostas de forma bastante intensa, o que demonstra o quanto afetaram aos estudantes. Se por um lado esta vivência é importante no sentido de desconstruir o imaginário idealizado que se possui dos profissionais e do serviço e de compreenderem que os conflitos fazem parte do processo de construção coletiva de um projeto com horizonte ético-político comum, no qual é preciso validar os saberes e as diferenças. Por outro lado, parte das dificuldades de relacionamento entre os profissionais, devem ser cuidadas pelo gestor, a partir de ações que possibilitem a reabertura dos diálogos e as transformações de lugares enrijecidos. O gestor também deve procurar potencializar as capacidades dos trabalhadores e favorecer a cooperação no trabalho de sua equipe (Peduzzi; Oliveira, 2009).

Por ser uma equipe grande, exige-se uma organização e gestão mais complexa, pois, além dos conflitos, podem ocorrer desalinhamentos, por exemplo, atravessamentos nos projetos e problemas na transmissão de informações importantes devido a alguns profissionais trabalharem em horários diferentes e não se encontrarem. Tudo isso dá margens para desentendimentos e ruídos nas relações.

O modelo de gestão e o trabalho da equipe precisam alinhar-se constantemente ao modelo de assistência. Se almejamos transformar o lugar social e cultural de desvalor em que se encontram os sujeitos ditos “loucos”, é fundamental que a hierarquia de saberes, que pode se apresentar na equipe seja superada e os conflitos entre os profissionais alcancem patamares mais evoluídos. E neste processo, incluem-se os estudantes, residentes, docentes, entre outros atores envolvidos.

Dessa maneira, nesta pesquisa identificou-se que o modelo de gestão e o trabalho da equipe influenciam na possibilidade de atuação e desenvolvimento de autonomia e de protagonismo dos estagiários no serviço. Os resultados apresentaram uma dinâmica que parece não estar sendo suficientemente boa, que perdura ao longo desses anos e que afetou aos estudantes, o que pode prejudicar o processo de aprendizagem e sua participação no desenvolvimento do cuidado com os usuários.

As supervisões clínico-institucionais, multiprofissionais e as supervisões/oficinas de reflexão com as docentes das Universidades foram espaços considerados importantes para a formação pelos participantes desta pesquisa. Propõe-se, então, a manutenção e fortalecimento das supervisões/oficinas de reflexão aos estudantes oferecidas pelas docentes, junto aos supervisores locais, e a recriação dos espaços de Supervisão Multiprofissional pelos profissionais das diferentes áreas da equipe do serviço.

Neste sentido, é fundamental que à equipe sejam proporcionadas as supervisões clínico-institucionais, que foram suspensas em meados de 2013, por necessidade de contenção de despesas. Esta discussão deve ser retomada para que este dispositivo de análise e reflexão, para transformação das relações e potencialização das práticas, bem como para promoção do “cuidado com os cuidadores”, seja um princípio da PNSM garantido.

As oficinas de reflexão ou discussão sobre determinados temas (PNH, Comunicação Terapêutica, Contenção, entre outros) oferecidas à equipe multiprofissional por algumas das IES parceiras, como propostas de contrapartida dos estágios, também foram espaços enriquecedores e potencializadores, que propiciaram aproximação e articulação dos saberes acadêmicos com os saberes das práticas, para a produção de novos conhecimentos e transformação dos modos de produzir saúde neste serviço.

Os participantes apresentaram as experiências e as questões referentes ao trabalho em equipe interdisciplinar e o trabalho intersetorial, outro objetivo da pesquisa alcançado, e identificaram como importantes aprendizados para a formação as experiências de acompanhamento individual e grupal dos usuários, de construção de PTS em conjunto com a equipe e as de trabalho territorial, intersetorial e de construção de redes, que necessitam ser ainda mais fortalecidas e potencializadas.

A participação em Grupos de Acompanhamento, restrita aos estudantes que realizam estágio com maior carga horária e distribuída de modo semestral ou anual, foi um ponto criticado e reivindicado pelos participantes do grupo de Enfermagem e que pode ser rediscutido pela equipe junto à EEUSP.

Algumas experiências foram apontadas como tendo sido superficiais, como o manejo de situações de crise e de conflitos e a aprendizagem de técnicas de contenção. Este, inclusive, um tema identificado como uma demanda da própria equipe do serviço. Deste modo, não há como ensinar ao estudante se a própria equipe não se considera suficientemente preparada e segura para a realização das contenções.

É importante fomentar projetos de intervenções institucionais, como o que foi desenvolvido pelos estagiários de Enfermagem sobre técnicas de contenção, cujo treinamento será realizado em parceria com a EEUSP, bem como processos de Educação Permanente. Por exemplo, alguns profissionais realizaram cursos de formação sobre “Atenção à Crise” e outros temas, promovidos pela Rede Sampa em 2015, e a equipe, até o presente momento, também não conseguiu organizar espaços para o compartilhamento dos conhecimentos e aprendizagens.

Os temas “Psicotrópicos e outros fármacos” e “Psicopatologias/ Doenças/ Transtornos mentais/ Psicose” também se apresentaram como demandas pelos participantes da pesquisa. O primeiro é um tema pertinente, visto que são recursos que podem (ou não) ser utilizados na elaboração dos PTS. Já o segundo tema, considerando que a formação direciona-se aos princípios da Reforma Psiquiátrica, pode ser problematizado com os futuros estagiários para compreender melhor a demanda, se ela surge devido às inseguranças daqueles que estão diante dos primeiros contatos com modos de vida ou sofrimentos tão distintos e intensos, muitas vezes difíceis de serem “nomeados”, ou, até mesmo, pela falsa sensação de segurança que esses saberes podem oferecer.

Neste estudo, percebeu-se também que ainda é presente a necessidade de fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade, apesar das grandes e potentes parcerias já construídas.

Sendo possível o fortalecimento desta integração e a flexibilização das propostas e organizações instituídas pelas Universidades, poderia se abrir a possibilidade de construção conjunta e integrada dos planos de estágios, para uma produção pedagógica em cenário de prática que possa dialogar mais com as reais

possibilidades de atenção aos usuários construídas no serviço e no território, no sentido da produção de um processo de aprendizagem mais vinculado ao cuidado integral da população desenvolvido pelo CAPS.

Partindo desta lógica, delineio certa utopia, com a proposta de que os cursos de graduação que possuem parceria com o CAPS III Itaim Bibi, possam dialogar e promover estágios curriculares em épocas/ períodos semelhantes, para facilitar os encontros e a construção de projetos e ações comuns entre os estudantes junto à equipe, com vista à Educação Interprofissional.

Utopia aqui é compreendida como um “direito de sonhar”, um “direito ao delírio”, a partir da visão de Fernando Birri, retomada por Eduardo Galeano⁵⁸, que a apresentou como um horizonte, que nos instiga a continuar a caminhar em um determinado sentido, mas que pode não ser possível de ser alcançada. Assim, penso estar delineando ideias ousadas, que necessitariam do enfrentamento de muitas barreiras para serem concretizadas, sendo que muitas delas são estruturais

Neste horizonte, algumas disciplinas de estágio poderiam ampliar a carga horária para no mínimo 320 horas, que sendo distribuídas em oito ou quatro meses (um semestre), equivaleria a aproximadamente 10 e 20 horas, respectivamente, por semana de imersão no CAPS, o que poderia possibilitar experiências mais intensas e aprendizados mais significativos, como demonstrados nesta pesquisa por aqueles que realizaram estágio de T.O., Enfermagem e Psicologia.

Cabe lembrar aqui que o estágio supervisionado em Enfermagem antes era oferecido em quatro meses e com carga horária maior. Houve redução de carga horária para 240 horas e concentração das atividades em dois meses em 2014, o que foi avaliado pelos estudantes como um dificultador da experiência, pois impossibilitou o acompanhamento mais intensivo dos usuários, grupos e projetos.

Estágios curtos, com passagens rápidas e superficiais pelo serviço, possibilitam pouco contato com a experiência da loucura, sendo insuficiente para transformação dos modos de relação e aprendizado de trabalho em equipe. Além disso, dão margens para os estagiários compreenderem alguns processos de trabalho de modo superficial e, até mesmo, equivocado, o que pode gerar frustrações e preconceitos com relação ao trabalho neste campo.

---

⁵⁸ Assista ao vídeo da entrevista com Eduardo Galeano no canal Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=9iqi1oaKvzs>.

Compreende-se, entretanto, que as práticas supervisionadas de T.O. da USP, com carga horária de 150 horas, geralmente contemplam os objetivos a serem alcançados propostos pela disciplina de 3º. ano: experiência de contato, relação e convivência com a loucura; realização de acolhimento junto a um profissional; e participação em Reunião Geral, quando possível para a equipe, para conhecimento de um panorama geral sobre o funcionamento e dinâmica institucional.

A carga horária de 150 horas pode ser uma sugestão ao curso de Enfermagem, que organiza o estágio de 3º ano com 90 horas, além de incluir um número grande de estudantes, o que dificulta a interação com a equipe, até mesmo para a produção dos Estudos de Casos. Não é raro os estudantes elaborarem os estudos sem nem ao menos conversarem com os terapeutas de referência dos casos, por falta de tempo e dificuldade de encontro com os profissionais.

Infelizmente os estágios de Psicologia finalizaram em 2013, pois o curso da PUC iniciou parceria com serviços de outro território do município de São Paulo. Já a parceria com o curso de Serviço Social da PUC encontra-se com dificuldade de consolidação, que segundo a assistente social e supervisora local, acontece devido ao perfil dos estudantes, que buscam estágios remunerados ou precisam trabalhar para pagar a Universidade, não tendo tempo disponível para a realização deste tipo de estágio mais intensivo no CAPS.

No primeiro semestre de 2016, as práticas supervisionadas de T.O. da USP (3º. ano) voltaram a acontecer neste serviço, com perspectiva de também reiniciarem os estágios supervisionados (4º. ano) no segundo semestre de 2016 ou em 2017.

A parceria com a EEUSP continua a acontecer, com os estágios de 3º. e 4º. anos do curso de graduação em Enfermagem e com o desenvolvimento da Residência Multiprofissional (duração de dois anos), se concretiza programa de pós-graduação que tem se mostrado muito potente para a Educação Interprofissional na perspectiva do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

O estágio de T.O., remunerado e agenciado atualmente pela Super-Estágios, que firma o convênio entre a SMS e a IES na qual o estudante realiza o curso de graduação, foi realocado para outro serviço da rede Como apresentei anteriormente, deixo como contribuição aos serviços que possuem este tipo de estágio, uma proposta de organização e cuidado com o acompanhamento desses estudantes **(Apêndice G)**.

Considera-se que a proposição desta pesquisa no sentido de investigar e refletir sobre as experiências dos estagiários no CAPS III Itaim Bibi no tocante à formação profissional em Saúde Mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica foi contemplada.

Além das considerações já apresentadas, por fim, apresento propostas de algumas modificações para uma melhor organização do CAPS com relação aos estágios e para a integração ensino-serviço, a partir das compreensões que foram possíveis de serem alcançadas neste estudo. Algumas parecem óbvias, mas podem operar como norteadores e reafirmar algumas diretrizes importantes, como forma de propiciar maior apropriação, dedicação, organização e abertura aos estagiários por parte da gestão e da equipe.

PROPOSTAS

AO CAPS:

- ✓ **Preservação dos registros e documentos relacionados aos estágios.**
- ✓ **Apresentar os estudantes e as propostas dos estágios à equipe em Reunião Geral e realizar os acordos e pactos sobre o estágio no serviço** no próprio coletivo e não somente com o gestor e/ou supervisor local. O objetivo é que toda a equipe se aproprie e se responsabilize pelos processos formativos e que os estudantes possam sentir-se acolhidos e com abertura de um campo de escuta e de negociação.
- ✓ **Criação de espaço de Supervisão Multiprofissional, com presença de dois ou três profissionais da equipe e que possa contemplar a participação de estagiários e residentes.**
- ✓ **Avaliação dialógica⁵⁹, ao longo do processo, nas reuniões e em outros coletivos nos quais o estagiário participa.** Na avaliação dialógica, o *feedback* é

---

⁵⁹ De acordo com Freire (1978), em um processo de Educação, todos devem ter direito à fala, em uma relação de respeito mútuo, a fim de possibilitar a participação coletiva e a compreensão da realidade do trabalho, para promover estratégias adequadas, para a produção de novos

realizado tanto pelos profissionais quanto pelos estagiários, para identificar os “nós” das relações e das práticas a serem transformados.

✓ **Garantir a participação dos estagiários nas atividades independentemente de mudanças na gestão ou na equipe do serviço.**

✓ **Propiciar o desenvolvimento de projetos interprofissionais, a partir de encontros e trocas entre os estagiários dos diversos cursos, para a promoção de ações/ intervenções com foco nos usuários, na instituição e/ou território.**

AOS ESTAGIÁRIOS E ÀS INSTITUIÇÕES DE ENSINO:

✓ **Dimensão “Usuário”:**

- **Produção de relatórios** (quinzenais ou mensais e finais) dos acompanhamentos individuais e/ou Estudos de Casos mais aprofundados, em formatos possíveis de serem anexados aos prontuários.
- **Apresentação e discussão do caso em mini equipe.**

✓ **Dimensão “Instituição”:**

- **Produção de relatórios quinzenais ou mensais, críticos e reflexivos**, com articulação entre teoria e prática e devolutiva sobre os processos de trabalho e a participação em grupos e coletivos abertos. Deverão ser compartilhados com todos os profissionais da equipe para reflexão e discussão conjunta.
- **Propostas de intervenção institucional** que contribua para os processos de trabalho.
- **Participação em Coordenações de Período** (estágio com maior carga horária) ou na **realização de Acolhimentos**, de forma integrada à equipe.
- **Possibilidades de escolhas pelos estagiários** para participação em atividades e coletivos abertos.
- **Participação em pelo menos um acolhimento noturno e/ou de final de semana.**

---

conhecimentos e para que as pessoas passem a emancipar-se conjuntamente, numa perspectiva transformadora de reflexão-ação.

✓ **Dimensão “Território e Rede”:**

Participação dos estagiários em:

- visitas/ atendimentos domiciliares e familiares e/ou acompanhamento do SRT.
- reuniões de matriciamento das UBS.
- ações realizadas pela Rede de atenção às pessoas em situação de rua e/ou pela Rede de Economia Solidária.
- dispositivos de controle social e gestão participativa: Assembleias, Conselhos, Fóruns, Conferências, entre outros.
- outras articulações de Rede, como projetos desenvolvidos em parceria com a cultura, lazer, esporte, transporte, moradia, assistência social, entre outros.

Essas são minhas problematizações e contribuições, que espero possam ser ouvidas, consideradas e refletidas em conjunto pelo serviço e pelas instituições de ensino parceiras. Não as considero prontas, finalizadas, mas em processo de devir constante, que podem ser pensadas e repensadas no coletivo e a cada encontro com os estagiários, sujeitos singulares, que aceitam o convite de se aventurar neste cenário de prática.

“O estágio é este momento de encontro, de construção e transformação dos conhecimentos teórico-práticos em valor social de troca, a partir da reflexão e problematização da realidade” (Yasui, 2006, p. 169) junto à equipe e ao território. Os estagiários são, portanto, atores sociais do processo de transformação das práticas, de superação do modelo asilar para a consolidação do modelo de atenção psicossocial, alinhado aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Neste sentido, é fundamental, que a formação aconteça em cenários reais e com esse horizonte ético -político e que os estudantes se sintam como participantes ativos no processo de construção de novas e boas práticas em Saúde Mental e Coletiva. E, assim, as experiências possam ressoar de modo propício às transformações e aos avanços necessários, como pudemos contemplar nos relatos sobre os aprendizados construídos no CAPS e que atualmente inspiram trabalhos desenvolvidos até mesmo em outro estado e país.

A relação ensino-serviço-comunidade necessita se fortalecer, por todo o compromisso e responsabilidade que possui com a sociedade. Os aprendizados e as construções devem acontecer de modo coletivo e com participação democrática.

REFERÊNCIAS⁶⁰

Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Rev Bras Educ Médica*. 2008; 32 (3): 356-62.

Almeida MC; Oliver FC. Abordagens comunitárias e territoriais em reabilitação de pessoas com deficiências: fundamentos para a Terapia Ocupacional. In: Carlo MMRP; Bartalotti CC (Orgs.). *Terapia Ocupacional no Brasil. Fundamentos e Perspectivas*. São Paulo: Plexus Editora; 2001.

Almeida MHM, Spínola AWP, Lancman S. Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2009 jan-abr; 20 (1): 49-58.

Almeida Filho N. Ensino Superior e os serviços de saúde no Brasil. *Lancet*. 2011 maio; p. 6-7.

Amarante P. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In: Amarante P, Cruz LB (Org.) *Saúde Mental, Formação e Crítica*. Rio de Janeiro: Laps; 2008, p. 65-79.

Amarante P. *Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2007.

Araújo EC, Teixeira CF, Rangel ML. Relação ensino-serviço-comunidade: A contribuição da Rede IDA na reorientação do ensino e das práticas de saúde no SUS. *Saúde em Debate*. 1995 dez - 1996 mar; 49 (50): 88-94.

Assis AD, Silva PP, Claudino TX, Oliveira AGB. Grupo de familiares na prática de ensino de graduação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44 (3): 833-8.

Barros S, Silva ALA, Lopérgolo ACD, Pitta AMF. Tentativas inovadoras na prática de ensino e assistência na área de saúde mental – I. *Rev Esc Enferm USP*. 1999 jun; 33 (2): 192-9.

---

⁶⁰ De acordo com Estilo Vancouver.

Barros S, Claro HG. Processo ensino aprendizagem em saúde mental: o olhar do aluno sobre reabilitação psicossocial e cidadania. Rev Esc Enferm USP. 2011 jun; 45 (3): 700-7.

Barros ALM. Cuidar em liberdade: o usuário cumprindo medida de segurança em CAPS III [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2013.

Batista NA. A educação interprofissional na formação em saúde. In: Capozollo AA, Casetto SJ, Henz AO (Orgs.). Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec. 2013; p. 59-68.

Bezerra Júnior B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. PHYSIS: Rev Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2007; 17(2): 243-50.

Bilibio LFS. Por uma alma dos serviços de saúde para além do bem e do mal: implicações micropolíticas à formação em saúde [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação; 2009.

Borges RF. Reforma Psiquiátrica Brasileira e Atenção Básica à Saúde: desafios e possibilidades [tese]. Assis-SP: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras; 2012.

Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Rev Bras Educ Rio de Janeiro. 2002 jan-abr, (19): 20-8.

Botti NCL, Cotta EM, Célio FA. Visita ao museu de loucura: uma experiência de aprendizagem sobre a reforma psiquiátrica. Rev Eletrônica Enferm. 2006; 8 (1): 52-7.

Bourdieu P. O poder simbólico. Tomaz F, tradutor. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil S.A.; 1989.

