



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MIKAEL LIMA BRASIL

**ANTES E DEPOIS DA REDE: sentidos sobre processo de trabalho em saúde na atenção
psicossocial da cidade do Recife-PE**

Recife
2019

MIKAEL LIMA BRASIL

**ANTES E DEPOIS DA REDE: sentidos sobre processo de trabalho em saúde na atenção
psicossocial da cidade do Recife-PE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de pesquisa: Política, planejamento e gestão em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli.

Coorientadora: Profa. Dra. Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo.

Recife

2019

B823a	Brasil, Mikael Lima Antes e depois da rede: sentidos sobre processo de trabalho em saúde na atenção psicossocial da cidade do Recife-PE / Mikael Lima Brasil. – 2019. 123 f.: il. Orientador: Petrônio José de Lima Martelli. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Médicas. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2019. Inclui referências, apêndices e anexo. 1. Trabalho. 2. Saúde mental. 3. Centros de Atenção Psicossocial. 4. Memória. I. Martelli, Petrônio José de Lima (orientador). II. Título.
614 CDD (23.ed.)	UFPE (CCS 2019 - 206)

MIKAEL LIMA BRASIL

**ANTES E DEPOIS DA REDE: sentidos sobre processo de trabalho em saúde na atenção
psicossocial da cidade do Recife-PE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

APROVADO EM:15/08/2019

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Adriana Falângola Benjamin Bezerra (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Cinthia Kalyne de Almeida Alves (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho aos pesquisadores da Saúde Coletiva e da atenção psicossocial, que vêm desempenhando papel singular neste forte momento de enfrentamento às arbitrariedades no setor saúde, produzidas nos distintos cenários de opressão.

Neste momento de tantos entraves políticos e de (re)significações sobre nossas histórias e de nosso papel como defensores da Política de Saúde, esta escrita se dedica, ainda, àqueles que nunca perdem a capacidade de sonhar.

A vocês, minha gratidão por se tornarem fonte de inspiração, crença e reflexão.

AGRADECIMENTOS

Às figuras paterna e materna, pessoas que mais investiram, de todas as formas, em minha formação, enxergando potência de vida no menino que quase fome na infância passou, mas que foi idealizado e instrumentalizado a seguir o caminho trilhado pelos estudos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), que proporcionou imersão no cenário da pesquisa em política, planejamento e gestão em saúde, por meio de docentes que foram peças fundamentais no refinamento de meu olhar crítico e transcendente para a área de conhecimento. Deixo um especial obrigado às docentes Heloisa Mendonça, Adriana Falângola, Solange Laurentino e Ronice Franco de Sá.

Ao secretário José Moreira, peça mais importante deste programa, que sempre se mostrou disponível para prestar qualquer auxílio dentro de sua governabilidade.

Aos colegas de turma de mestrado, responsáveis ímpares por tornar esse percurso mais doce, cheio de risadas e com luz amenizadora de angústias. Deixo um abraço fraterno nos corações de Ivonete, Kamila, Augusto, Jéssica, Fernanda e Camila Serrano.

Ao meu orientador, Petrônio, pessoa que se tornou lugar de inspiração em seus nobres comentários, os quais auxiliaram na potência reflexiva e encadeamento de inúmeras ideias no decorrer desta trajetória.

A minha coorientadora, Telma Melo, que, de surpresa, se tornou personagem indispensável na construção e compreensão desta proposta, tornando-se uma pessoa de importante admiração advinda deste pesquisador.

Às professoras Adriana, Cinthia, Nilcema e ao professor Eudes, por aceitarem o convite para participar desta banca de dissertação, na condição de titular ou suplente, cujas contribuições serão fundamentais para o refinamento dos resultados e para a sua posterior publicação periódica.

À CAPES pela concessão da bolsa via demanda social, imprescindível para que eu pudesse “viver na cidade grande”.