Braga VAB, Silva GB. O ensino de enfermagem psiquiátrica no Ceará: a realidade que se esboça. Rev Lat Am Enferm. 2000 jan; 8 (1): 13-21.

Brasil. Presidência da República. Constituição: República Federativa do Brasil 1988. Brasília (DF): Centro Gráfico do Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990.

Brasil. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Diário Oficial da União. 23 dez. 1996.

Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 9 abr. 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS - material de apoio. 3ª. Edição. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 2006.

Brasil. 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 (DF): Ministério da Saúde (BR); 2009a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 21 maio 2013b.

Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad Saúde Pública. 1998 out-dez; 14 (4): 863-70.

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

Campos GWS, Guerrero AVP. Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1990.

Capozollo AA, Imbrizi JM, Liberman F, Mendes R. Formação descentrada na experiência. In: Capozollo AA, Casetto SJ, Henz AO (Orgs.). Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013, p. 124-62.

Carneiro LA. A saúde mental em cursos de graduação na área da saúde em Goiânia/GO interfaces com a Reforma Psiquiátrica e as Diretrizes Curriculares Nacionais [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina; 2010.

Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (Orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2008, p.1-35.

Cavalheri SC, Merigui MAB, Jesus MCP. A constituição dos modos de perceber a loucura por alunos e egressos do Curso de Graduação em Enfermagem: um estudo com o enfoque da Fenomenologia Social. Rev Bras Enferm. 2007 jan-fev; 60 (1): 9-14.

Chiesa AM, Ferraro AA, Oliver FC, Oliveira MAC, Araújo ME, Vieira SE, Junqueira SR, Casarotto RA, Filho NA, Bagueira ERA, Oliveira MR. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: a experiência da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Caderno FNEPAS. 2011 dez; (1): 36-43.

Ciampone MHT, Kurcgant P. O ensino de administração em Enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. Rev Bras Enferm. 2004 jul-ago; 57 (4): 401-7.

Costa ASSM. A construção do saber da enfermeira na equipe interdisciplinar de serviços de atenção psicossocial [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2005.

Conceição MR, Vincentin MCG, Leal BMML, Amaral MM, Fischer AB, Kahhale EMP, Rosa EZ, Spolaor J, Saes D. Interferências criativas na relação ensino-serviço: itinerários de um Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Interface. Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu. 2015; 19 Supl:1, p. 845-55.

Dal Poz MR, Lima JCS, Perazzi S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. PHYSIS: Rev Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2012 abr- jun; 22 (2): 621-39.

Delgado PG. Supervisão Clínico-Institucional: Conceito & História. In: Filho NA (Org.). Supervisão em saúde mental. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESP-MG; 2013, p. 18-27.

Dell'Acqua G, Mezzina R. Resposta à crise. Estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. Per La Salute Mentale. Pratiche Ricerche Culture dell'innovazione. Trieste (Itália); 1988.

Dimentein MDB. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos Psicol.* 1998; 3 (1): 53-81.

Dimenstein MDB, Macedo JP. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicol Ciênc Prof.* 2012; 32 (spe): 232-45.

Duarte MLC, Ferreira AM, Torres OM, Bulhosa M, Moreira CM. Programa de educação pelo trabalho: relato de experiência sobre a formação de trabalhadores. *Cogitare Enferm.* 2014 jan- mar; 19 (1): 166-9.

Durman S, Dias T, Mion JZ, Tonini NS, Souza EA. Centro de Atendimento Psicossocial Infantil - Caps i: um espaço para o ensino em saúde mental. *Nursing.* 2005 out, 8 (89): 480-3.

Esher A, Santos EM, Torres RM, Azeredo TB. Construindo Critérios de Julgamento em Avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/ Aids. *Ciênc Saúde Col.* Rio de Janeiro. 2012 jan; 17 (1): 203-14.

Esperidião E, Silva NS, Caixeta CC, Rodrigues J. A Enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. *Rev Bras Enferm.* 2013 set; 66 (spe): 171-76.

Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Rev Psicol UNESP.* 2007; 6 (1): 31-44.

Fernandes JD, Sadigursky D, Silva RMO, Amorim AB, Teixeira GAS, Araújo MCF. Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. *Rev Esc Enferm USP.* 2009 dez; 43 (4): 962-8.

Ferreira NGML. O papel da experiência na filosofia de John Dewey. 6º. Encontro de Pesquisa na Graduação em Filosofia da UNESP. 2011; 4 (2) [citado 20 nov 2015]. Disponível em: <https://www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/FILOGENESE/nicholasminotti.pdf>.

Feuerwerker LCM, Capozollo AA. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: Capozollo AA, Casetto SJ, Henz AO (Orgs.). *Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde.* São Paulo: Hucitec; 2013, p. 35-58.

Fontes I. Memória Corporal e transferência. Fundamentos para uma psicanálise do sensível. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria; 2002.

Fonsêca GS. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo (Campus Capital): estudo avaliativo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2012.

Foucault M. Microfísica do poder. Machado R, tradutor. 18a ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1992.

Freire P. Pedagogia do Oprimido. 5a ed. São Paulo: Paz e Terra; 1978.

Furegato ARF, Osinaga VLM. Opinião de estudantes de enfermagem sobre doença mental e assistência na área. Rev Bras Enferm. 2003 mar- abr; 56 (2): 143-6.

Gama CAP, Koda MY. Psicologia comunitária e programa de saúde da família: relato de uma experiência de estágio. Psicol Ciênc Prof. 2008 jun; 28 (2): 418-29.

Guimarães J, Medeiros SM. Contribuição ao ensino de saúde mental sob o signo da desinstitucionalização. Ciênc Saúde Col. 2001; 6 (Iss 1): 97-104.

Giovinazzo RA. Modelo de Aplicação da Metodologia Delphi pela Internet. Vantagens e Ressalvas. Revista Administração Online. 2001; 2 (2). Disponível em: http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm.

Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. Leite DM, tradutor. 7a ed. São Paulo: Perspectiva; 2001.

Gonçalves RJ, Ferreira EAL, Gonçalves GG, Lima MCP, Ramos-Cerqueira ATA, Kerr-Correa F, Smaira SI, Torres AR. Quem "liga" para o psiquismo na escola médica? A experiência da Liga de Saúde Mental da FMB – Unesp. Rev Bras Educ Méd. 2009 abr- jun; 33 (2): 298-306.

Grupo Anima Educação. Equipe EAD. Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências. Belo Horizonte, 2014 [citado 19 out 2015]. Disponível em: http://disciplinas.nucleoead.com.br/pdf/anima_tcc/gerais/manuais/manual_revisao.pdf.

Henz AO, Garcia ML, Costa SL, Maximino VS. Trabalho entreprofissional: acerca do comum e acerca do específico. In: Capozollo AA, Casetto SJ, Henz AO (Orgs.). Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013, p. 163-86.

Jorge MSB, Rocha NF. O significado de novas formas de ensinar em enfermagem psiquiátrica: percepção dos alunos de enfermagem em campo de estágio. Rev RENE. 2000 jul- dez; 1 (2): 64-70.

Junqueira V, Frutuoso MF, Silva CRC. Os (des) compassos entre a Universidade e os serviços de saúde. In: Capozollo AA, Casetto SJ, Henz AO (Orgs.). Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013, p. 229-47.

Jurdi APS, Silva CCB, Milek G, Simonato MP. Oficina de atividades para acompanhantes em um serviço de saúde mental infantil - intervenções da terapia ocupacional. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 jan- abr; 25 (1): 88-93.

Kantorski LP, Silva GB. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: um olhar a partir dos programas das disciplinas. Rev Lat Am Enfermagem. 2000 dez; 8 (6): 27-34.

Kantorski LP, Silva GB, Silva ENF. As concepções e cenários do ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Rev Bras Enferm. 2001 jul- set, 54 (3): 409-19.

Kantorski LP, Scatena MCM. A reabilitação psicossocial: abordagem no ensino de Enfermagem. Rev enferm UERJ. 2002 set- dez; 10 (3): 226-30.

Kastrup V. Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais de saúde. In: Capozollo AA, Casetto SJ, Henz AO (Orgs.). Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013, p. 151-62.

Kemper MLC, Martins JPA, Monteiro SFS, Pinto TS, Walter FR. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. Interface. Comun Saúde Educ. 2015 dez; 19, Supl.1: 995-1003.

Labate RC, Scatena MCM, Furegato ARF. Primeiro encontro dos alunos de enfermagem com os usuários de um núcleo de atenção psicossocial: NAPS. Ciênc Cuid Saúde. 2004 abr; 3 (1): 33-40.

Lewis MSR, Palma CMS. O psicólogo na saúde mental: sobre uma experiência de estágio em um centro de atenção psicossocial. *Rev Mal-estar Subj.* 2011 dez; 11 (4): 1379-1404.

Lopes CV, Reinaldo AMS. Contribuição da vivência acadêmica em um centro de convivência de saúde mental na formação do enfermeiro. *Cogitare Enferm.* 2012 out- dez; 17 (4): 775-8.

Macedo JP, Dimenstein MDB. Formação do psicólogo para a saúde mental: a psicologia piauiense em análise. *Interface. Comun Saúde Educ.* 2011 out- dez; 15 (39): 1145-58.

Maftum MA, Alencastre MB. A prática e o ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Brasil: questões para reflexões. *Cogitare Enferm.* 2002 jan- jun; 7 (1): 61-7.

Magnago C, Tavares CMM. O ensino de enfermagem psiquiátrica nas Universidades Públicas do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Eletrônica Enferm;* Jan.-Mar. 2012, 14 (1): 50-8.

Mângia EF. Formação e educação permanente para produzir boas práticas em saúde mental. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2009 maio- ago; 20(2): i-ii.

Mângia EF, Muramoto MT, Marques ALM. Formação profissional e serviços de saúde mental no SUS: estudo sobre a inserção de egressos do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2010 maio- ago; 21 (2): 148-57.

Marsiglia RG. *Relação Ensino-Serviços: dez anos de Integração Docente-Assistencial no Brasil.* São Paulo: Hucitec; 1995.

Maurer BSS, Brusamarello T, Guimarães AN, Oliveira VC, Paes MR, Maftum MA. Extensão universitária em saúde mental na Universidade Federal do Paraná: contribuições à formação do enfermeiro. *Ciênc Cuid Saúde.* 2013 jul- set; 12 (3): 539-47.

Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008 dez; 17 (4): 758-64.

Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo.* São Paulo: Hucitec; 2002.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.

Miranda FAN, Clementino FS, Santos RCA, Silva MB, Costa TS. Percepção de alunos de graduação em enfermagem sobre o processo da reforma psiquiátrica no Brasil. Rev enferm UERJ. 2010 abr- jun; 18 (2): 235-40.

Miyai FT, Barros S, Cortes JM. O aluno de enfermagem e o ensino de saúde mental na atenção básica. Rev Gaucha Enferm. 2014 mar; 35 (1): 94-101.

Munari DB, Godoy MTH, Esperidião E. Ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental na faculdade de enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2006 dez; 10 (4): 684-93.

Muniz MP, Tavares CMM, Souza AC, Pacheco CKR, Figueiredo L. Desvendando o projeto terapêutico de enfermagem em saúde mental: um relato de experiência. Rev Pesqui Cuid Fundam. 2014 jan- mar; 6 (1): 132-40.

Muramoto MT, Mângia EF. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil). Ciênc Saúde Col. 2011 abr; 16 (4): 2165-77 [citado 8 fev 2016]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400016&lng=pt.

Neves HG, Lucchese R, Munari DB. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. Rev Bras Enferm. 2010; 63 (Iss 4): 666-70.

Neves HG, Lucchese R, Munari DB, Vera I, Santana FR. O processo de formação do enfermeiro em saúde mental para atenção primária em saúde. Rev RENE. 2012 jan-fev; 13 (1): 53-63.

Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2003.

Nicácio MFS, Campos GWS. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2004 maio- ago; 15 (2): 71-81.

Oliveira B, Baptista MG, Domenes RM. Saúde mental e fonoaudiologia: uma experiência interdisciplinar em uma clínica-escola. *Mundo Saúde*. 2008 abr- jun; 32 (2): 243-7.

Oliver FC, Pimentel A, Figueiredo LRU, Nicolau S. Formação do terapeuta ocupacional para o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS): contribuições para o debate. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2012; 20 (3): 327-40.

Peduzzi M, Oliveira MAC. Trabalho em equipe multiprofissional. In: Martins, M. A. (Org.). *Clínica Médica*. Barueri: Manole; 2009, p. 171-8.

Peduzzi M, Germani ACCG, Norman IJ, Silva JAM, Souza GC. Educação Interprofissional: Formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enf USP*. 2013 ago; 47 (4): 977-83.

Roble OJ, Moreira MIB, Scagliusi FB. A educação física na saúde mental: construindo uma formação na perspectiva interdisciplinar. *Interface. Comun Saúde Educ*. 2012 abr- jun; 16 (41): 567-78.

Rocha DC, Alves FP, Queiroz D, Azevedo EB, Lima AC. Educação em Saúde nas oficinas terapêuticas do centro de atenção psicossocial: Relato de experiência no estágio supervisionado em Saúde mental. *Rev Univ Vale do Rio Verde*. 2014; 12 (2): 227-35.

Rodrigues AAAIO, Souza ES, Pereira HBB. Rede PET Saúde em Feira de Santana: o desafio da integralidade. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2012 jul- set, 36 (3): 651-67.

Rosa RPF, Andrade ALF, Oliveira SP, Silva AGL, Ferreira AM, Inácio JS, Araújo SMSS. Construindo saberes no trabalho em saúde mental: experiências de formação em saúde. *Interface. Comun Saúde Educ*. 2015 dez; 19 Supl1: 931-40.

Rossoni E, Lampert J. Formação de Profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares. *Boletim da Saúde*. 2004 jan- jun; 18 (1): 87-98.

Rowe G, George W, Bolger F. Delphi: a reevaluation of research and theory. *Technological Forecasting and Social Changes*. 1991 may; 39 (3): 235-51.

Saheki Y, Takahashi J. Descritores e Palavras-chaves. 2013 [citado 20 out 2015]. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/bibliotecaee/descriptores-e-palavras-chave>.

Santeiro TV. Processos clínicos em Núcleos de Apoio à Saúde da Família/ NASF: estágio supervisionado. *Psicol Ciênc Prof.* 2012; 32 (4): 942-55.

Santos JP, Souza MBM, Oliveira NF. Reabilitação psicossocial na perspectiva de estudantes e enfermeiros da área de saúde mental. *Rev Eletrônica Enferm.* 2011 jan- mar, 13 (1): 60-9.

Santos SS, Soares MH, Hirata AGP. Atitudes, conhecimento e opinião frente a saúde mental em alunos de graduação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2013 out; 47 (5): 1195-202.

Santos CG, Portugal FTA, Silva MAB, Souza AC, Abrahão AL. Formação em saúde e produção de vínculo: uma experiência PET-Saúde na rede de Niterói, RJ, Brasil. *Interface. Comun Saúde Educ.* 2015 dez; 19 Supl1: 985-93.

Saraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2a ed. Zanetta LH, Zanetta MC, Valentini W, tradutores. Belo Horizonte: TeCorá Editora/ Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia; 2001.

Sartre JP. O ser e o nada. Ensaio de ontologia fenomenológica. Perdigão P, tradutor. 6 ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1998.

Schweig GR. Saberes e fazeres em construção: etnografia sobre formação profissional e mobilização estudantil no contexto da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; 2009.

Silva ATM, Souza JS, Siva CC, Nóbrega MML, Filha MO, Barros S, Braga JE et. Formação de Enfermeiros na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. *Rev Bras Enferm.* 2004 nov- dez; 57 (6): 675-8.

Siqueira MM. As competências em saúde mental das equipes dos serviços de saúde: o caso NEAD-UFES. SMAD. *Rev eletrônica saúde mental alcool drog.* 2009 ago; 5 (2): 1-14.

Siqueira Júnior AC, Otani MAP. O ensino da enfermagem psiquiátrica e saúde mental no currículo por competências. *Rev REME.* 2011 out- dez; 15 (4): 539-45.

Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (BR); 2002.

Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV CNSM - Intersectorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial. Brasília, 27 de junho a 01 de julho de 2010. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (BR); 2010.

Soares AN, Reinaldo AMS. Oficinas terapêuticas para hábitos de vida saudável: um relato de experiência. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010a abr- jun; 14 (2): 391-8.

Soares AN, Silveira BV, Reinaldo AMS. Serviços de saúde mental e sua relação com a formação do enfermeiro. Rev RENE. 2010b jul- set; 11 (3): 47-56.

Strauss AL, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2a ed. Rocha LO, tradutora. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Takahashi J, Saheki Y, Gardim S. O que é PICO e Pico?. 2014 [citado 5 out 2015]. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/bibliotecaee/o-que-pico-e-pico>.

Tavares CMM. Análise crítica de uma experiência de integração do estágio de enfermagem em saúde mental ao sistema único de saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2006 dez; 10 (4): 740-7.

Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Ciênc Saúde Col. 2001, 6 (1): 73-85.

Vaie S, Barros S. A vivência de um estudante de enfermagem em uma equipe interdisciplinar: fábrica de ideias. Rev Esc Enferm USP. 2001 jun; 35 (2): 100-7.

Villa EA. Buscando novos caminhos para o ensino e a prática da enfermagem psiquiátrica. Acta Paul Enferm. 2000 jan- abr; 13 (1): 47-54.

Villa EA, Cadete MMM. Portas abertas: novas possibilidades no ensino da enfermagem psiquiátrica. Rev Lat Am Enferm. 2000 dez; 8 (6): 13-9.

Villela JC, Maftum MA, Paes MR. O ensino de saúde mental na graduação em enfermagem: um estudo de caso. *Texto Contexto Enferm*. 2013 abr- jun; 22 (2): 397-406.

Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

APÊNDICE A – Percurso da Pesquisa Bibliográfica

Portal	Descritores/ Palavras-chaves	N (não repetidas)
BVS	P: (estagi\$ OR formação OR educação OR ensino OR graduação OR estudante\$ OR alun\$ OR discente\$ OR academi\$ OR "capacitação de recursos humanos em saúde" OR "desenvolvimento de pessoal") I: ("saúde mental" OR "serviços de saúde mental" OR "atenção psicossocial" OR "enfermagem psiquiátrica") Co: (SUS OR "sistema único de saúde" OR "equipe de assistência ao paciente")	9
	(estagi\$ OR formação OR educação OR ensino OR graduação OR estudante\$ OR alun\$ OR discente\$ OR academi\$ OR "capacitação de recursos humanos em saúde" OR "desenvolvimento de pessoal") AND ("saúde mental" OR "serviços de saúde mental" OR "atenção psicossocial" OR "enfermagem psiquiátrica")	33
	(estudante\$ OR estagi\$ OR formação OR educação OR ensino) AND ("saúde mental" OR "serviços de saúde mental" OR "enfermagem psiquiátrica")	2
	(estudante\$ OR estagi\$ OR formação OR educação OR ensino) AND ("saúde mental" OR "enfermagem psiquiátrica")	3
	P: (estudante\$ OR estagi\$) AND I: ("saúde mental" OR "enfermagem psiquiátrica") AND Co: (SUS OR "sistema único de saúde")	0
	(PET OR "programa de educação") AND ("saúde mental" OR "atenção psicossocial")	4
	(VERSUS OR Ver-SUS OR "vivências e estágios") AND ("saúde mental" OR "atenção psicossocial")	0
Periódicos CAPES	formação (contém) AND saúde mental (é/exato)	1
	formação (contém) AND atenção psicossocial (é/exato)	1
	prática (estudantes OR alunos OR acadêmicos OR graduandos OR discentes) (contém) AND saúde mental (é/exato)	1
	estágio (contém) AND saúde mental (é/exato)	0
	estágio (contém) AND atenção psicossocial (é/exato)	0
	ensino (contém) AND saúde mental (é/exato)	1
	ensino (contém) AND atenção psicossocial (é/exato)	0
	educação (contém) AND saúde mental (é/exato)	2
	educação (contém) AND atenção psicossocial (é/exato)	0
	PET (é/exato) AND saúde mental (é/exato) em "Qualquer"	0
	programa de educação (é/exato) AND saúde mental (é/exato) em "Qualquer"	0
	VERSUS (é/exato) AND saúde mental (é/exato) em "Qualquer"	0
	vivências e estágios (é/exato)	1
Teses CAPES	estagiários AND saúde mental	1
	estágio AND atenção psicossocial	1
	Diversas combinações de palavras ("Todos os campos"): estágio OR formação OR vivência OR experiência OR prática profissional OR programa de educação pelo trabalho OR vivências e estágios AND saúde mental OR serviços de saúde mental OR atenção psicossocial OR reforma psiquiátrica AND estudantes OR alunos OR graduandos OR acadêmicos OR discentes	0

APÊNDICE B – Publicações selecionadas para a Revisão Integrativa (Eixo A)

Referência	Tipo	Campo do conhecimento	Procedimentos utilizados	Ano
Assis AD, Silva PP, Claudino TX, Oliveira AGB. Grupo de familiares na prática de ensino de graduação em enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44 (3): 833-8.	artigo	Enfermagem	relato de experiência	2010
Barros S, Silva ALA, Lopérgolo ACD, Pitta AMF. Tentativas inovadoras na prática de ensino e assistência na área de saúde mental – I. Rev Esc Enferm USP. 1999 jun; 33 (2):192-9.	artigo	Enfermagem	avaliação dos estudantes	1999
Barros S, Claro HG. Processo ensino aprendizagem em saúde mental: o olhar do aluno sobre reabilitação psicossocial e cidadania. Rev Esc Enferm USP. 2011 jun; 45 (3): 700-7.	artigo	Enfermagem	entrevista com estudantes	2011
Bilibio LFS. Por uma alma dos serviços de saúde para além do bem e do mal: implicações micropolíticas à formação em saúde [tese]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação; 2009.	Tese Doutorado	VER-SUS	reflexão	2009
Borges RF. Reforma Psiquiátrica Brasileira e Atenção Básica à Saúde: desafios e possibilidades [tese]. Assis-SP: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras; 2012.	Tese Doutorado	Psicologia	entrevista com profissionais e usuários/familiares, pesquisa documental e observações descritivas (diários de campo)	2012
Botti NCL, Cotta EM, Célio FA. Visita ao museu de loucura: uma experiência de aprendizagem sobre a reforma psiquiátrica. Rev eletrônica enferm. 2006; 8 (1): 52-7.	artigo	Enfermagem	relato de experiência	2006
Cavalheri SC, Merigui MAB, Jesus MCP. A constituição dos modos de perceber a loucura por alunos e egressos do Curso de Graduação em Enfermagem: um estudo com o enfoque da Fenomenologia Social. Rev Bras Enferm. 2007 jan- fev; 60 (1): 9-14.	artigo	Enfermagem	entrevista com estudantes	2007
Costa ASSM. A construção do saber da enfermeira na equipe interdisciplinar de serviços de atenção psicossocial [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2005.	Tese Doutorado	Enfermagem	entrevista com profissionais	2005

Conceição MR, Vicentin MCG, Leal BMML, Amaral MM, Fischer AB, Kahhale EMP, Rosa EZ, Spolaor J, Saes D. Interferências criativas na relação ensino-serviço: itinerários de um Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Interface. Comun Saúde Educ. 2015 dez; 19 Supl.1: 845-55	artigo	PET	pesquisa documental	2015
Dimenstein MDB. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. Estudos de Psicologia. 1998; 3 (1): 53-81.	artigo	Psicologia	reflexão	1998
Dimenstein MDB, Macedo JP. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. Psicol Ciênc Prof. 2012; 32 (spe): 232-45.	artigo	PET Psicologia	reflexão	2012
Duarte MLC, Ferreira AM, Torres OM, Bulhosa M, Moreira CM. Programa de educação pelo trabalho: relato de experiência sobre a formação de trabalhadores. Cogitare enferm. 2014 jan-mar; 19 (1): 166-9.	artigo	PET Enfermagem, Fisioterapia e Farmácia	relato de experiência	2014
Durman S, Dias T, Mion JZ, Tonini NS, Souza EA. Centro de Atendimento Psicossocial Infantil - Caps i: um espaço para o ensino em saúde mental. Nursing. 2005 out; 8 (89): 480-3.	artigo	Enfermagem	entrevista com estudantes	2005
Gama CAP, Koda MY. Psicologia comunitária e programa de saúde da família: relato de uma experiência de estágio. Psicol Ciênc Prof. 2008 jun; 28 (2): 418-29.	artigo	Psicologia	relato de experiência	2008
Gonçalves RJ, Ferreira EAL, Gonçalves GG, Lima MCP, Ramos-Cerqueira ATA, Kerr-Correa F, Smaira SI, Torres AR. Quem "liga" para o psiquismo na escola médica? A experiência da Liga de Saúde Mental da FMB – Unesp. Rev bras educ méd. 2009 abr- jun; 33 (2): 298-306.	artigo	Medicina	relato de experiência	2009
Jorge MSB, Rocha NF. O significado de novas formas de ensinar em enfermagem psiquiátrica: percepção dos alunos de enfermagem em campo de estágio. Rev RENE. 2000 jul- dez; 1 (2): 64-70.	artigo	Enfermagem	entrevista com estudantes	2000
Jurdi APS, Silva CCB, Milek G, Simonato MP. Oficina de atividades para acompanhantes em um serviço de saúde mental infantil - intervenções da terapia ocupacional. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 jan- abr; 25 (1): 88-93.	artigo	T.O.	relato de experiência	2014
Kemper MLC, Martins JPA, Monteiro SFS, Pinto TS, Walter FR. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. Interface. Comun Saúde Educ. 2015 dez; 19 Supl.1: 995-1003.	artigo	PET Álcool e drogas	relato de experiência	2015

Labate RC, Scatena MCM, Furegato ARF. Primeiro encontro dos alunos de enfermagem com os usuários de um núcleo de atenção psicossocial: NAPS. Ciênc cuid Saúde. 2004 abr; 3 (1): 33-40.	artigo	Enfermagem	entrevista com estudantes	2004
Lewis MSR, Palma CMS. O psicólogo na saúde mental: sobre uma experiência de estágio em um centro de atenção psicossocial. Rev mal-estar subj. 2011 dez; 11 (4): 1379-404.	artigo	Psicologia	relato de experiência	2011
Lopes CV, Reinaldo AMS. Contribuição da vivência acadêmica em um centro de convivência de saúde mental na formação do enfermeiro. Cogitare enferm. 2012; out-dez; 17 (4): 775-8.	artigo	Enfermagem	relato de experiência	2012
Mângia EF, Muramoto MT, Marques ALM. Formação profissional e serviços de saúde mental no SUS: estudo sobre a inserção de egressos do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2010 maio- ago; 21 (2): 148-57.	artigo	T.O.	grupos focais com graduados	2010
Maurer BSS, Brusamarello T, Guimarães AN, Oliveira VC, Paes MR, Maftum MA. Extensão universitária em saúde mental na Universidade Federal do Paraná: contribuições à formação do enfermeiro. Ciênc cuid Saúde. 2013 jul- set; 12 (3): 539-47.	artigo	Enfermagem	entrevistas com profissionais	2013
Miranda FAN, Clementino FS, Santos RCA, Silva MB, Costa TS. Percepção de alunos de graduação em enfermagem sobre o processo da reforma psiquiátrica no Brasil. Rev enferm UERJ. 2010 abr- jun; 18 (2): 235-40.	artigo	Enfermagem	questionários aos estudantes (Likert)	2010
Miyai FT, Barros S, Cortes JM. O aluno de enfermagem e o ensino de saúde mental na atenção básica. Rev Gaucha Enferm. 2014 mar; 35 (1): 94-101.	artigo	Enfermagem	entrevista com estudantes	2014
Muniz MP, Tavares CMM, Souza AC, Pacheco CKR, Figueiredo L. Desvendando o projeto terapêutico de enfermagem em saúde mental: um relato de experiência. Rev pesqui cuid Fundam. 2014 jan- mar; 6 (1): 132-40.	artigo	Enfermagem	relato de experiência	2014
Neves HG, Lucchese R, Munari DB. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. Rev Bras Enferm. 2010, 63 (Iss 4): 666-70.	artigo	Enfermagem	reflexão	2010
Oliveira B, Baptista MG, Domenes RM. Saúde mental e fonoaudiologia: uma experiência interdisciplinar em uma clínica-escola. Mundo saúde. 2008 abr- jun; 32 (2): 243-7.	artigo	Fonoaudiologia Psicologia	relato de experiência	2008

Roble OJ, Moreira MIB, Scagliusi FB. A educação física na saúde mental: construindo uma formação na perspectiva interdisciplinar. Interface. Comun Saúde Educ. 2012 abr- jun; 16 (41): 567-78.	artigo	Educação Física Psicologia T.O. Fisioterapia Nutrição	relato de experiência	2012
Rocha DC, Alves FP, Queiroz D, Azevedo EB, Lima AC. Educação em Saúde nas oficinas terapêuticas do centro de atenção psicossocial: Relato de experiência no estágio supervisionado em Saúde mental. Rev Univ Vale do Rio Verde. 2014; 12 (2): 227-35.	artigo	Enfermagem	relato de experiência	2014
Rodrigues AAAIO, Souza ES, Pereira HBB. Rede PET Saúde em Feira de Santana: o desafio da integralidade. Ver baiana saúde pública. 2012 jul- set; 36 (3): 651-67.	artigo	PET	reflexão	2012
Rosa RPF, Andrade ALF, Oliveira SP, Silva AGL, Ferreira AM, Inácio JS, Araújo SMSS. Construindo saberes no trabalho em saúde mental: experiências de formação em saúde. Interface. Comun Saúde Educ. 2015 dez; 19 Supl1: 931-40.	artigo	PET	relato de experiência	2015
Santeiro TV. Processos clínicos em Núcleos de Apoio à Saúde da Família/ NASF: estágio supervisionado. Psicol Ciênc Prof. 2012; 32 (4): 942-55.	artigo	Psicologia	reflexão/ relato de experiência como supervisor de estágios	2012
Santos JP, Souza MBM, Oliveira NF. Reabilitação psicossocial na perspectiva de estudantes e enfermeiros da área de saúde mental. Rev eletrônica enferm. 2011 jan- mar; 13 (1): 60-9.	artigo	Enfermagem	entrevistas com profissionais e estudantes	2011
Santos CG, Portugal FTA, Silva MAB, Souza AC, Abrahão AL. Formação em saúde e produção de vínculo: uma experiência PET-Saúde na rede de Niterói, RJ, Brasil. Interface. Comun Saúde Educ. 2015 dez; 19 Supl1: 985-93.	artigo	PET	relato de experiência	2015
Siqueira MM. As competências em saúde mental das equipes dos serviços de saúde: o caso NEAD-UFES. SMAD. Rev eletrônica saúde mental álcool drog. 2009 ago; 5 (2): 1-14.	artigo	Enfermagem Álcool e drogas	reflexão	2009
Siqueira Júnior AC, Otani MAP. O ensino da enfermagem psiquiátrica e saúde mental no currículo por competências. Rev REME. 2011 out- dez; 15 (4): 539-45.	artigo	Enfermagem	questionário aos estudantes	2011
Soares AN, Reinaldo AMS. Oficinas terapêuticas para hábitos de vida saudável: um relato de experiência. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010a abr- jun; 14 (2): 391-8.	artigo	Enfermagem	relato de experiência	2010
Soares AN, Silveira BV, Reinaldo AMS. Serviços de saúde mental e sua relação com a formação do enfermeiro. Rev. RENE. 2010b jul- set; 11 (3): 47-56.	artigo	Enfermagem	questionários aos docentes	2010

Schweig GR. Saberes e fazeres em construção: etnografia sobre formação profissional e mobilização estudantil no contexto da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; 2009.	Dissertação Mestrado	VER-SUS Antropologia	investigação etnográfica, observação participante e entrevistas com estudantes	2009
Vaie S, Barros S. A vivência de um estudante de enfermagem em uma equipe interdisciplinar: fábrica de ideias. Rev Esc Enferm USP. 2001 jun; 35 (2): 100-7.	artigo	Enfermagem	relato de experiência	2001
Villa EA, Cadete MMM. Portas abertas: novas possibilidades no ensino da enfermagem psiquiátrica. Rev Lat Am Enfermagem. 2000 dez; 8 (6): 13-9.	artigo	Enfermagem	relatos de estudantes sobre ensino e questionário	2000
Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2006.	Tese Doutorado	Psicologia	reflexão	2006

APÊNDICE C – Publicações selecionadas para a Revisão Integrativa (Eixo B).

Referência	Tipo	Campo do conhecimento	Procedimentos utilizados	Ano
Braga VAB, Silva GB. O ensino de enfermagem psiquiátrica no Ceará: a realidade que se esboça. Rev Lat Am Enferm. 2000 jan; 8 (1): 13-21.	artigo	Enfermagem	pesquisa documental e entrevista com docentes	2000
Carneiro LA. A saúde mental em cursos de graduação na área da saúde em Goiânia/GO interfaces com a Reforma Psiquiátrica e as Diretrizes Curriculares Nacionais [dissertação]. Goiânia-GO: Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina; 2010.	Dissertação Mestrado	Enfermagem, Medicina, psicologia e T.O.	pesquisa bibliográfica; pesquisa documental; entrevista com docentes	2010
Esperidião E, Silva NS, Caixeta CC, Rodrigues J. A Enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. Rev Bras Enferm. 2013 set; 66 (spe): 171-6.	artigo	Enfermagem	reflexão	2013
Fernandes JD, Sadigursky D, Silva RMO, Amorim AB, Teixeira GAS, Araújo MCF. Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. Rev Esc Enferm USP. 2009 dez; 43 (4): 962-8.	artigo	Enfermagem	reflexão	2009
Furegato ARF, Osinaga VLM. Opinião de estudantes de enfermagem sobre doença mental e assistência na área. Rev Bras Enferm. 2003 mar- abr; 56 (2): 143-6.	artigo	Enfermagem	entrevista com estudantes (Likert)	2003
Guimarães J, Medeiros SM. Contribuição ao ensino de saúde mental sob o signo da desinstitucionalização. Ciência & Saúde Coletiva. 2001; 6 (Iss 1): 97-104.	artigo		relato de experiência (de ensino)	2001
Kantorski LP, Silva GB. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: um olhar a partir dos programas das disciplinas. Rev Lat Am Enferm. 2000 dez; 8 (6): 27-34.	artigo	Enfermagem	pesquisa documental e depoimentos de docentes e estudantes	2000
Kantorski LP, Silva GB, Silva ENF. As concepções e cenários do ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Rev Bras Enferm. 2001 jul- set; 54 (3): 409-19.	artigo	Enfermagem	pesquisa documental e entrevistas com docentes e estudantes	2001
Kantorski LP, Scatena MCM. A reabilitação psicossocial: abordagem no ensino de Enfermagem. Rev enferm UERJ. 2002 set-dez; 10 (3): 226-30.	artigo	Enfermagem	pesquisa documental	2002

Macedo JP, Dimenstein MDB. Formação do psicólogo para a saúde mental: a psicologia piauiense em análise. Interface. Comun Saúde Educ. 2011 out- dez; 15 (39): 1145-58.	artigo	Psicologia	pesquisa documental e entrevistas com coordenadores de cursos	2011
Maftum MA, Alencastre MB. A prática e o ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Brasil: questões para reflexões. Cogitare enferm. 2002 jan- jun; 7 (1): 61-7.	artigo	Enfermagem	reflexão	2002
Magnago C, Tavares CMM. O ensino de enfermagem psiquiátrica nas Universidades Públicas do Estado do Rio de Janeiro. Rev eletrônica enferm. 2012 jan- mar; 14 (1): 50-8.	artigo	Enfermagem	pesquisa documental	2012
Munari DB, Godoy MTH, Esperidião E. Ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental na faculdade de enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2006 dez; 10 (4): 684-93.	artigo	Enfermagem	pesquisa documental	2006
Neves HG, Lucchese R, Munari DB, Vera I, Santana FR. O processo de formação do enfermeiro em saúde mental para atenção primária em saúde. Rev RENE. 2012 jan- fev; 13 (1): 53-63.	artigo	Enfermagem	entrevista com profissionais	2012
Santos SS, Soares MH, Hirata AGP. Atitudes, conhecimento e opinião frente a saúde mental em alunos de graduação em enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2013 out; 47 (5): 1195-202.	artigo	Enfermagem	questionário aos estudantes	2013
Silva ATM, Souza JS, Siva CC, Nóbrega MML, Filha MO, Barros S, Braga JE et. Formação de Enfermeiros na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Rev Bras Enferm. 2004 nov- dez; 57 (6): 675-8.	artigo	Enfermagem	entrevista com graduados	2004
Tavares CMM. Análise crítica de uma experiência de integração do estágio de enfermagem em saúde mental ao sistema único de saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2006 dez; 10 (4): 740-7.	artigo	Enfermagem	análise de experiência	2006
Villa EA. Buscando novos caminhos para o ensino e a prática da enfermagem psiquiátrica. Acta paul Enferm. 2000 jan- abr; 13 (1): 47-54.	artigo	Enfermagem	pesquisas bibliográficas e análise teórico-reflexiva	2000
Villela JC, Maftum MA, Paes MR. O ensino de saúde mental na graduação em enfermagem: um estudo de caso. Texto Contexto Enferm. 2013 abr- jun; 22 (2): 397-406.	artigo	Enfermagem	pesquisa documental e observação direta de docente e estudantes	2013

Instrumento para a construção dos dados**1ª. Rodada**

1. Quais os motivos que o levaram a realizar estágio no CAPS III Itaim Bibi? Foi uma escolha pessoal ou por determinação da Universidade?
2. Em que ano e semestre realizou o estágio? Qual foi o tempo de duração?
3. De quais atividades do CAPS III Itaim Bibi você participou? Como foi a forma e a qualidade da sua participação?
4. Quais eram suas expectativas com relação ao estágio? Elas foram atendidas? Se sim, Como? Se não, por que?
5. Quais foram os temas e estudos que propiciaram sua formação neste estágio?
6. Quais foram suas observações e aprendizados sobre o trabalho em equipe neste estágio?
7. Durante sua experiência de estágio, quais situações foram fundamentais para a sua formação profissional?
8. Você já se graduou? Se sim, onde atua hoje? A experiência de estágio neste CAPS influenciou sua formação de alguma maneira? Se sim, como e por que?
9. Tendo em vista sua experiência de estágio e experiência profissional, quais alterações você sugere para a proposta de estágio no CAPS III Itaim Bibi? Por que?
10. Escreva um pequeno texto, de até 10 linhas, em que você apresenta o estágio que realizou no CAPS III para outro colega de sua área profissional, que demonstra interesse em realizar o estágio, mas está em dúvida sobre se deveria realizá-lo.