Aos docentes que passaram por esse poeta na graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC- IAM – FIOCRUZ-PE) que contribuíram, de maneira direta ou indireta, com a propositura científica como régua para auxiliar na mensuração dos fenômenos vistos nas redes de atenção à saúde.

À professora Khívia Kiss pela cessão de obras científicas que foram imprescindíveis na imersão conceitual e metodológica no campo disciplinar da análise do discurso.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnfermagem) da UFPE pela disponibilidade em me aceitar como aluno externo no componente curricular Métodos Qualitativos na investigação científica.

À Prefeitura da Cidade do Recife (PCR) pela cessão de espaços laborais para o desenvolvimento desta proposta de pesquisa.

Aos gestores e às profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial, mulheres que cuidam da loucura, que deram vida às suas memórias por meio da expressão oral de suas vivências com o trabalho em rede e seus entrelaços com a potência discursiva traduzida pelas experiências de seus viveres.

Às amigas Rafa, Alê e aos amigos Robson e João Pedro, cuja amizade me foi presenteada no período de residência multiprofissional, que foram sempre bons ouvidos às minhas angústias.

A Allan Medeiros, moço de jovem idade, mas que carrega características especiais para conseguir compreender, de forma tão sensível, os delinerares complexos que se encontram no campo da saúde mental. Obrigado por ser a pessoa que deu o pontapé na idealização destas ideias.

A Leiza Melo, que tanto escutou minhas “revoltas” no decorrer de nossa convivência em Recife.

Aos trabalhadores do Distrito Sanitário IV, com quem muito pude aprender sobre Saúde Coletiva despida no território, durante a residência multiprofissional. Especialmente, levo meu carinho às figuras de Luciana e Karla pelo reforço constante de minhas potencialidades.

A Laís Vasconcelos, eterna colega de produções científicas, pelos apontamentos sempre necessários para o cultivo de criticidade, regada constantemente por nuances de afetividade.

A todas e todos que, mesmo não mencionados, compartilharam sabedorias que incidiram na conclusão desta etapa.

Gratidão!

RESUMO

Esta pesquisa de dissertação traz reflexões sobre o processo de trabalho em saúde, no cenário da atenção psicossocial, a partir das memórias de profissionais que exercem suas práticas de trabalho em Centros de Atenção Psicossocial, referenciando contextos que tencionam práticas de desinstitucionalização e ancoram a lógica do trabalho em rede como substancial para a reafirmação da Reforma Psiquiátrica. Assim, teve-se como objetivo geral analisar sentidos sobre o processo de trabalho, em saúde mental, antes e após a constituição da Rede de Atenção Psicossocial da cidade de Recife-PE. Este desenvolveu-se através dos seguintes objetivos específicos: identificar elementos trazidos por trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial em relação ao processo de desinstitucionalização na cidade de Recife; refletir o discurso de trabalhadores de CAPS quanto aos processos de trabalho na RAPS na atualidade; e desvelar sentidos dados por profissionais de CAPS no levantamento de perspectivas para a atenção psicossocial em cenários atuais e posteriores. Para o seu alcance, metodologicamente se realizou um estudo de campo exploratório que se balizou nas perspectivas da abordagem qualitativa, cujos critérios analíticos se estruturaram por meio da análise do discurso de entrevistas semiestruturadas alcançadas com doze mulheres profissionais da rede. A análise culminou na produção de dois artigos que refletem as perspectivas sobre o ontem e o hoje, encadeando ideias sobre a importância da desinstitucionalização e a atual lógica que norteia o processo de trabalho em saúde em rede, bem como as potencialidades desse trabalho no atual cenário de entraves e conflitos que colocam em questão tensões que julgam os ideais da Reforma Psiquiátrica. Assim, chegou-se à conclusão de que os encontros com as profissionais proporcionaram análises que culminam na agregação de fragilidades no processo de trabalho, bem como uma produção discursiva que carrega, no decorrer do tempo, importantes características que traduzem uma semântica de enfrentamento aos entraves que vão contra o trabalho em rede e em saúde mental. São algumas delas: trabalhar a intersetorialidade, capilarizar os saberes, compreender o trabalho em equipe, reconhecer a importância da desinstitucionalização, articular-se com outros dispositivos, negar a instituição psiquiátrica e o asilamento, bem como a expressão de receio com os mudanças no cenário político.