APÊNDICE E - Instrumento para a construção dos dados 2

Instrumento para a construção dos dados**2ª. Rodada****Curso de graduação:****Ano do estágio:****Avalie as assertivas, assinalando-as de acordo com o código:****Código:** 1-Não concordo totalmente. 2-Não concordo parcialmente. 3-Indiferente. 4-Concordo parcialmente. 5-Concordo totalmente.

QUESTÕES		1	2	3	4	5
Forma e qualidade da sua participação nas atividades do CAPS III Itaim Bibi	A participação foi ativa, sentindo-se parte da equipe.					
	A participação dependia da atividade ou do espaço no qual estava inserido.					
	Durantes as reuniões houve participação somente como observadores.					
	A participação dependia da abertura ou escuta aos estagiários por parte da equipe.					
Observações/Comentários:						
Expectativas com relação ao estágio atendidas	Houve contato com a loucura.					
	Superação de preconceitos.					
	Conhecimento da dinâmica e funcionamento institucional/ Realidade do serviço.					
	Aprendizagem de trabalho em equipe.					
	Manejo de situações de crise e de conflito.					
Expectativas com relação ao estágio não atendidas	O tempo/duração do estágio foi insuficiente para a aprendizagem					
	Falta aprendizagem de raciocínio clínico					
	Restrição por parte da equipe quanto à participação do estagiário em determinadas atividades (Especificar, caso queira, nas observações).					
	Falta clareza do papel específico de cada profissional.					
	O contato com o serviço foi frustrante, pois este não funciona de acordo com os ideais da Reforma Psiquiátrica propostos pela literatura.					
Observações/Comentários:						
Temas e estudos que propiciaram sua formação	SUS e Reforma Sanitária					
	Reforma Psiquiátrica/ Luta antimanicomial/ Políticas de Saúde Mental					

neste estágio	Desinstitucionalização					
	Reabilitação Psicossocial/ Autores: Saraceno, Basaglia, Tikanori, Paulo Amarante.					
	Economia Solidária/Cooperativas/Geração de renda					
	Rede/ Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)					
	Política Nacional de Humanização (Acolhimento; Matriciamento; Clínica Ampliada)					
	Projeto Terapêutico Singular (PTS)					
	Relação terapêutica/ Vínculo/ Escuta					
	Comunicação Terapêutica					
	Trabalho em equipe					
	Atividades terapêuticas/ Arte e Terapia					
	Arte e Cultura					
	Grupos/ Oficinas					
	Família					
	Modo de produção da sociedade					
	Subjetividade					
	Psicanálise (transferência, contratransferência, constituição do sujeito)					
	Psicologia Institucional					
	Estigma					
	Loucura					
	Psicopatologia/Doenças/Transtornos mentais/Picose					
	Funções psíquicas e suas alterações					
	Psicotrópicos e outros fármacos					
	Administração de medicamentos					
	Resposta à crise					
	Formas de contenção					
	Acompanhamento Terapêutico (AT)					
	Acesso aos direitos sociais					
	Redução de danos					
	Administração/Gestão					
	Saúde do adulto e do idoso/Comorbidades					
Outros temas:						
QUESTÕES		1	2	3	4	5
Sobre o trabalho em equipe:						
Percepções do trabalho em equipe	É necessária a abertura à diversidade, escuta e respeito, para superar dificuldades nas relações interpessoais e na comunicação e contemplar múltiplos discursos, saberes e ideias dos diferentes profissionais.					
	Possibilita um cuidado mais integral dos usuários e a construção de projetos terapêuticos singulares, por meio da					

	construção coletiva e da não hierarquização.					
	É difícil porque vai contra a estrutura enraizada na sociedade de papéis sociais mais reconhecidos, que tem mais status e poder. O saber do médico ainda é mais valorizado e isto também pode ser verificado na questão salarial.					
	Mudanças na equipe (saída de profissionais) influenciam negativamente o trabalho e o cuidado com os usuários					
Avaliação da equipe do CAPS III Itaim Bibi	O trabalho em equipe é uma qualidade diferenciada neste serviço, comparado a de outros, apesar das dificuldades de relacionamento interpessoal e de pontos de vista conflituosos sobre o desenvolvimento do trabalho.					
	Equipe colaborativa, integrada, protagonista, comprometida em articular a rede de serviços.					
	Equipe receptiva, acolhedora e aberta à interação com os estagiários.					
	Equipe com muitas demandas e sobrecarga de trabalho pesado e desgastante (situações graves).					
	Trabalho mais generalista, com mistura e perda da identidade profissional.					
	A participação dos profissionais da limpeza, da copa e da segurança é considerada importante no acompanhamento dos usuários.					
Observações/Comentários:						
Sobre as situações vivenciadas que foram fundamentais para sua formação	Os estagiários sentem autonomia, liberdade para interagir e discutir questões com a equipe e serem protagonistas em situações reais.					
	Houve pouca abertura e trocas com outros profissionais da equipe, para além do profissional responsável pelo estágio.					
	A prática do serviço ("trabalho vivo em ato") é fundamental para a formação profissional.					
	As reuniões foram espaços para reflexões sobre o cotidiano e construções coletivas.					
	A participação em equipe de Coordenação de Período contribuiu para a formação (Especificar os aprendizados nas observações).					
	O espaço de convivência/ambiência foi importante para o contato com a loucura.					
	O espaço de convivência/ambiência mobilizou muitas angústias nos					

	estudantes, profissionais e usuários.					
	O espaço de convivência/ambiência era vazio de contato. O vazio institucional era intenso.					
	Houve aprendizado sobre manejo de situações de crise.					
	Houve aprendizado sobre formas de contenção.					
	Houve aprendizado sobre acompanhamento de usuário e construção de projeto terapêutico singular.					
	Houve aprendizado sobre acompanhamento de usuários em grupos.					
	Houve aprendizado sobre trabalho territorial.					
	Houve aprendizado sobre trabalho intersetorial.					
	Houve aprendizado sobre construção de rede.					
	Houve possibilidade de experimentar o trabalho específico de sua área profissional.					
	As supervisões/oficinas de reflexões oferecidas pela Universidade foram fundamentais.					
	As supervisões multiprofissionais ou acompanhamento de algum profissional específico do serviço foram fundamentais.					
	As supervisões clínico-institucionais (realizadas por profissional externo ao serviço nas Reuniões Gerais ou de Mini-Equipes) foram importantes.					
	Os estudos teóricos e a elaboração de relatórios reflexivos e/ou estudos de casos foram importantes.					
Observações/Comentários:						
Influência da experiência do estágio na sua formação:						
Negativa	Não sentiu que aprendeu a organizar um raciocínio clínico que levasse a um plano terapêutico efetivo, com indicadores eficientes de satisfação da demanda.					
Positiva	A experiência influenciou de forma positiva no sentido da aprendizagem de condutas éticas.					
	A experiência influenciou de forma positiva no sentido da aprendizagem de formas mais amplas e humanizadas de se relacionar com as pessoas com sofrimento psíquico.					
	A experiência influenciou de forma					

	positiva no sentido do conhecimento sobre a rede de atenção.					
Observações/Comentários:						
Sugestões/ Propostas de alterações no estágio para o serviço	Maior tempo, dedicação, organização e abertura aos estagiários por parte da equipe.					
	Maior compreensão da equipe sobre as inseguranças dos estagiários e diminuição de sua expectativa com relação às possibilidades dos mesmos de lidarem com determinadas situações.					
	Desenvolvimento de Supervisão Multiprofissional.					
	Manutenção da flexibilidade e das possibilidades de escolhas das atividades por parte dos estagiários.					
	Elaboração de um glossário com os principais termos utilizados no cotidiano do CAPS.					
	Garantia de que os estagiários participem de determinados espaços e atividades independentemente de mudanças na gestão ou na equipe do serviço.					
	Discussão sobre patologias e medicamentos.					
	Estabelecimento de funções para os estagiários.					
	Elaboração de um roteiro de acompanhamento e avaliação das atividades das quais cada estagiário participou.					
	Participação em grupos de acompanhamento mesmo com o curto tempo de estágio.					
	Garantia de participação na realização de Acolhimento de novo usuário.					
	Participação em acolhimento noturno e/ou de final de semana.					
	Detalhamento das práticas específicas de cada profissional da equipe.					
Outras propostas:						

QUESTÕES ABERTAS:

Outras observações em relação ao estágio realizado e às questões levantadas.

Outras observações em relação à sua participação nesta pesquisa.

APÊNDICE F – Respostas da 2ª. Rodada em Quadros Específicos

Terapia Ocupacional. 12 respostas.

Variou entre 20 a 47 pontos.

Considerou-se com *alto grau de concordância* (AC) as afirmações que obtiveram entre 38 a 47 pontos (acima de 80% da pontuação total) e com grau de *concordância parcial* (CP) aquelas que obtiveram entre 28 e 37 pontos (60 a 79% da pontuação total). As afirmações com pontuações abaixo de 60% (entre 20 e 27 pontos), são de *baixa concordância* (BC).

QUESTÕES		Pontuação Final	Grau de concordância
Forma e qualidade da sua participação nas atividades do CAPS III Itaim Bibi	A participação foi ativa, sentindo-se parte da equipe.	29	CP
	A participação dependia da atividade ou do espaço no qual estava inserido.	37	CP
	Durantes as reuniões houve participação somente como observadores.	36	CP
	A participação dependia da abertura ou escuta aos estagiários por parte da equipe.	35	CP
Expectativas com relação ao estágio atendidas	Houve contato com a loucura.	44	AC
	Superação de preconceitos.	39	AC
	Conhecimento da dinâmica e funcionamento institucional/ Realidade do serviço.	41	AC
	Aprendizagem de trabalho em equipe.	38	AC
	Manejo de situações de crise e de conflito.	32	CP
Expectativas com relação ao estágio não atendidas	O tempo/duração do estágio foi insuficiente para a aprendizagem	33	CP
	Falta aprendizagem de raciocínio clínico	33	CP
	Restrição por parte da equipe quanto à participação do estagiário em determinadas atividades (Especificar, caso queira, nas observações).	24	BC
	Falta clareza do papel específico de cada profissional.	22	BC
	O contato com o serviço foi frustrante, pois este não funciona de acordo com os ideais da Reforma Psiquiátrica propostos pela literatura.	20	BC

Temas e estudos que propiciaram sua formação neste estágio	SUS e Reforma Sanitária	41	AC
	Reforma Psiquiátrica/ Luta antimanicomial/ Políticas de Saúde Mental	42	AC
	Desinstitucionalização	43	AC
	Reabilitação Psicossocial/ Autores: Saraceno, Basaglia, Tikanori, Paulo Amarante.	45	AC
	Economia Solidária/ Cooperativas/ Geração de renda	39	AC
	Rede/ Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	30	CP
	Política Nacional de Humanização (Acolhimento; Matriciamento; Clínica Ampliada)	43	AC
	Projeto Terapêutico Singular (PTS)	42	AC
	Relação terapêutica/ Vínculo/ Escuta	42	AC
	Comunicação Terapêutica	32	CP
	Trabalho em equipe	42	AC
	Atividades terapêuticas/ Arte e Terapia	37	CP
	Arte e Cultura	36	CP
	Grupos/ Oficinas	38	AC
	Família	30	CP
	Modo de produção da sociedade	35	CP
	Subjetividade	40	AC
	Psicanálise (transferência, contratransferência, constituição do sujeito)	28	CP
	Psicologia Institucional	32	CP
	Estigma	42	AC
	Loucura	45	AC
	Psicopatologia/Doenças/Transtornos mentais/Psicose	28	CP
	Funções psíquicas e suas alterações	28	CP
	Psicotrópicos e outros fármacos	25	BC
	Administração de medicamentos	22	BC
	Resposta à crise	36	CP
	Formas de contenção	26	BC
	Acompanhamento Terapêutico (AT)	33	CP
	Acesso aos direitos sociais	34	CP
	Redução de danos	30	CP
	Administração/Gestão	28	CP
	Saúde do adulto e do idoso/Comorbidades	30	CP
Percepções do trabalho em equipe	É necessária a abertura à diversidade, escuta e respeito, para superar dificuldades nas relações interpessoais e na comunicação e contemplar múltiplos discursos, saberes e ideias dos diferentes profissionais.	41	AC
	Possibilita um cuidado mais integral dos usuários e a construção de projetos terapêuticos singulares, por meio da construção coletiva e da não hierarquização.	47	AC
	É difícil porque vai contra a estrutura enraizada na sociedade de papéis sociais mais reconhecidos, que tem mais status e poder. O saber do médico ainda é mais valorizado e isto também pode ser verificado na questão salarial.	38	AC
	Mudanças na equipe (saída de profissionais) influenciam negativamente o trabalho e o cuidado com os usuários	36	CP

Avaliação da equipe do CAPS III Itaim Bibi	O trabalho em equipe é uma qualidade diferenciada neste serviço, comparado a de outros, apesar das dificuldades de relacionamento interpessoal e de pontos de vista conflituosos sobre o desenvolvimento do trabalho.	32	CP
	Equipe colaborativa, integrada, protagonista, comprometida em articular a rede de serviços.	27	BC
	Equipe receptiva, acolhedora e aberta à interação com os estagiários.	33	CP
	Equipe com muitas demandas e sobrecarga de trabalho pesado e desgastante (situações graves).	39	AC
	Trabalho mais generalista, com mistura e perda da identidade profissional.	24	BC
	A participação dos profissionais da limpeza, da copa e da segurança é considerada importante no acompanhamento dos usuários.	41	AC
Sobre as situações vivenciadas que foram fundamentais para sua formação	Os estagiários sentem autonomia, liberdade para interagir e discutir questões com a equipe e serem protagonistas em situações reais.	32	CP
	Houve pouca abertura e trocas com outros profissionais da equipe, para além do profissional responsável pelo estágio.	29	CP
	A prática do serviço ("trabalho vivo em ato") é fundamental para a formação profissional.	46	AC
	As reuniões foram espaços para reflexões sobre o cotidiano e construções coletivas.	39	AC
	A participação em equipe de Coordenação de Período contribuiu para a formação (Especificar os aprendizados nas observações).	29	CP
	O espaço de convivência/ambiência foi importante para o contato com a loucura.	43	AC
	O espaço de convivência/ambiência mobilizou muitas angústias nos estudantes, profissionais e usuários.	38	AC
	O espaço de convivência/ambiência era vazio de contato. O vazio institucional era intenso.	23	BC
	Houve aprendizado sobre manejo de situações de crise.	31	CP
	Houve aprendizado sobre formas de contenção.	20	BC
	Houve aprendizado sobre acompanhamento de usuário e construção de projeto terapêutico singular.	39	AC
	Houve aprendizado sobre acompanhamento de usuários em grupos.	33	CP
	Houve aprendizado sobre trabalho territorial.	40	AC
	Houve aprendizado sobre trabalho intersetorial.	32	CP
	Houve aprendizado sobre construção de rede.	35	CP
	Houve possibilidade de experimentar o trabalho específico de sua área profissional.	34	CP
	As supervisões/oficinas de reflexões oferecidas pela Universidade foram fundamentais.	40	AC
	As supervisões multiprofissionais ou acompanhamento de algum profissional específico do serviço foram fundamentais.	35	CP
	As supervisões clínico-institucionais (realizadas por profissional externo ao serviço nas Reuniões Gerais ou de Mini-Equipes) foram importantes.	30	CP
	Os estudos teóricos e a elaboração de relatórios reflexivos e/ou estudos de casos foram importantes.	44	AC

Influência da experiência do estágio na sua formação:			
Negativa	Não sentiu que aprendeu a organizar um raciocínio clínico que levasse a um plano terapêutico efetivo, com indicadores eficientes de satisfação da demanda.	24	BC
Positiva	A experiência influenciou de forma positiva no sentido da aprendizagem de condutas éticas.	42	AC
	A experiência influenciou de forma positiva no sentido da aprendizagem de formas mais amplas e humanizadas de se relacionar com as pessoas com sofrimento psíquico.	44	AC
	A experiência influenciou de forma positiva no sentido do conhecimento sobre a rede de atenção.	43	AC
Sugestões/ Propostas de alterações no estágio para o serviço	Maior tempo, dedicação, organização e abertura aos estagiários por parte da equipe.	43	AC
	Maior compreensão da equipe sobre as inseguranças dos estagiários e diminuição de sua expectativa com relação às possibilidades dos mesmos de lidarem com determinadas situações.	36	CP
	Desenvolvimento de Supervisão Multiprofissional.	43	AC
	Manutenção da flexibilidade e das possibilidades de escolhas das atividades por parte dos estagiários.	45	AC
	Elaboração de um glossário com os principais termos utilizados no cotidiano do CAPS.	26	BC
	Garantia de que os estagiários participem de determinados espaços e atividades independentemente de mudanças na gestão ou na equipe do serviço.	45	AC
	Discussão sobre patologias e medicamentos.	39	AC
	Estabelecimento de funções para os estagiários.	38	AC
	Elaboração de um roteiro de acompanhamento e avaliação das atividades das quais cada estagiário participou.	26	BC
	Participação em grupos de acompanhamento mesmo com o curto tempo de estágio.	40	AC
	Garantia de participação na realização de Acolhimento de novo usuário.	46	AC
	Participação em acolhimento noturno e/ou de final de semana.	33	CP
	Detalhamento das práticas específicas de cada profissional da equipe.	29	CP

Enfermagem. 9 respostas.

Variou entre 10 a 35 pontos.

Considerou-se com *alto grau de concordância* (AC) as afirmações que obtiveram entre 28 a 35 pontos (acima de 80% da pontuação total) e com grau de *concordância parcial* (CP) aquelas que obtiveram entre 21 e 27 pontos (60 a 79% da pontuação total). As afirmações com pontuações abaixo de 60% (entre 10 e 20 pontos), são de *baixa concordância* (BC).

QUESTÕES		Pontuação Final	Grau de concordância
Forma e qualidade da sua participação nas atividades do CAPS III Itaim Bibi	A participação foi ativa, sentindo-se parte da equipe.	28	AC
	A participação dependia da atividade ou do espaço no qual estava inserido.	25	CP
	Durantes as reuniões houve participação somente como observadores.	16	BC
	A participação dependia da abertura ou escuta aos estagiários por parte da equipe.	23	CP
Expectativas com relação ao estágio atendidas	Houve contato com a loucura.	29	AC
	Superação de preconceitos.	30	AC
	Conhecimento da dinâmica e funcionamento institucional/ Realidade do serviço.	32	AC
	Aprendizagem de trabalho em equipe.	33	AC
	Manejo de situações de crise e de conflito.	30	AC
Expectativas com relação ao estágio não atendidas	O tempo/duração do estágio foi insuficiente para a aprendizagem	20	BC
	Falta aprendizagem de raciocínio clínico	20	BC
	Restrição por parte da equipe quanto à participação do estagiário em determinadas atividades (Especificar, caso queira, nas observações).	20	BC
	Falta clareza do papel específico de cada profissional.	24	CP
	O contato com o serviço foi frustrante, pois este não funciona de acordo com os ideais da Reforma Psiquiátrica propostos pela literatura.	10	BC
Temas e estudos que propiciaram sua formação neste estágio	SUS e Reforma Sanitária	26	CP
	Reforma Psiquiátrica/ Luta antimanicomial/ Políticas de Saúde Mental	34	AC
	Desinstitucionalização	35	AC
	Reabilitação Psicossocial/ Autores: Saraceno, Basaglia, Tikanori, Paulo Amarante.	32	AC
	Economia Solidária/Cooperativas/Geração de renda	32	AC
	Rede/ Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	25	CP
	Política Nacional de Humanização (Acolhimento; Matriciamento; Clínica Ampliada)	24	CP
	Projeto Terapêutico Singular (PTS)	31	AC
	Relação terapêutica/ Vínculo/ Escuta	35	AC
	Comunicação Terapêutica	35	AC
	Trabalho em equipe	32	AC
	Atividades terapêuticas/ Arte e Terapia	28	AC
	Arte e Cultura	20	BC
	Grupos/ Oficinas	30	AC
	Família	22	CP

	Modo de produção da sociedade	16	BC
	Subjetividade	18	BC
	Psicanálise (transferência, contratransferência, constituição do sujeito)	22	CP
	Psicologia Institucional	17	BC
	Estigma	27	CP
	Loucura	32	AC
	Psicopatologia/Doenças/Transtornos mentais/Psicose	27	CP
	Funções psíquicas e suas alterações	34	AC
	Psicotrópicos e outros fármacos	13	BC
	Administração de medicamentos	23	CP
	Resposta à crise	24	CP
	Formas de contenção	26	CP
	Acompanhamento Terapêutico (AT)	29	AC
	Acesso aos direitos sociais	28	AC
	Redução de danos	21	CP
	Administração/Gestão	13	BC
	Saúde do adulto e do idoso/Comorbidades	20	BC
Percepções do trabalho em equipe	É necessária a abertura à diversidade, escuta e respeito, para superar dificuldades nas relações interpessoais e na comunicação e contemplar múltiplos discursos, saberes e ideias dos diferentes profissionais.	31	AC
	Possibilita um cuidado mais integral dos usuários e a construção de projetos terapêuticos singulares, por meio da construção coletiva e da não hierarquização.	33	AC
	É difícil porque vai contra a estrutura enraizada na sociedade de papéis sociais mais reconhecidos, que tem mais status e poder. O saber do médico ainda é mais valorizado e isto também pode ser verificado na questão salarial.	33	AC
	Mudanças na equipe (saída de profissionais) influenciam negativamente o trabalho e o cuidado com os usuários	26	CP
Avaliação da equipe do CAPS III Itaim Bibi	O trabalho em equipe é uma qualidade diferenciada neste serviço, comparado a de outros, apesar das dificuldades de relacionamento interpessoal e de pontos de vista conflituosos sobre o desenvolvimento do trabalho.	31	AC
	Equipe colaborativa, integrada, protagonista, comprometida em articular a rede de serviços.	30	AC
	Equipe receptiva, acolhedora e aberta à interação com os estagiários.	28	AC
	Equipe com muitas demandas e sobrecarga de trabalho pesado e desgastante (situações graves).	28	AC

	Trabalho mais generalista, com mistura e perda da identidade profissional.	19	BC
	A participação dos profissionais da limpeza, da copa e da segurança é considerada importante no acompanhamento dos usuários.	23	CP
Sobre as situações vivenciadas que foram fundamentais para sua formação	Os estagiários sentem autonomia, liberdade para interagir e discutir questões com a equipe e serem protagonistas em situações reais.	30	AC
	Houve pouca abertura e trocas com outros profissionais da equipe, para além do profissional responsável pelo estágio.	17	BC
	A prática do serviço ("trabalho vivo em ato") é fundamental para a formação profissional.	32	AC
	As reuniões foram espaços para reflexões sobre o cotidiano e construções coletivas.	25	CP
	A participação em equipe de Coordenação de Período contribuiu para a formação (Especificar os aprendizados nas observações).	20	BC
	O espaço de convivência/ambiência foi importante para o contato com a loucura.	28	AC
	O espaço de convivência/ambiência mobilizou muitas angústias nos estudantes, profissionais e usuários.	20	BC
	O espaço de convivência/ambiência era vazio de contato. O vazio institucional era intenso.	18	BC
	Houve aprendizado sobre manejo de situações de crise.	23	CP
	Houve aprendizado sobre formas de contenção.	21	CP
	Houve aprendizado sobre acompanhamento de usuário e construção de projeto terapêutico singular.	33	AC
	Houve aprendizado sobre acompanhamento de usuários em grupos.	26	CP
	Houve aprendizado sobre trabalho territorial.	24	CP
	Houve aprendizado sobre trabalho intersetorial.	24	CP
	Houve aprendizado sobre construção de rede.	22	CP
	Houve possibilidade de experimentar o trabalho específico de sua área profissional.	22	CP
	As supervisões/oficinas de reflexões oferecidas pela Universidade foram fundamentais.	15	BC

	As supervisões multiprofissionais ou acompanhamento de algum profissional específico do serviço foram fundamentais.	28	AC
	As supervisões clínico-institucionais (realizadas por profissional externo ao serviço nas Reuniões Gerais ou de Mini-Equipes) foram importantes.	21	CP
	Os estudos teóricos e a elaboração de relatórios reflexivos e/ou estudos de casos foram importantes.	25	CP
Influência da experiência do estágio na sua formação:			
Negativa	Não sentiu que aprendeu a organizar um raciocínio clínico que levasse a um plano terapêutico efetivo, com indicadores eficientes de satisfação da demanda.	15	BC
Positiva	A experiência influenciou de forma positiva no sentido da aprendizagem de condutas éticas.	33	AC
	A experiência influenciou de forma positiva no sentido da aprendizagem de formas mais amplas e humanizadas de se relacionar com as pessoas com sofrimento psíquico.	35	AC
	A experiência influenciou de forma positiva no sentido do conhecimento sobre a rede de atenção.	30	AC
Sugestões/ Propostas de alterações no estágio para o serviço	Maior tempo, dedicação, organização e abertura aos estagiários por parte da equipe.	28	AC
	Maior compreensão da equipe sobre as inseguranças dos estagiários e diminuição de sua expectativa com relação às possibilidades dos mesmos de lidarem com determinadas situações.	21	CP
	Desenvolvimento de Supervisão Multiprofissional.	35	AC
	Manutenção da flexibilidade e das possibilidades de escolhas das atividades por parte dos estagiários.	31	AC
	Elaboração de um glossário com os principais termos utilizados no cotidiano do CAPS.	24	CP
	Garantia de que os estagiários participem de determinados espaços e atividades independentemente de mudanças na gestão ou na equipe do serviço.	28	AC
	Discussão sobre patologias e medicamentos.	32	AC
	Estabelecimento de funções para os estagiários.	26	CP
	Elaboração de um roteiro de acompanhamento e avaliação das atividades das quais cada estagiário participou.	30	AC

	Participação em grupos de acompanhamento mesmo com o curto tempo de estágio.	32	AC
	Garantia de participação na realização de Acolhimento de novo usuário.	34	AC
	Participação em acolhimento noturno e/ou de final de semana.	30	AC
	Detalhamento das práticas específicas de cada profissional da equipe.	26	CP

QUESTÕES ABERTAS:

Outras observações em relação ao estágio realizado e às questões levantadas.

A equipe do CAPS Itaim melhorou muito em relação aos estagiários. Percebo um amadurecimento da equipe em relação ao que o estagiário pode desempenhar (Enfermagem, 2014).

Outras observações em relação à sua participação nesta pesquisa.

Avalio de forma positiva minha possibilidade de participação nessa pesquisa tendo em vista as propostas de melhorias para o Estágio no CAPS o qual contribuiu muito para minha formação profissional (Enfermagem, 2014)

Obrigada pela oportunidade de contribuir para sua pesquisa! (Enfermagem, 2014)

Psicologia. 3 respostas.

Variou entre 1 a 12 pontos.

Considerou-se com *alto grau de concordância* (AC) as afirmações que obtiveram entre 10 a 12 pontos (acima de 80% da pontuação total) e com grau de *concordância parcial* (CP) aquelas que obtiveram entre 8 e 9 pontos (60 a 79% da pontuação total). As afirmações com pontuações abaixo de 60% (entre 1 e 7 pontos), são de *baixa concordância* (BC).

QUESTÕES		Pontuação Final	Grau de concordância
Forma e qualidade da sua participação nas atividades do CAPS III Itaim Bibi	A participação foi ativa, sentindo-se parte da equipe.	10	AC
	A participação dependia da atividade ou do espaço no qual estava inserido.	7	BC
	Durantes as reuniões houve participação somente como observadores.	7	BC
	A participação dependia da abertura ou escuta aos estagiários por parte da equipe.	10	AC

Expectativas com relação ao estágio atendidas	Houve contato com a loucura.	12	AC
	Superação de preconceitos.	11	AC
	Conhecimento da dinâmica e funcionamento institucional/ Realidade do serviço.	12	AC
	Aprendizagem de trabalho em equipe.	12	AC
	Manejo de situações de crise e de conflito.	7	BC
Expectativas com relação ao estágio não atendidas	O tempo/duração do estágio foi insuficiente para a aprendizagem	3	BC
	Falta aprendizagem de raciocínio clínico	5	BC
	Restrição por parte da equipe quanto à participação do estagiário em determinadas atividades (Especificar, caso queira, nas observações).	4	BC
	Falta clareza do papel específico de cada profissional.	3	BC
	O contato com o serviço foi frustrante, pois este não funciona de acordo com os ideais da Reforma Psiquiátrica propostos pela literatura.	3	BC
Temas e estudos que propiciaram sua formação neste estágio	SUS e Reforma Sanitária	12	AC
	Reforma Psiquiátrica/ Luta antimanicomial/ Políticas de Saúde Mental	12	AC
	Desinstitucionalização	12	AC
	Reabilitação Psicossocial/ Autores: Saraceno, Basaglia, Tikanori, Paulo Amarante.	8	CP
	Economia Solidária/Cooperativas/Geração de renda	10	AC
	Rede/ Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	12	AC
	Política Nacional de Humanização (Acolhimento; Matriciamento; Clínica Ampliada)	12	AC
	Projeto Terapêutico Singular (PTS)	12	AC
	Relação terapêutica/ Vínculo/ Escuta	12	AC
	Comunicação Terapêutica	12	AC
	Trabalho em equipe	12	AC
	Atividades terapêuticas/ Arte e Terapia	12	AC
	Arte e Cultura	10	AC
	Grupos/ Oficinas	11	AC
	Família	9	CP
	Modo de produção da sociedade	9	CP
	Subjetividade	10	AC
	Psicanálise (transferência, contratransferência, constituição do sujeito)	12	AC
	Psicologia Institucional	8	CP
	Estigma	11	AC
	Loucura	12	AC
	Psicopatologia/Doenças/Transtornos mentais/ Psicose	12	AC
	Funções psíquicas e suas alterações	12	AC

	Psicotrópicos e outros fármacos	8	CP
	Administração de medicamentos	8	CP
	Resposta à crise	4	BC
	Formas de contenção	11	AC
	Acompanhamento Terapêutico (AT)	5	BC
	Acesso aos direitos sociais	9	CP
	Redução de danos	11	AC
	Administração/Gestão	5	BC
	Saúde do adulto e do idoso/Comorbidades	5	BC
Percepções do trabalho em equipe	É necessária a abertura à diversidade, escuta e respeito, para superar dificuldades nas relações interpessoais e na comunicação e contemplar múltiplos discursos, saberes e ideias dos diferentes profissionais.	12	AC
	Possibilita um cuidado mais integral dos usuários e a construção de projetos terapêuticos singulares, por meio da construção coletiva e da não hierarquização.	12	AC
	É difícil porque vai contra a estrutura enraizada na sociedade de papéis sociais mais reconhecidos, que tem mais status e poder. O saber do médico ainda é mais valorizado e isto também pode ser verificado na questão salarial.	11	AC
	Mudanças na equipe (saída de profissionais) influenciam negativamente o trabalho e o cuidado com os usuários	10	AC
Avaliação da equipe do CAPS III Itaim Bibi	O trabalho em equipe é uma qualidade diferenciada neste serviço, comparado a de outros, apesar das dificuldades de relacionamento interpessoal e de pontos de vista conflituosos sobre o desenvolvimento do trabalho.	12	AC
	Equipe colaborativa, integrada, protagonista, comprometida em articular a rede de serviços.	12	AC
	Equipe receptiva, acolhedora e aberta à interação com os estagiários.	10	AC
	Equipe com muitas demandas e sobrecarga de trabalho pesado e desgastante (situações graves).	10	AC
	Trabalho mais generalista, com mistura e perda da identidade profissional.	5	BC
	A participação dos profissionais da limpeza, da copa e da segurança é considerada importante no acompanhamento dos usuários.	10	AC
Sobre as situações vivenciadas que foram fundamentais para sua formação	Os estagiários sentem autonomia, liberdade para interagir e discutir questões com a equipe e serem protagonistas em situações reais.	9	CP

	Houve pouca abertura e trocas com outros profissionais da equipe, para além do profissional responsável pelo estágio.	8	CP
	A prática do serviço ("trabalho vivo em ato") é fundamental para a formação profissional.	12	AC
	As reuniões foram espaços para reflexões sobre o cotidiano e construções coletivas.	11	AC
	A participação em equipe de Coordenação de Período contribuiu para a formação (Especificar os aprendizados nas observações).	12	AC
	O espaço de convivência/ambiência foi importante para o contato com a loucura.	12	AC
	O espaço de convivência/ambiência mobilizou muitas angústias nos estudantes, profissionais e usuários.	10	AC
	O espaço de convivência/ambiência era vazio de contato. O vazio institucional era intenso.	5	BC
	Houve aprendizado sobre manejo de situações de crise.	10	AC
	Houve aprendizado sobre formas de contenção.	4	BC
	Houve aprendizado sobre acompanhamento de usuário e construção de projeto terapêutico singular.	12	AC
	Houve aprendizado sobre acompanhamento de usuários em grupos.	11	AC
	Houve aprendizado sobre trabalho territorial.	10	AC
	Houve aprendizado sobre trabalho intersetorial.	9	CP
	Houve aprendizado sobre construção de rede.	11	AC
	Houve possibilidade de experimentar o trabalho específico de sua área profissional.	12	AC
	As supervisões/oficinas de reflexões oferecidas pela Universidade foram fundamentais.	8	CP
	As supervisões multiprofissionais ou acompanhamento de algum profissional específico do serviço foram fundamentais.	12	AC
	As supervisões clínico-institucionais (realizadas por profissional externo ao serviço nas Reuniões Gerais ou de Mini-Equipes) foram importantes.	11	AC
	Os estudos teóricos e a elaboração de relatórios reflexivos e/ou estudos de casos foram importantes.	12	AC
Influência da experiência do estágio na sua formação:			
Negativa	Não sentiu que aprendeu a organizar um raciocínio clínico que levasse a um plano terapêutico efetivo, com indicadores eficientes de satisfação da demanda.	3	BC

Positiva	A experiência influenciou de forma positiva no sentido da aprendizagem de condutas éticas.	12	AC
	A experiência influenciou de forma positiva no sentido da aprendizagem de formas mais amplas e humanizadas de se relacionar com as pessoas com sofrimento psíquico.	12	AC
	A experiência influenciou de forma positiva no sentido do conhecimento sobre a rede de atenção.	12	AC
Sugestões/ Propostas de alterações no estágio para o serviço	Maior tempo, dedicação, organização e abertura aos estagiários por parte da equipe.	7	BC
	Maior compreensão da equipe sobre as inseguranças dos estagiários e diminuição de sua expectativa com relação às possibilidades dos mesmos de lidarem com determinadas situações.	5	BC
	Desenvolvimento de Supervisão Multiprofissional.	10	AC
	Manutenção da flexibilidade e das possibilidades de escolhas das atividades por parte dos estagiários.	9	CP
	Elaboração de um glossário com os principais termos utilizados no cotidiano do CAPS.	1	BC
	Garantia de que os estagiários participem de determinados espaços e atividades independentemente de mudanças na gestão ou na equipe do serviço.	12	AC
	Discussão sobre patologias e medicamentos.	9	CP
	Estabelecimento de funções para os estagiários.	3	BC
	Elaboração de um roteiro de acompanhamento e avaliação das atividades das quais cada estagiário participou.	7	CP
	Participação em grupos de acompanhamento mesmo com o curto tempo de estágio.	11	AC
	Garantia de participação na realização de Acolhimento de novo usuário.	12	AC
	Participação em acolhimento noturno e/ou de final de semana.	12	AC
	Detalhamento das práticas específicas de cada profissional da equipe.	9	CP

QUESTÕES ABERTAS:

Outras observações em relação à sua participação nesta pesquisa.

O estágio foi um excelente campo de estudo e trabalho, a práxis da psicologia, em todos os aspectos, inclusive aqueles que frustraram, mas nem por isso deixaram de ser importantes. Estou certa de que sua pesquisa só tem a contribuir com a composição do currículo na formação dos profissionais de

saúde, especialmente no campo da saúde mental. Ah, e é sempre bom rememorar as raízes do que hoje é a minha prática de trabalho. Parabéns pela pesquisa (Psicologia, 2012)

Serviço Social. 2 respostas.

Variou entre 0 a 8 pontos.

Considerou-se com *alto grau de concordância* (AC) as afirmações que obtiveram entre 7 e 8 pontos (acima de 80% da pontuação total) e com grau de *concordância parcial* (CP) aquelas que obtiveram entre 5 e 6 pontos (60 a 79% da pontuação total). As afirmações com pontuações abaixo de 60% (entre 0 e 4 pontos), são de *baixa concordância* (BC).