Palavras-chave: Trabalho. Saúde mental. Centros de Atenção Psicossocial. Memória.

ABSTRACT

This research of dissertation carries reflections about the health work process, in the psychosocial attention scenario, from memories of professionals that do their work practices in Psychosocial Care Centers, referecing contexts that intend deinstitutionalization practices and anchor the network logic as substantial for the Psychiatric Reform. Thus, the geral objective was to analyze meanings about work process, in mental health, before and after the constitution of the Psychosocial Care Network in Recife-PE. It was developed through the following specifics objectives: to identify elements brought by the workers from the Psychosocial Care Centers in relation to the deinstitutionalization process in Recife; to reflect the CAPS workers discourse regarding the current work processes in RAPS; and to unveil the meanings given by the CAPS professionals in survey perspectives to the psychosocial atention in current and previous scenarios. In order to reach this, methodologically, it was realized an exploratory field study that was based on perspectives of qualitative approach, whose analytical criteria were structured by the discourse analysis of semi-structured interviews with twelve women professionals in the network. The analysis resulted in two articles that reflect the perspectives about yesterday and today, linking ideas about the importance of deinstitutionalization and the current logic that guides the work process in network health, as well as the potential of this work in the actual scenario of obstacles and conflicts that call into question tensions that judge the Psychiatric Reform ideals. Therefore, it was concluded that the meeting with the professionals provided analysis that result in weaknesses in the work process, as well as a discursive production that carries, over the time, important characteristics that translate de semantics of facing the problems that go against the network and the mental health. There are some of these characteristics: to work the intersectoriality, to capillarize the knowledge, to understand the teamwork, to recognize the importance of deinstitutionalization, to articulate with other services, to deny psychiatric institution and asylum, as well as an expression of apprehension with the changes in political scenario.

Keywords: Work. Mental Health. Psychosocial Care Centers. Memory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.....	24
Figura 2 -	Atenção à saúde mental atribuindo-se o CAPS como elemento estratégico e articulador da rede.....	25
Quadro 1 -	Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.....	27
Figura 3 -	Esquematização territorial com os componentes da Rede de Atenção Psicossocial e seus pontos de atenção.....	28
Figura 4 -	Divisão político-administrativa dos DS de Recife.....	31
Figura 5 -	Distribuição geográfica dos 17 CAPS da cidade de Recife.....	33
Quadro 2 -	Distribuição dos CAPS da cidade de Recife de acordo com endereço e respectivo Distrito Sanitário.....	33
Figura 6 -	Esquematização ilustrativa sobre os elementos que compõem o processo de trabalho.....	35
Figura 7 -	Primeira fase da análise do discurso.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEMPI	Centro Especializado Médico Psicopedagógico Infantil
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNSM	Coordenação Nacional de Saúde Mental
COREQ	<i>Consolidated criteria for Reporting Qualitative research</i>
CPTRA	Centro de Prevenção Tratamento e Recuperação do Alcoolismo
DEGTES	Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
DS	Distrito(s) Sanitário(s)
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Equipes de Saúde da Família
HGOF	Hospital Geral Otávio de Freitas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NAPI	Núcleos de Apoio às Práticas Integrativas
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NIAPSA	Núcleo de Atendimento Psicossocial ao Adolescente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SESAU	Secretaria de Saúde do Recife
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1	Paisagens de loucura e trajetórias em saúde mental: fontes iniciais para a reflexão....	18
2.2	E em Pernambuco? E em Recife? Nuances sobre suas histórias no campo da saúde mental e da reforma psiquiátrica.....	21
2.3	Redes de atenção à saúde: caminhos sugestivos para a atenção em saúde e a pertinência dos Centros de Atenção Psicossocial no cenário da desinstitucionalização	25
2.4	Conhecendo Recife na atualidade e sua Rede de Atenção Psicossocial.....	30
2.5	Reflexões sobre processo de trabalho em saúde e em atenção psicossocial.....	36
2.6	Memórias e discursos em saúde mental	38
3	OBJETIVOS.....	42
3.1	Objetivo geral.....	42
3.2	Objetivos específicos.....	42
4	CAMINHO METODOLÓGICO.....	43
4.1	Tipo de estudo.....	43
4.2	Local de pesquisa.....	44
4.3	Seleção de participantes.....	44
4.4	Critérios de inclusão e exclusão.....	45
4.5	Chamamento dos participantes.....	45
4.6	Instrumento de coleta de dados.....	46
4.7	Procedimentos para coleta de dados.....	46
4.8	Análise dos dados.....	47
4.9	Aspectos éticos, riscos e benefícios.....	49
5	RESULTADOS.....	51
5.1	Artigo 1: Sentidos sobre ontem e hoje: memórias sobre o processo de trabalho em saúde no cenário da atenção psicossocial de Recife-PE.....	51
5.2	Artigo 2: Discursos sobre a rede: perspectivas de profissionais de Centros de Atenção Psicossocial para cenários atuais e posteriores.....	67
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
	REFERÊNCIAS.....	93