QUESTÕES		Pontuação Final	Grau de concordância
Forma e da sua participação nas atividades do CAPS III Itaim Bibi	A participação foi ativa, sentindo-se parte da equipe.	5	CP
	A participação dependia da atividade ou do espaço no qual estava inserido.	6	CP
	Durantes as reuniões houve participação somente como observadores.	7	AC
	A participação dependia da abertura ou escuta aos estagiários por parte da equipe.	6	CP
Expectativas com relação ao estágio atendidas	Houve contato com a loucura.	7	AC
	Superação de preconceitos.	7	AC
	Conhecimento da dinâmica e funcionamento institucional/ Realidade do serviço.	7	AC
	Aprendizagem de trabalho em equipe.	6	CP
	Manejo de situações de crise e de conflito.	7	AC
Expectativas com relação ao estágio não atendidas	O tempo/duração do estágio foi insuficiente para a aprendizagem	6	CP
	Falta aprendizagem de raciocínio clínico	3	BC
	Restrição por parte da equipe quanto à participação do estagiário em determinadas atividades (Especificar, caso queira, nas observações).	4	BC
	Falta clareza do papel específico de cada profissional.	8	AC
	O contato com o serviço foi frustrante, pois este não funciona de acordo com os ideais da Reforma Psiquiátrica propostos pela literatura.	2	BC

Temas e estudos que propiciaram sua formação neste estágio	SUS e Reforma Sanitária	8	AC
	Reforma Psiquiátrica/ Luta antimanicomial/ Políticas de Saúde Mental	8	AC
	Desinstitucionalização	4	BC
	Reabilitação Psicossocial/ Autores: Saraceno, Basaglia, Tikanori, Paulo Amarante.	3	BC
	Economia Solidária/Cooperativas/Geração de renda	0	BC
	Rede/ Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	4	BC
	Política Nacional de Humanização (Acolhimento; Matriciamento; Clínica Ampliada)	0	BC
	Projeto Terapêutico Singular (PTS)	8	AC
	Relação terapêutica/ Vínculo/ Escuta	3	BC
	Comunicação Terapêutica	2	BC
	Trabalho em equipe	5	CP
	Atividades terapêuticas/ Arte e Terapia	3	BC
	Arte e Cultura	3	BC
	Grupos/ Oficinas	6	CP
	Família	6	CP
	Modo de produção da sociedade	6	CP
	Subjetividade	2	BC
	Psicanálise (transferência, contratransferência, constituição do sujeito)	2	BC
	Psicologia Institucional	2	BC
	Estigma	6	CP
	Loucura	5	CP
	Psicopatologia/Doenças/Transtornos mentais/Psicose	2	BC
	Funções psíquicas e suas alterações	2	BC
	Psicotrópicos e outros fármacos	2	BC
	Administração de medicamentos	2	BC
	Resposta à crise	2	BC
	Formas de contenção	0	BC
	Acompanhamento Terapêutico (AT)	2	BC
	Acesso aos direitos sociais	6	CP
	Redução de danos	6	CP
	Administração/Gestão	4	BC
	Saúde do adulto e do idoso/Comorbidades	5	CP
Percepções do trabalho em equipe	É necessária a abertura à diversidade, escuta e respeito, para superar dificuldades nas relações interpessoais e na comunicação e contemplar múltiplos discursos, saberes e ideias dos diferentes profissionais.	8	AC
	Possibilita um cuidado mais integral dos usuários e a construção de projetos terapêuticos singulares, por meio da construção coletiva e da não hierarquização.	4	BC

	É difícil porque vai contra a estrutura enraizada na sociedade de papéis sociais mais reconhecidos, que tem mais status e poder. O saber do médico ainda é mais valorizado e isto também pode ser verificado na questão salarial.	7	AC
	Mudanças na equipe (saída de profissionais) influenciam negativamente o trabalho e o cuidado com os usuários	6	CP
Avaliação da equipe do CAPS III Itaim Bibi	O trabalho em equipe é uma qualidade diferenciada neste serviço, comparado a de outros, apesar das dificuldades de relacionamento interpessoal e de pontos de vista conflituosos sobre o desenvolvimento do trabalho.	4	BC
	Equipe colaborativa, integrada, protagonista, comprometida em articular a rede de serviços.	5	CP
	Equipe receptiva, acolhedora e aberta à interação com os estagiários.	4	BC
	Equipe com muitas demandas e sobrecarga de trabalho pesado e desgastante (situações graves).	3	BC
	Trabalho mais generalista, com mistura e perda da identidade profissional.	4	BC
	A participação dos profissionais da limpeza, da copa e da segurança é considerada importante no acompanhamento dos usuários.	7	AC
Sobre as situações vivenciadas que foram fundamentais para sua formação	Os estagiários sentem autonomia, liberdade para interagir e discutir questões com a equipe e serem protagonistas em situações reais.	3	BC
	Houve pouca abertura e trocas com outros profissionais da equipe, para além do profissional responsável pelo estágio.	7	AC
	A prática do serviço ("trabalho vivo em ato") é fundamental para a formação profissional.	8	AC
	As reuniões foram espaços para reflexões sobre o cotidiano e construções coletivas.	6	CP
	A participação em equipe de Coordenação de Período contribuiu para a formação (Especificar os aprendizados nas observações).	2	BC
	O espaço de convivência/ambiência foi importante para o contato com a loucura.	6	CP
	O espaço de convivência/ambiência mobilizou muitas angústias nos estudantes, profissionais e usuários.	7	AC
	O espaço de convivência/ambiência era vazio de contato. O vazio institucional era intenso.	6	CP
	Houve aprendizado sobre manejo de situações de crise.	4	BC

	Houve aprendizado sobre formas de contenção.	1	BC
	Houve aprendizado sobre acompanhamento de usuário e construção de projeto terapêutico singular.	6	CP
	Houve aprendizado sobre acompanhamento de usuários em grupos.	6	CP
	Houve aprendizado sobre trabalho territorial.	3	BC
	Houve aprendizado sobre trabalho intersetorial.	6	CP
	Houve aprendizado sobre construção de rede.	6	CP
	Houve possibilidade de experimentar o trabalho específico de sua área profissional.	3	BC
	As supervisões/oficinas de reflexões oferecidas pela Universidade foram fundamentais.	4	BC
	As supervisões multiprofissionais ou acompanhamento de algum profissional específico do serviço foram fundamentais.	7	AC
	As supervisões clínico-institucionais (realizadas por profissional externo ao serviço nas Reuniões Gerais ou de Mini-Equipes) foram importantes.	0	BC
	Os estudos teóricos e a elaboração de relatórios reflexivos e/ou estudos de casos foram importantes.	3	BC
Influência da experiência do estágio na sua formação:			
Negativa	Não sentiu que aprendeu a organizar um raciocínio clínico que levasse a um plano terapêutico efetivo, com indicadores eficientes de satisfação da demanda.	3	BC
Positiva	A experiência influenciou de forma positiva no sentido da aprendizagem de condutas éticas.	7	AC
	A experiência influenciou de forma positiva no sentido da aprendizagem de formas mais amplas e humanizadas de se relacionar com as pessoas com sofrimento psíquico.	7	AC
	A experiência influenciou de forma positiva no sentido do conhecimento sobre a rede de atenção.	6	CP
Sugestões/ Propostas de alterações no estágio para o serviço	Maior tempo, dedicação, organização e abertura aos estagiários por parte da equipe.	8	AC
	Maior compreensão da equipe sobre as inseguranças dos estagiários e diminuição de sua expectativa com relação às possibilidades dos mesmos de lidarem com determinadas situações.	8	AC

	Desenvolvimento de Supervisão Multiprofissional.	5	CP
	Manutenção da flexibilidade e das possibilidades de escolhas das atividades por parte dos estagiários.	7	AC
	Elaboração de um glossário com os principais termos utilizados no cotidiano do CAPS.	4	BC
	Garantia de que os estagiários participem de determinados espaços e atividades independentemente de mudanças na gestão ou na equipe do serviço.	8	AC
	Discussão sobre patologias e medicamentos.	4	BC
	Estabelecimento de funções para os estagiários.	7	AC
	Elaboração de um roteiro de acompanhamento e avaliação das atividades das quais cada estagiário participou.	7	AC
	Participação em grupos de acompanhamento mesmo com o curto tempo de estágio.	3	BC
	Garantia de participação na realização de Acolhimento de novo usuário.	8	AC
	Participação em acolhimento noturno e/ou de final de semana.	7	AC
	Detalhamento das práticas específicas de cada profissional da equipe.	7	AC

APÊNDICE G – Proposta para o serviço: Plano de Estágio Extracurricular

PLANO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM TERAPIA OCUPACIONAL EM SAÚDE MENTAL NO CAPS III ITAIM BIBI

Contrato: Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Agência Super Estágios

Carga horária: 20 horas semanais

Duração: 1 ano (férias de 30 dias).

Local: Av. Horácio Lafer, 590 Itaim Bibi-SP

Telefone: 3078-7884/ 3078-6886

OBJETIVOS

- Promover a transição entre o “mundo acadêmico” (graduação) e o “mundo do trabalho” (prática profissional).
- Desenvolver a autonomia do estagiário para o exercício da prática profissional na Saúde Mental do SUS, de forma compromissada, responsável e ética.
- Vivenciar, reconhecer e discutir sobre:
  - a organização e funcionamento do CAPS e os seus princípios, conforme a Política Nacional de Saúde Mental do SUS.
  - a inserção do terapeuta ocupacional em equipe multiprofissional e interdisciplinar.
  - o processo de adoecimento e de cuidado na trajetória de vida dos usuários, sob o seu ponto de vista e do serviço.
  - as necessidades e demandas dos usuários e de suas famílias.
  - o papel profissional, dos usuários e familiares na articulação e construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e na criação de diversos dispositivos de cuidado, que possam responder à complexidade das necessidades das pessoas com experiência do sofrimento psíquico.
  - a contribuição de serviços comunitários e territoriais para minimizar os processos de exclusão social dessa população atendida.
  - a construção de redes e de espaços de desmistificação da loucura.
  - as dimensões da vida cotidiana: autocuidado, trabalho, família, rede social, cultural e de lazer, entre outras.
  - a atenção às situações de crise.

DESCRIÇÃO DO PROGRAMA

- Ver Manual de recepção do estagiário.

METODOLOGIA DE ENSINO

- Participação em atividades assistenciais, reuniões e supervisões.
- Participação em equipe multiprofissional e interdisciplinar.
- Estudo da bibliografia recomendada.
- Sugestão de registros cotidianos das observações, percepções e reflexões em “diário de campo/ bordo”.

- Elaboração e apresentação oral e escrita (relatório) do(s) estudo(s) de caso(s) no final do estágio.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Avaliação continuada durante o desenvolvimento do estágio, levando-se em conta: pontualidade e assiduidade, participação ativa durante as atividades; postura profissional assumida nas atividades assistenciais, desenvolvimento de articulação teórico-prática, participação nas reuniões e supervisões e apresentação dos trabalhos solicitados.

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO

Além dos encontros periódicos entre os participantes dos diferentes grupos e o estagiário, onde se discutem a dinâmica das atividades, as percepções, as dificuldades e possibilidades encontradas, o papel do estagiário e dos profissionais, propõe-se pelo menos um encontro semestral de avaliação dialógica do processo desenvolvido entre o estagiário e todos os participantes das seguintes atividades:

- Mini-Equipe
- Coordenação de período
- Grupo de Acompanhamento
- Grupos abertos

Esta avaliação leva a redirecionamentos e continuidade de sua participação nas atividades.

Ao final do estágio, propõe-se que o estagiário apresente:

1-Um relato oral e por escrito de estudo de caso acompanhado na Mini Equipe com enfoque em:

- Quem é o sujeito acompanhado? Sua história e contexto de vida.
- Qual foi a demanda inicial do acompanhamento do caso? Quem são os terapeutas de referência? Como foi realizada a apresentação do estagiário ao usuário? Como se deu o início do acompanhamento?
- Como se desenvolveu o processo de acompanhamento, as ações e intervenções realizadas e seus pontos mais importantes. Leituras sobre o caso (seu ponto de vista sobre o que acontece com o usuário) e o papel do CAPS neste acompanhamento, bem como possível articulação teórica.
- Encaminhamentos para o fechamento do processo, que inclui a apresentação e discussão de propostas de intervenção.

Observação: Os relatórios deverão ser estruturados conforme as normas da ABNT, assinados (pelo estagiário, pela T.O. responsável e pelo terapeuta de referência), para serem arquivados em prontuários.

2-Produção de uma narrativa em texto escrito sobre as seguintes questões:

- Qual a influência da experiência como estagiária na sua formação profissional?
- Você proporia mudanças na dinâmica e funcionamento do estágio? Por quê?

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

Baldani AC. Bate Pernas Sem Fronteiras: processos de invenção e construção de saídas [monografia]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília (DF); 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília (DF); 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília (DF); 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª. ed. Brasília (DF); 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. Brasília (DF); 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf.

Dell'Acqua G, Mezzina R. Resposta à crise. In: Delgado J. A loucura na sala de jantar. São Paulo: Editora Resenha; 1991.

Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. Rev Psicol UNESP; 2007, 6(1): 31-44. Disponível em: http://ltc.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/atendimento_crise_saude_mental.pdf.

Lima EA. Um Grupo de Terapia Ocupacional. In: Lima EA. Clínica e Criação: um estudo sobre o lugar das atividades nas práticas em saúde mental. Disponível: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/beth/clinica.pdf>.

Mângia EF, Nicácio MFS. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: De Carlo MMRP, Bartalotti CC. Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus Editora, 2001, pp. 63-80. Disponível em: http://books.google.com.br/books?id=ObP0QmgKcRAC&pg=PA61&hl=pt-BR&source=gbs_toc_r&cad=3#v=onepage&q&f=false.

Mendes EF. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Col. Rio de Janeiro; 2010,15 (5): 2297-2305.

Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2003.

Nicácio MFS, Campos GWS. A complexidade da atenção às situações de crise - contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. Rev Ter Ocup Univ São Paulo; Maio/Ago.2004,15 (2): 71-81. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/13942/15760>.

Peduzzi M, Oliveira MAC. Trabalho em equipe multiprofissional. In: Martins MA (Org.). Clínica Médica. Barueri: Manole; 2009,1:171-78.

Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Ciênc Saúde Col. Rio de Janeiro. 2001, 6 (1): 73-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7026.pdf>.

DOCUMENTO PARA RECEPÇÃO DO ESTAGIÁRIO

O CAPS III Itaim Bibi é considerado um cenário de formação em Saúde Mental e possui alguns espaços e dispositivos em que se privilegia a experiência e participação dos estagiários e, desta forma, possibilita maior conhecimento sobre o funcionamento deste serviço da RAPS.

Neste CAPS se desenvolvem:

- **Organização da equipe por território de abrangência.** De 2009 a 2013, divisão em três mini equipes: Itaim Bibi (Itaim Bibi/Jardim Paulista); Pinheiros (Pinheiros/Vila Madalena/Alto de Pinheiros) e Brooklin (Brooklin/Vila Olímpia). A partir de 2013, nova divisão em duas **mini equipes: Pinheiros e Brooklin/Itaim**. Cada mini equipe possui reunião semanal para discussão dos casos, elaboração de estratégias de intervenção no território e de construção de rede.
- **Reunião Geral.** Toda a equipe reúne-se semanalmente para discutir sobre a organização do trabalho, realização de acordos coletivos e discussão de casos com maior repercussão institucional.
- **Coordenação de período.** Equipes formadas por trabalhadores de nível superior e técnico, de preferência um de cada mini-equipe. 10 (dez) períodos: de segunda a sexta, manhã e tarde, das 7h às 12h e das 13h às 19h. Funções: **ambiência, convivência, acolhimento** (porta-aberta ou agendado) e reuniões de passagem de coordenação das 12h às 13h. A equipe de coordenação é, portanto, responsável por um olhar abrangente da dinâmica global dos acontecimentos no serviço, por mediar o convívio e favorecer criação de laços afetivos, pelo olhar e escuta para demandas que muitas vezes não chegam aos atendimentos, por cuidar de quem está disponível para acompanhamento, pela governança interna (no serviço) e externa (território) e pela produção de um livro de coordenação (informações importantes para a comunicação da equipe sobre os acontecimentos que envolvam o coletivo e sobre os acompanhamentos dos usuários que se encontram no acolhimento integral).

- **Acolhimento noturno** (das 19h às 7h) **e de finais de semana e feriados.** Cobertura de enfermagem (um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem) e, nos finais de semana e feriados, também é composta por um profissional de nível superior durante o dia (plantão de seis ou oito horas).

- **Grupos de Acompanhamento de Projetos Terapêuticos.** Coordenados por um psiquiatra, um profissional de nível superior e um de nível técnico que fazem a função de terapeutas de referência dos usuários, em construção conjunta dos PTS. É um grupo que favorece as trocas e criação de laços afetivos, além de ser um recurso em momentos de crise. Pode ser semanal, quinzenal ou mensal.

- **Grupo de Psicoterapia.** Coordenado por um psicólogo e uma técnica de enfermagem. Possibilita um espaço para aprofundamento de reflexões sobre determinados temas levantados pelos participantes.

- **Grupo Desparafuso.** Coordenado por um psiquiatra, duas terapeutas ocupacionais, uma técnica de enfermagem e uma técnica de farmácia. O grupo reúne-se semanalmente para imersão no campo da literatura, da música e das artes, para produções de poesias e de outras formas de escrita e de comunicação, com objetivo de ampliar o repertório e de conhecer e questionar os códigos hegemônicos da sociedade. O grupo eventualmente organiza saraus, entre outras atividades referentes ao tema. Iniciou parceria com o Museu da Resistência.

- **Grupo Bate Pernas Sem Fronteiras.** Coordenado por uma terapeuta ocupacional, duas psicólogas, uma enfermeira e uma técnica de farmácia. O grupo reúne-se semanalmente no CAPS ou na Biblioteca Anne Frank para organizar saídas para diversos espaços socioculturais da cidade, com objetivo de promover o protagonismo, a convivência, as trocas afetivas e de saberes entre as pessoas, a ampliação da autonomia e das possibilidades de circulação social dos usuários. Já realizou parceria com o Museu Brasileiro de Esculturas (MUBE).

- **Cordão Bibitãtã.** A proposta é que os participantes se reúnam semanalmente para articulação e construção de rede com outras instituições relacionadas ao Samba e para realização de oficinas (percussão, dança e adereços) para a

preparação para o carnaval (blocos de rua, desfile na Ala Loucos pela X da Escola de Samba X9, etc.), entre outros eventos culturais. Atualmente o projeto acontece em parceria com o CAPS II Butantã, CAPS II Lapa, CECCO Ibirapuera, CECCO Previdência e Museu Afro-Brasileiro. O projeto conta com a coordenação de uma assistente social e uma enfermeira do CAPS III Itaim Bibi.

- **Futebol.** Coordenado por uma assistente social, um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem. Treinos semanais no Parque do Povo para preparação para dois eventos anuais: Copa da Inclusão e Festival de Atividades Desportivas (FAD). Ambos os eventos são organizados por serviços da RAPS.

- **Pintando o 7.** Coordenado por um psicólogo e uma técnica de enfermagem. A oficina de pintura acontece semanalmente no ateliê do CAPS. Já realizou parceria com o Museu da Casa Brasileira.