APÊNDICE A – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	100
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	102
APÊNDICE C – CONSTATAÇÃO DA SATURAÇÃO TEÓRICA DO CORPUS DE ENTREVISTAS.....	103
APÊNDICE D – <i>COREQ CHECKLIST</i> UTILIZADO PARA GUIAR A PROPOSTA DE PESQUISA DESTA DISSERTAÇÃO.....	104
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO.....	106
ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DO RECIFE.....	111
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS EM SERVIÇO...	112
ANEXO D – NORMATIZAÇÃO PARA SUBMISSÃO NO PERIÓDICO PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA.....	113
ANEXO E - NORMATIZAÇÃO PARA SUBMISSÃO NO PERIÓDICO TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE.....	118
ANEXO F – CAPACITAÇÃO REALIZADA PELO PESQUISADOR REFERENTE À TEMÁTICA DESTA DISSERTAÇÃO.....	123

1 INTRODUÇÃO

Inicia-se essa escrita pelo entendimento de Rede sinalizado por Castells (2000), quando considera que esta é uma nova forma de organização social, forte em tecnologia de informação e embasada na cooperação entre unidades dotadas de autonomia. Logo, atentando-se para o fato de que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) condicionam uma lógica de cuidado que obedece a determinados fluxos dentro do sistema de saúde, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) define as RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Assim, cabe sustentar uma perspectiva que traduz uma lógica de rede, com foco no setor saúde, a qual pode se subsidiar por um cuidado agrupado e organizado nas distintas complexidades demandadas por usuários dos serviços de saúde, sejam estas singularizadas de acordo com a vulnerabilidade ou a presença de determinados agravos que tencionam forças que desequilibram as relações entre os olhares para a saúde e para a doença. Ou ainda uma rede que fomenta a produção de saúde a partir da organização de tecnologias que remetem a uma intencionalidade de cuidado gerada (e gerenciada) na imersão de práticas de trabalho em determinado território.

Estas práticas de trabalho, então, passam a ser focalizadas em uma lógica de produção. Para Mendes-Gonçalves (2017), o conjunto de trabalhos institucionalizados que compõem o setor saúde nas sociedades capitalistas ocidentais deriva, grande parte de sua legitimação social, do fato de justificar suas técnicas de intervenção como aplicações diretas, imediatas do saber científico sobre o corpo. As interações, assim, entre trabalhador e o meio, assim como os instrumentos envolvidos nesse trabalho, formam um processo de trabalho.