- Empreendimento Econômico Solidário (EES) **O' Bar Bibitantã.** Incubado pelo CAPS, com participação de uma psicóloga e uma enfermeira, em parceria com a EEUUSP. Visa à inclusão social pelo trabalho, a partir de serviços de Buffet.

- **Grupo Conversando Sobre a Loucura.** Os usuários encontram-se semanalmente para discutir sobre o tema loucura, com apoio de um técnico de enfermagem.

- **Gesto Criativo.** Grupo criado em 2014 e coordenado por uma terapeuta ocupacional e uma técnica de farmácia. A proposta é possibilitar aos participantes com maior dificuldade na participação de atividades mais estruturadas, possibilidades de conexão com o mundo externo, seja com aumento de repertório de atividades, seja com o compartilhamento de gestos criativos e experiências, conversas sobre fatos e acontecimentos atuais (cotidianos, políticos, econômicos, sociais, culturais, etc.) e significação subjetiva dos acontecimentos, de modo a propor um movimento contrário a estar ensimesmado.

- **Grupo de Família.** Reiniciará em março de 2016, com coordenação de uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. Proposta

semanal, aberta a todos os familiares interessados e indicados e com atividades que serão abertas à comunidade.

- **Bom Dia.** Recepção e roda de conversa com os usuários no período da manhã de segunda-feira, logo após o final de semana, realizada pelos Residentes Multiprofissionais e equipe de Coordenação de Período.

- **Atividades em parceria:** Oficina de consciência e expressão corporal **Corpo em Movimento** do Instituto de Análise Bioenergética. Com acompanhamento de uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira e uma assistente social.

- **Assembleia.** Encontros abertos e semanais para estimular a participação e atuação política de usuários, familiares e profissionais, com discussões de temas coletivos relacionados à organização e funcionamento do CAPS e com realização de acordos, pactuações e deliberações.

- **Conselho Gestor.** A gestão participativa da unidade é realizada por membros (2 titulares e 2 suplentes) de cada um dos três segmentos: gestão pública (indicado pela gerência da unidade) e trabalhadores e comunidade/usuários, eleitos a cada dois anos. A reunião mensal é aberta a todos os interessados.

- **Serviço Residencial Terapêutico (SRT Itaim Bibi).** É uma residência mista (feminina e masculina), possui oito moradores, egressos de hospital psiquiátrico, e que são usuários do CAPS III Itaim Bibi. Possui coordenação própria, mas o CAPS oferece apoio, tendo como referência de uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga e um técnico de enfermagem, além das discussões dos casos em reunião de mini equipe.

- **Visitas domiciliares, Atendimentos familiares e Acompanhamento do usuário no território.** Essas atividades podem acontecer conforme a necessidade apresentada pelo usuário e na composição com seu PTS.

Atualmente, o CAPS III Itaim Bibi propõe aos estagiários a participação em: Reunião Geral e reunião de uma das Mini Equipes, uma Coordenação de Período,

um Grupo de Acompanhamento, em pelo menos um dos espaços coletivos (Desparafuso, Bate Pernas Sem Fronteiras, Futebol, Pintando o 7, Corpo em Movimento, Conversando sobre a Loucura, Gesto Criativo, Assembleia, Conselho Gestor) e realização de pelo menos um acompanhamento individual de usuário, que pode ou não ser morador da SRT. Há a possibilidade dos estagiários acompanharem o EES O' Bar Bibitantã.

Os estagiários de enfermagem participam de plantão noturno e/ou de final de semana. Os demais estagiários poderão participar de plantões a serem combinados com a instituição parceira.

As principais atividades e seus horários estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Horário semanal das atividades realizadas no serviço.

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
Reunião de passagem de coordenação (6h30 – 7h)	Reunião de passagem de coordenação (6h30 – 7h)	Reunião de passagem de coordenação (6h30 – 7h)	Reunião de passagem de coordenação (6h30 – 7h)	Reunião de passagem de coordenação (6h30 – 7h)
Bom Dia (8h30-9h30)	Assembleia (11h-12h)	Corpo e Movimento (10h30-11h30)	Gesto Criativo (10h-11h) Reunião d'O Bar Bibitantã (12h30-16h)	Conversando sobre a loucura (10h-11h)
Reunião de passagem de coordenação (12-12h30)	Reunião de passagem de coordenação (12-13h)	Reunião de passagem de coordenação (12-13h)	Reunião de passagem de coordenação (12-13h)	Reunião de passagem de coordenação (12-13h)
Reunião Geral (12h30-14h)	Reunião Mini Equipe Brooklin/Itaim (13h-15h)	Reunião Mini Equipe Pinheiros (13h-14h30)		
Conselho Gestor (16-17h) Toda 4ª. segunda-feira do mês	Futebol (15h-16h30) Cordão Bibitantã (14h-16h)	Desparafuso (15h-16h30)	Bate Pernas Sem Fronteiras (14h-15h30)	Pintando o 7 (14h30-16h30)
Reunião de passagem de coordenação (19-19h30)	Reunião de passagem de coordenação (19-19h30)	Reunião de passagem de coordenação (19-19h30)	Reunião de passagem de coordenação (19-19h30)	Reunião de passagem de coordenação (19-19h30)

ANEXO A – Planos das Disciplinas de Estágio

CURSO DE SERVIÇO SOCIAL
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PROGRAMA DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Detalhamento das atividades:

1. Colaborar para a garantia ao acesso aos direitos sociais requeridos pelo usuário, orientando-os e encaminhando-os quando necessário, para atendimento na rede de serviços da comunidade.
2. Colaborar no desenvolvimento e discussão dos projetos terapêuticos singulares.
3. Participar de equipe multidisciplinar para observação e discussão de caso. Para tal, participar de reunião de uma das mini-equipes e, se possível, participar da reunião geral da unidade.
4. Participar de pelo menos uma atividade coletiva da unidade.
5. Participar de atendimentos individuais/reuniões/palestras realizados pela supervisora de campo.
6. Elaborar relatórios mensais que devem ser encaminhados aos supervisores acadêmicos e supervisores de campo
7. Acompanhar no mínimo um caso, indicado pela mini-equipe junto com o supervisor de campo.
8. Participar de ao menos de uma experiência de hospitalidade em um final de semana.
9. Realizar reflexão com supervisores de campo e de estágio.
10. Apresentação de um estudo de caso no final do período de estágio para a mini-equipe em conjunto com os supervisores de estágio.

Escola de Enfermagem

Disciplinas Interdepartamentais da Escola de Enfermagem

Disciplina: 0701209 - Estágio Curricular II (Enfermagem na Atenção Básica, Atenção Psicossocial ou Ambulatórios de Especialidades)

Curricular Internship II (Nursing in Primary Health Care, Psychosocial Care, or Specialized Outpatient Clinics)

Créditos Aula: 1

Créditos Trabalho: 8

Carga Horária Total: 255 h (Estágio: 240 h)

Tipo: Semestral

Ativação: 01/01/2014

Objetivos

OBJETIVO GERAL DO MÓDULO

Desenvolver a autonomia do estudante para o exercício profissional orientado pelo Sistema Único de Saúde de forma responsável, compromissada e ética, considerando a prática nos diversos cenários como locus de geração de questões de aprendizagem, contemplando a especificidade e as inovações da prática de enfermagem.

IMPORTÂNCIA DESTE PROGRAMA DE APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO, NESTE MOMENTO DO CURSO.

A atuação do estudante promoverá a transição entre o “mundo acadêmico” (formação inicial) e o “mundo do trabalho” (prática profissional), por meio da integração dos conhecimentos apreendidos, vinculados às diferentes áreas da prática profissional.

SITUAÇÕES NOS QUAIS SE FARÁ USO INTEGRADO DOS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS NO PROGRAMA

- Práticas de cuidado e de gerenciamento do cuidado de enfermagem nas instituições de saúde de atenção básica, atenção psicossocial e ambulatórios de especialidades.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO PROGRAMA X LÓGICA DOS CONTEÚDOS:

Referentes à ação docente:

1. promover a articulação dos conhecimentos apreendidos, vinculando-os às diferentes áreas da prática profissional;
2. contextualizar os processos de trabalho do enfermeiro nos serviços de saúde;
3. discutir perspectivas e tendências de atuação do enfermeiro no cuidado e no gerenciamento;
4. discutir as políticas sociais, em particular as de saúde, e sua interface com as práticas de enfermagem;
5. articular as bases teóricas e conceituais com a estrutura e a dinâmica organizacional dos serviços de saúde e de enfermagem;
6. instrumentalizar os estudantes para a coordenação de equipes de enfermagem e de saúde;
7. discutir os aspectos éticos e legais envolvidos na atuação profissional;
8. planejar atividades da prática profissional, visando à transição entre a formação e o trabalho, em conformidade aos princípios éticos e legais da profissão;
9. incentivar a busca e a utilização de novos conhecimentos para o desenvolvimento da prática profissional;
10. incentivar a autonomia do estudante e a integração entre alunos, professores e profissionais.

Referente à ação discente:

1. integrar os conhecimentos, habilidades e atitudes apreendidos, vinculando-os às diferentes áreas da prática profissional;
2. planejar e executar ações para indivíduos e grupos sociais específicos, de acordo com as necessidades de saúde da população e seus condicionantes e determinantes;
3. analisar e desenvolver os processos de trabalho de enfermagem, articulados à dinâmica organizacional dos serviços, ao modelo assistencial e sua interface com as políticas sociais;
4. identificar perspectivas e tendências de atuação do enfermeiro no cuidado e no gerenciamento;
5. implementar processos de avaliação das ações de enfermagem;
6. compreender as políticas sociais, em particular as de saúde, e sua interface com as práticas de enfermagem;
7. intervir no processo saúde-doença na perspectiva da integralidade da assistência, em consonância com as propostas de atenção preconizadas em âmbito nacional;
8. desenvolver competências relacionadas ao cuidado individual e coletivo e à organização e gerenciamento do cuidado de enfermagem;
9. atuar em equipe multiprofissional;
10. analisar os aspectos éticos e legais envolvidos na atuação profissional;
11. desenvolver atividades da prática profissional, visando à transição entre a formação e o trabalho;
12. intervir em enfermagem, utilizando o raciocínio clínico e as evidências científicas para a prática, segundo as especificidades

dos sujeitos e dos perfis epidemiológicos;

13. buscar e utilizar novos conhecimentos para o desenvolvimento da prática profissional;

14. utilizar a pesquisa como uma das ferramentas do processo de trabalho do enfermeiro

Docente(s) Responsável(eis)

87630 - Maria Luiza Gonzalez Riesco Bellini

40005 - Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca

Programa Resumido

Conceitos, metodologias e instrumentos dos processos de trabalho em enfermagem. Planejamento, organização, execução e avaliação do cuidado de enfermagem. Prática do cuidado e do gerenciamento do cuidado de enfermagem.

Concepts, methodologies, and instruments of the working process in nursing. Planning, organization, practice and evaluation of nursing care. The practice of nursing care and management of nursing care.

Programa

Aplicação de conceitos, metodologias e instrumentos dos processos de trabalho em enfermagem.

Planejamento, organização, execução e avaliação do cuidado de enfermagem.

Prática do cuidado e do gerenciamento do cuidado de enfermagem.

PORQUE APRENDER ESTE CONTEÚDO?

Exercer, integralmente, o papel de enfermeiro nos diferentes processos de trabalho em enfermagem e saúde

Avaliação

Método

METODOLOGIA DE ENSINO UTILIZADA:

Metodologia dialética por meio das estratégias:

Atuação em campo de prática, leitura e observação dirigidas; grupos de discussão; oficinas, seminários, comunicação mediada por computador; videoconferência

Critério

Relatórios individual e grupal, atuação em campo de prática.

Norma de Recuperação

Bibliografia

BIBLIOGRAFIA BÁSICA: (ENO,ENS,ENP)

1. Barros S, O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice. [Tese] São Paulo, 1996.201p.
2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução –RDC nº50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: 2002.
3. Brasil. Gabinete da Presidência da República. Decreto No 7.508, de 28 de junho de 2011. Diário Oficial da União de 29.06.2011. Disponível em www.saude.mg.gov.br/.../dec-7508-2011-reg-8080-29-6-2011.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria No 2488, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da União. Seção 1. No 204, pg 48-55. 24 de outubro de 2011.
5. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 317 p.
6. Cowley S. Community public health in policy and practice. 2nd. London: Elsevier; 2008. 377p.
7. Egry EY (org.). As necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone; 2008.
8. Egry EY, Cubas MR (org.). Processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário Cipesec: guia para pesquisadores. Curitiba: EEUSP/ABEn-Paraná; 2006.
9. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
10. Felli VEA, Marziale MHP, Robazzi MLC, Alexandre NMC. Assistência à saúde do trabalhador no contexto da saúde do adulto. Programa de Atualização em Enfermagem: saúde do adulto-PROENF. Porto Alegre:Artmed/Panamericana Editora, 2007. p.9-44.
11. Fujimori E, Ohara CVS (ogs). Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Barueri: Manole, 2009.
12. Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML. Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
13. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. Texto Contexto Enferm 2009; 18(2): 313-20.
14. Garcia TR, Egry EY (org). Integralidade da Atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010. 336 p.
15. Kurcgant P. O Poder nas relações multiprofissionais. In: Kalinowski CE (organizadora). Programas de atualização em enfermagem- Saúde do Adulto. São Paulo: Artmed, 2006. cap.1 p.9-37.
16. Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
17. Massarollo MCKB, Mira VL, Martins MS, Gregório Neto J. Direitos dos usuários dos serviços de saúde: aspectos da prática profissional de enfermagem na assistência ao adulto. In: Leite MMJ. (organizadora). Programas de atualização em enfermagem- Saúde do Adulto. São Paulo: Artmed, 2008. p.41-64.
18. Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança na enfermagem. 6ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
19. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível

em www.conass.org.br/arquivos/file/livro_redes_mendes.pdf

20. Minayo MCS, Campos GWS, Akerman M. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2009.
21. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde do mundo 2001 - Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS; 2001.
22. Orshan SA. Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed; 2010.
23. Ricci SS. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
24. Saraceno B. Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
25. Sobral F, Peci A. Administração: teoria e prática no contexto brasileiro. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2008.
26. Taylor CM. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness. 13 ed. porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
27. Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P, Garcia AN, Garzin ACA. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30(3):542-6.
28. Vargas D. Cuidados de adultos em situações de abuso de substâncias psicoativas – abordagem geral. In: Associação Brasileira de Enfermagem. (Org.). Programa de atualização em enfermagem: Saúde do adulto. 1 ed. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2010, v. 3, p. 127-168.
29. Wachter RM. Compreendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

1. André AM, Ciampone MHT. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. RevEsc Enferm USP 2007, 41 (Esp):835-40.
2. Cassiani SHB (organizadora). Hospitais e medicamentos: impacto na segurança dos pacientes. São Caetano do Sul: Yendis; 2010.
3. David HMSL, Mauro MYC, Silva VG, Pinheiro MAS, Silva FH. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. Texto & Contexto Enferm 2009;18(2):206-14.
4. Dutra JS. Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas; 2008.
5. Fernandes RAQ, Narchi NZ organizadoras. Enfermagem e saúde da mulher. Barueri (SP): Manole; 2007.
6. Fonseca RMGS. Gênero como categoria para a compreensão e a intervenção no processo saúde-doença. PROENF- Programa de atualização em Enfermagem na saúde do adulto. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2008. p.9-39.
7. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. Texto & Contexto Enferm 2009;18(2):258-65.
8. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes, ED (org.). Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983.
9. Nakamura E, Martin D, Santos JFQ (org.). Antropologia para a enfermagem. Barueri: Manole; 2009. 144p.
10. Rodrigues MV, Carâp LJ, El-Warrak LO, Rezende TB. Qualidade e acreditação em saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2011.
11. Vecina Neto G, Malik AM. Gestão em saúde. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2011.

Júpiter - Sistema de Graduação

Faculdade de Medicina

Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

Disciplina: MFT0309 - Estágios Supervisionados II - Terapia Ocupacional em Saúde Mental Advanced Supervised Practice - Occupational Therapy Occupational in Mental Health

Créditos Aula: 8
Créditos Trabalho: 10
Carga Horária Total: 420 h (Estágio: 420 h)
Tipo: Semestral
Ativação: 01/01/2004

Objetivos

possibilitar a discussão e reflexão sobre os processos de transformação da instituição psiquiátrica, a superação do modelo asilar e as práticas contemporâneas em saúde mental;

- possibilitar a aprendizagem e compreensão sobre a complexidade implicada na atenção à pessoa com sofrimento psíquico, especialmente àquelas consideradas com maior gravidade, quando se toma a questão do contexto de vida e da produção de autonomia e inserção social;
- possibilitar ao aluno a elaboração de questões referentes a construção e sustentação dos modelos de atenção à saúde mental, a partir da reflexão crítica acerca das políticas públicas de saúde e da necessidade de novas iniciativas e novos parceiros, no contexto atual;
- possibilitar ao aluno a experimentação e a compreensão das ações desenvolvidas no campo da práxis terapêutica em saúde mental, a partir do exercício e da participação supervisionada nas atividades que compõe o projeto clínico- institucional;
- possibilitar ao aluno o conhecimento e o acompanhamento das práticas desenvolvidas pela terapia ocupacional, a partir da articulação dos conhecimentos teóricos e da reflexão sobre o papel do terapeuta ocupacional na equipe de atenção à saúde mental, enfatizando o referencial psicodinâmico e grupal;
- possibilitar ao aluno a construção e a sistematização do seu percurso no estágio, a partir do processamento e elaboração de suas experiências na prática cotidiana com os pacientes do serviço e equipe, através de trabalho escrito (relatórios) e de supervisões;

Docente(s) Responsável(eis)

88242 - Elisabete Ferreira Mângia
 56552 - Maria Fernanda de Silvio Nicacio

Programa Resumido

I Modelo Assistencial e Reforma Psiquiátrica no Brasil
 II Prática terapêutica
 III Atuação supervisionada
 IV Instrumentos da Prática Terapêutica
 V- O papel do terapeuta ocupacional nas instituições abertas e o trabalho em equipe
 VI Registro de dados

Programa

I Modelo Assistencial e Reforma Psiquiátrica no Brasil:

- Conhecimento sobre os fundamentos e estratégias da Política de Saúde Mental
- Conhecimento sobre as práticas desenvolvidas nos serviços substitutivos de Saúde Mental
- Conhecimento sobre o programa desenvolvido na instituição onde o aluno desenvolve o estágio

II Prática terapêutica:

- relação com a pessoa com sofrimento psíquico
- a pessoa com sofrimento psíquico na instituição, na família, no trabalho e nos espaços sociais
- os eixos condutores do processo terapêutico

III Atuação supervisionada:

- atenção á demanda
- intervenção na crise
- formas de hospitalidade
- visitas domiciliares
- trabalho territorial

IV Instrumentos da Prática Terapêutica:

- atendimento individual;
- atendimento grupal;

- atendimento à familiares;
  - oficinas de criação;
  - atividades da vida cotidiana
  - estratégias de reabilitação psicossocial
  - intervenção comunitária e territorial
- V- O papel do terapeuta ocupacional nas instituições abertas e o trabalho em equipe
- VI Registro de dados

Avaliação

Método

A avaliação final compreende a análise do processo de trabalho do estagiário considerando as seguintes dimensões:

- Práticas terapêuticas
- Compromisso ético
- Capacidade de autonomia e responsabilidade
- Capacidade de elaborar propostas de trabalho
- Elaboração de relatórios e trabalhos escritos

A avaliação final compreende a análise do processo de trabalho do estagiário considerando as seguintes dimensões:

- Práticas terapêuticas
- Compromisso ético
- Capacidade de autonomia e responsabilidade
- Capacidade de elaborar propostas de trabalho
- Elaboração de relatórios e trabalhos escritos

Critério

A avaliação final compreende a análise do processo de trabalho do estagiário considerando as seguintes dimensões:

- Práticas terapêuticas
- Compromisso ético
- Capacidade de autonomia e responsabilidade
- Capacidade de elaborar propostas de trabalho
- Elaboração de relatórios e trabalhos escritos

Norma de Recuperação

- apresentação de trabalho escrito;
- realização de atividades programadas complementares

Bibliografia

- BENETTON, M. J. Trilhas associativas. São Paulo, CETO/ Diagrama & Texto, 1999. 2a edição.
- DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise, In: Delgado, J. (org.) A loucura na sala de jantar, São Paulo, Editora Resenha, 1991.
- FERRARI, S.M.L. A ancoragem no caminho da psicose: um estudo clínico do uso de atividades e sua compreensão no tratamento dos psicóticos. Revista do Centro de Estudos de T.O. -CETO-2(2): 9-15, 1997
- MAXIMINO, V.S. A constituição de grupos de atividades com pacientes graves. In: Rev. Centro de Est. Ter. Ocup., v. 1, n.1, p. 27-32, 1995.
- NICÁCIO, F. O processo de transformação da Saúde Mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura. São Paulo, 1994,. Dissertação (Mestrado), PUC-SP.
- SARACENO, B A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em Saúde Mental, Rev Ter Ocup Univ São Paulo, vol9,n1, p1-44, jan/abr 1998.
- SARACENO, B. Libertando Identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível, Rio de Janeiro, Instituto Franco Basaglia/ TeCorá, 1999.
- SARACENO, B; ASIOLI, F; TOGNONI, G. Manual de Saúde Mental, São Paulo, HUCITEC, 1994.
- TYKANORI, R. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, F.C.B.; HENRIQUES, C.M.P. (org.) Contra a maré, à beira mar: a experiência do SUS em Santos. São Paulo, Scritta, 1996.