É nessa interseção entre saúde e trabalho que a própria rede pode se inserir com a finalidade de compreender as dinâmicas que permeiam as subjetividades relacionadas ao mundo do trabalho. Este que se apresenta como produtor de relações sociais e um meio instrumentalizador da própria produção de saúde, consubstanciada pela figura presente do profissional de saúde como um dos elementos fundantes das relações que se estabelecem nos territórios do trabalho em rede.

Portanto, a partir de interações do pesquisador em cenários formativos em saúde mental no período de graduação e residência multiprofissional, além das leituras sobre o mundo trabalho e sua relação com a saúde em rede, o campo da atenção psicossocial surge como objeto de interesse e de aprofundamento. Este campo é apontado como um novo paradigma (em

resposta ao modelo asilar de lidar com a loucura) em que, pautado na Reforma Psiquiátrica, iniciada no Brasil entre os anos de 1978 e 1980, o Movimento antimanicomial, classificado como um processo político e social complexo, composto de atores e instituições diferentes, assim como a própria sociedade civil, tem a finalidade de reivindicar novos espaços, práticas e relações com a loucura (AMARANTE, 1995).

Estes saberes provocaram no pesquisador a inquietude de compreender processos que se usavam de cenários de práticas profissionais para promover cuidado aos usuários em sofrimento psíquico, quando, no curso dos componentes curriculares sobre saúde mental e atenção psicossocial, houve indagações sobre o papel do trabalhador na assistência em saúde e na perspectiva deste ser um dos condutores de ideias que fundam o conceito de desinstitucionalização.

Assim, Silva *et al.* (2015) sustentam que a atenção psicossocial se fundamenta nos seguintes aspectos: concepção de saúde e doença a partir determinação psíquica e sociocultural do sofrimento, organização das relações de trabalho com base na participação dos usuários e da comunidade nas decisões, e a visão da demanda em sua complexidade em um determinado território.

Nesta perspectiva, sugere-se que a loucura se coloca como tema que transversaliza toda a lógica de cuidado em atenção psicossocial, seja por estar associada ao cultivo de estigmas, pelo objeto de cuidado direcionado, seja no modelo de gerenciamento da loucura ou da atenção voltada ao processo de adoecimento psíquico, incorrendo, claramente, ainda sob a nuance produtiva das transformações que aconteceram durante o tempo nos distintos espaços e cenários que surgem como locais para a atenção à saúde em rede.

Nesse seguimento, entendendo-se a atenção psicossocial como espaço de vivência e relações, o qual se construiu em meio a estruturas de Movimentos Sociais, também interdependente às próprias conexões com trabalhadores de diversos segmentos, nota-se um caminho percorrido pela vertente da desinstitucionalização dos usuários dos serviços de saúde mental.

Para Venturini (2010) a desinstitucionalização é uma prática que abre novos horizontes para o conhecimento e uma reforma que atravessa o interior das contradições para dissolvê-las na prática, sendo o pensamento crítico, cujo conhecimento se propõe à transformação do real e na capacidade de colocar em crise o papel de poder na relação terapêutica, uma ferramenta utilizada na recuperação de um profundo respeito para com o outro, na atitude de responsabilidade, de curiosidade intelectual e de luta contra toda injustiça.

Assim, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se apresenta como componente intersetorial que busca instituir uma organização de oferta de cuidado em sintonia com um modelo de atuação em saúde mental psicossocial. A partir dela, em 2011, o Ministério da Saúde propõe uma estruturação do modelo de cuidados em saúde por meio de ações da atenção básica em um desenho ampliado, convocando a participação de diferentes equipes para um trabalho articulado entre os seguintes equipamentos: atenção básica em saúde (Unidades