Júpiter - Sistema de Graduação

Faculdade de Medicina

Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

Disciplina: MFT0791 - Prática Supervisionada II - Terapia Ocupacional em Saúde Mental Supervised Practice II - Occupational Therapy in Mental Health

Créditos Aula: 6
Créditos Trabalho: 2
Carga Horária Total: 150 h (Estágio: 150 h)
Tipo: Semestral
Ativação: 01/01/2004

Objetivos

A disciplina visa permitir ao aluno o desenvolvimento de ações práticas supervisionadas e, a partir da inserção institucional em um dos projetos desenvolvidos no campo da Terapia Ocupacional em Saúde Mental, propiciar a elaboração de experiências práticas que situam o aluno em relação à multidimensionalidade e complexidade das relações contextualizadas entre usuários, instituições e técnicos no campo da saúde mental.

Objetivos gerais:

1. - a apreensão sobre a organização, características e contexto da instituição
2. - a compreensão dos sujeitos ou grupos alvo das ações desenvolvidas: histórias e estilos de vida, contextos relacionais, problemáticas específicas que justificam ações diferenciadas.
3. a apreensão das formas de organização e participação social dos grupos envolvidos: a organização a partir de demandas coletivas e/ou a organização a partir das problemáticas específicas.
4. - a apreensão do papel desempenhado pelos técnicos ou agentes institucionais: modelos e objetivos das ações.
5. - possibilitar a observação do campo de intervenções, a inserção, o acompanhamento e a participação nas práticas desenvolvidas pelo projeto/serviço, além da discussão e sistematização da experiência desenvolvida.

Objetivos específicos:

II Princípios da Atenção em Saúde Mental:

- a. Diagnóstico e intervenção
- b. Continuidade da atenção
- c. Parcerias com usuários e famílias
- d. Envolvimento da comunidade local
- e. Integração na atenção primária de saúde

III Ingredientes da atenção em Saúde Mental

- a. Ações gerais
- b. Ações específicas
- c. Uso de Atividades: concepção e diretrizes adotadas no projeto.

Docente(s) Responsável(eis)

88242 - Elisabete Ferreira Mângia

56552 - Maria Fernanda de Silvio Nicacio

Programa Resumido

- I. Apresentação do projeto/serviço;
- II Práticas assistenciais: ;III- O papel do terapeuta ocupacional/ técnicos e/ou agentes institucionais nos projetos e o trabalho em equipe;.
- IV. Práticas Supervisionadas;
- V Registro de dados.

Programa

- I. Apresentação do projeto/serviço :
  - a. Características, diretrizes que orientam a ação;
  - b. Contexto e Relações estabelecidas pelo projeto/serviço;
- II Práticas assistenciais:
  - a. Programas desenvolvidos, forma de funcionamento, organização e registros.
  - b. Processo de acolhimento, seleção, inserção e encaminhamento da demanda

- c. a pessoas e/ou grupos, suas necessidades e contexto
- d. modalidades de intervenção
- e. instrumentos de intervenção
- f. articulação territorial e/ou sócio-familiar

III- O papel do terapeuta ocupacional/ técnicos e/ou agentes institucionais nos projetos e o trabalho em equipe

IV. Práticas Supervisionadas

- a. relação com os usuários: formas de interação, posturas profissionais e éticas
- b. as práticas de primeiro contato: acolhimento e 1ª entrevista
- c. as práticas sócio- familiares:
  - relação com a família, cuidadores ou rede social próxima
  - formas de contato e interação, posturas profissionais e éticas
  - confiança, solidariedade e sigilo profissional.
  - respeito às diferenças sócio-culturais.

V Registro de dados

- a. As formas de registro adotadas pelo projeto/serviço
- b. A elaboração de registros de observação de campo.
- c. A elaboração de histórias de vida
- d. A elaboração de planos de ação.
- e. Relatórios.

Avaliação

Método

- participação nas atividades programadas;
- pontualidade e assiduidade;
- apresentação de relatórios;
- apresentação de seminários

Critério

A avaliação final compreende a análise do processo de trabalho do estagiário considerando as seguintes dimensões:

- Práticas desenvolvidas
- Engajamento e postura ética e profissional
- Iniciativa, autonomia e responsabilidade no desenvolvimento das atividades
- Elaboração de relatórios e trabalhos escritos

Norma de Recuperação

Não há recuperação

Bibliografia

- ASSIS, M. O alienista. São Paulo, Ática, 1990.
- FREIRE, M. (org.) Observação, registro, reflexão. Instrumentos Metodológicos I. São Paulo, Espaço Pedagógico, 1996.
- OLIVER, F. C.; NICÁCIO, F. Da instituição asilar ao território: caminhos para produção de sentido nas intervenções em saúde. In: Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.10, n.2/3, p. 60-8, maio/dez., 1999.
- OMS/OPAS Relatório sobre a saúde no mundo - 2001. Saúde Mental: Nova concepção, Nova esperança,. Gráfica Brasil, Organização Mundial da Saúde, 2001.
- SARACENO, B A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em Saúde Mental, Rev Ter Ocup Univ São Paulo, vol9,n1, p1-44, jan/abr 1998.
- SARACENO, B; ASIOLI, F; TOGNONI, G. Manual de Saúde Mental, São Paulo, HUCITEC, 1994.
- TORRE, E.E.G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental, Ciência & Saúde Coletiva, 6(1): 73-85, 2001.

CURSO DE PSICOLOGIA DA PUC

Segundo informações contidas em um relatório final produzido por estagiária de Psicologia em 2013, o Projeto Proposto para o Estágio:

[...] foi construído conjuntamente entre a equipe de profissionais da instituição e os professores da PUC-SP, de acordo com as propostas de contribuir para uma compreensão do funcionamento dos dispositivos de saúde mental, para uma escuta e olhar clínico-institucional que viabilizem uma clínica desapassivadora e implicada com os sujeitos.

O estágio é anual e prevê como atividades para as alunas:

- *Pesquisa e discussão dos pressupostos e estratégias institucionais desenvolvidas pelos serviços;*
- *Participação nas atividades de rotina das instituições: grupos de acolhimento, grupos terapêuticos, grupos de expressão, oficinas/coletivos. O aluno se insere numa atividade já existente como observador ou coterapeuta;*
- *Acompanhamento e discussão de casos clínicos;*
- *Planejamento e execução de novos projetos ou de intervenções em projetos já existentes;*
- *Coordenação de atividades terapêuticas como oficinas, ateliês, acompanhamento terapêutico;*
- *Interlocução com a equipe multiprofissional no desenvolvimento das atividades.*

Desta forma, o projeto preconiza a participação por parte de cada estagiária em um coletivo, em um caso clínico, em um período na coordenação do serviço, na reunião de uma mini-equipe, supervisão clínico-institucional no serviço, supervisão na faculdade, além de uma experiência noturna e uma experiência de visita domiciliar, de modo a contabilizar por volta de 10 horas de estágio semanais.

No site da Universidade⁶¹, constam as seguintes informações:

Estágio curricular

Caracterizam-se por serem conjuntos de atividades programadas e supervisionadas por um professor, em que os alunos, por meio do contato direto com situações, contextos e instituições, exercitam ações profissionais que permitem a concretização e integração de conhecimentos, habilidades e atitudes anteriormente introduzidas em outras modalidades pedagógicas.

A supervisão de estágio caracteriza-se por ser um momento semanal de discussão das atividades desenvolvidas por duplas de alunos ou por alunos individualmente nos locais de estágio. Deve garantir o relato das atividades realizadas, a discussão pelo grupo e a avaliação e orientação, por parte do professor supervisor, bem como

⁶¹ Fonte: <http://www.pucsp.br/graduacao/psicologia#estagio-curricular>.

o planejamento das atividades seguintes. A natureza do trabalho realizado nos estágios e a necessidade de discutir todos os casos em atendimento semanalmente fazem com que o número de alunos por grupo tenha que ser limitado.

Os estágios básicos terão dois níveis de complexidade.

1. Os de menor complexidade ocorrerão nos 5º e 6º períodos; e
2. Os de complexidade maior nos 7º e 8º períodos.

Os estágios básicos do 5º e 6º períodos não se vinculam a nenhuma disciplina em particular, representando espaço para o exercício de competências e habilidades relativas à identificação do fenômeno psicológico em diversas situações da realidade e à identificação do conhecimento da Psicologia que permite compreender e atuar naquela realidade. Representam, nesse sentido, um exercício mais elaborado e em sentido “inverso” àquele possibilitado nas disciplinas teórico-práticas. Nestas, parte-se do conhecimento teórico para a prática, em um exercício de aplicação do conhecimento. Nos estágios básicos, a referência inicial será a observação da realidade, e o exercício realizado consistirá na identificação do fenômeno psicológico e na busca do conhecimento que pode ser utilizado para sua compreensão.

Evidentemente, em nenhum momento de prática, seja nos estágios básicos, seja nas disciplinas teórico-práticas, a atividade realizada pode prescindir de referência em conteúdos teóricos vistos no curso. A concepção que o currículo deve garantir é aquela em que o exercício de aprendizagem deve ser necessariamente uma concretização do princípio da articulação entre prática e teoria, ratificando a visão de que a universidade só pode cumprir adequadamente seu papel na formação de profissionais à medida em que se apresenta como espaço de produção de conhecimento. Também se esclarece, nessa direção, o papel do professor como aquele que orienta e faz a mediação entre o conhecimento acumulado e as questões postas pela realidade, na direção da aplicação crítica do saber e/ou de sua renovação.

Os estágios básicos de 7º e 8º (4º ano) períodos terão um grau maior de complexidade, implicando mais do que a observação da realidade. O aluno deverá entrar em contato com diferentes espaços e formas de atuação profissional do psicólogo, em diferentes instituições, identificar demandas próprias da Psicologia, elaborar diagnósticos e propor intervenções de âmbito relativamente restrito. Nesse caso, os estágios estarão vinculados a disciplinas específicas que oferecerão subsídios para essas atividades. Essa articulação entre estágio e disciplinas teóricas ou teórico-práticas correspondentes compõe os núcleos de formação profissional, referentes a três grandes áreas (Saúde; Educação e Formação; Trabalho e Produção).

Os estágios do 3º ano (5º e 6º períodos), caracterizados como de observação participante, representarão a primeira oportunidade de os alunos entrarem em contato com situações reais, em sua complexidade habitual, com a finalidade de

identificarem os fenômenos psicológicos ali presentes, bem como o âmbito de atuação do psicólogo, o que, posteriormente, ainda sob orientação do supervisor, será analisado à luz de diferentes embasamentos teóricos. Dadas as características desse estágio, os grupos de supervisão no 3º ano deverão ter, no máximo, 10 alunos.

No caso de supervisão de estágios no 4º ano (7º e 8º períodos) os grupos serão de 8 alunos. Na maior parte das situações, os alunos deverão trabalhar em duplas e na supervisão serão discutidos, semanalmente, 4 casos em atendimento. "Casos" aqui poderão ser em atendimento clínico, na Clínica-Escola, ou em atendimento em instituições educacionais, de saúde ou de organizações diversas, enfocando relações de trabalho. Além disso, de acordo com a experiência acumulada pela Faculdade, muitas vezes os convênios estabelecidos com as instituições onde os alunos realizam estágios limitam o número de vagas e não é possível acrescentar alunos além do que foi acertado. Nos 9º e 10º períodos (5º ano), reservados às ênfases curriculares, os núcleos serão anuais e oferecerão estágios de maior nível de complexidade. O aluno fará dois estágios eletivos, pois serão oferecidas quatro possibilidades, por meio de Núcleos que representam as diferentes ênfases. O aluno escolherá dois núcleos, podendo ser de uma ou duas ênfases diferentes.

Uma diferença nos estágios clínicos de 5º ano é que o atendimento dos casos será feito por alunos individualmente e não em duplas. Isso implica um aumento dos casos discutidos na supervisão, por isso, nesse tipo de estágio, os grupos terão no máximo 6 alunos. Em alguns estágios de 5º ano que ocorrem em instituições, dependendo da atividade realizada, os grupos poderão ter até 8 alunos.

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “**CONTRIBUIÇÕES DE UM DISPOSITIVO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA A FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDANTES NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSQUIÁTRICA**”. A pesquisa faz parte da dissertação de mestrado em Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo (USP) da estudante de pós-graduação/pesquisadora **Ana Claudia Baldani**, sob a orientação da **Profa. Dra. Fátima Corrêa Oliver**, com o objetivo de investigar e refletir sobre como o CAPS III Itaim Bibi pode contribuir para a formação profissional em Saúde Mental, no contexto do SUS e de suas políticas, o que inclui o trabalho intersetorial e em equipe interdisciplinar.

Você está sendo convidado (a) para participar dessa pesquisa por ter realizado estágio no CAPS III Itaim Bibi. Ao participar, você contribuirá com suas reflexões sobre suas experiências neste serviço durante seu processo de formação, essenciais para a realização e a qualidade do resultado desta pesquisa.

Informamos que sua participação não é obrigatória e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras e com a instituição. Além disso, a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento.

Se concordar em participar, gostaríamos que respondesse a alguns questionários que serão expostos em um sítio eletrônico, criado especificamente para o desenvolvimento da pesquisa. Esses questionários serão disponibilizados em duas rodadas para todos os participantes. As respostas, em forma de resumo, sem a identificação individual, serão compartilhadas entre o grupo e novas perguntas serão feitas e enviadas para uma nova rodada. Caso seja necessário, para obtenção de uma opinião coletiva qualificada sobre as questões apontadas, será realizada uma terceira rodada. A cada novo questionário, você receberá um email com a notificação de que poderá começar a responder.

As informações obtidas serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação, inclusive para os demais participantes do estudo. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação.

A pesquisa implica em risco mínimo ao participante, podendo ocorrer algum tipo de desconforto ao responder aos questionários.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora para ajuda ou esclarecimentos de eventuais dúvidas. A pesquisadora executante é a terapeuta ocupacional **Ana Claudia Baldani**, que pode ser encontrada na Avenida Horácio Lafer, 590. Itaim Bibi. São Paulo-SP. Fone: (11) 99640-4100 (vivo). Email: anacaldani@yahoo.com.br.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a condução ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)**. Av. Dr. Arnaldo, 251 - 21º andar - sala 36. Cerqueira César - São Paulo – SP. CEP: 01246-000. Fone/Fax: (11) 38934401/4407. E-mail: cep.fm@usp.br.

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa “**CONTRIBUIÇÕES DE UM DISPOSITIVO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA A FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDANTES NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSQUIÁTRICA**” ACEITO participar da mesma e estou recebendo uma cópia deste termo.

Nome: _____ Assinatura: _____

Em ____ de _____ de 2015.

Atenciosamente,

Ana Claudia Baldani (Pesquisadora) **Profa. Dra. Fátima Corrêa Oliver** (Coordenadora da Pesquisa)

ANEXO C – Pareceres dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP)

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE OESTE
RUA DR. RENATO PAES DE BARROS, N. 77 - ITAIM BIBI - FONE/FAX. 3078-681

São Paulo, 15 de Outubro de 2014.

AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SMS

Manifestamos parecer favorável à realização do Projeto de Pesquisa:

Título: "CONTRIBUIÇÕES DE UM DISPOSITIVO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA A FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDANTES NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA"

Pesquisador(s): ANA CLAUDIA BALDANI, sob orientação de Profa. Dra. Fátima Corrêa Oliver, Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo (USP).

Campo de Pesquisa: CAPS III -Itaim Bibi, pertencente à Supervisão Técnica de Saúde Lapa-Pinheiros, desta Coordenadoria Regional de Saúde.

Informamos que esta Autorização está condicionada ao parecer de APROVADO do CEP/SMS.

Recomendamos que a referida Pesquisa, bem como resultados obtidos sejam inseridos na Biblioteca Virtual em Saúde- BVS/SMS.

Atenciosamente,

ALEXANDRE NEMES FILHO
COORDENADOR REGIONAL
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE OESTE

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 04/03/2015, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 415/14 intitulado: “CONTRIBUIÇÕES DE UM DISPOSITIVO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA A FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDANTES NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA” apresentado pelo Departamento de FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: Fátima Corrêa Oliver

Pesquisador (a) Executante: Ana Claudia Baldani

CEP-FMUSP, 09 de Março de 2015.

Prof. Dr. Paulo Eurípedes Marchiori
Vice-Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa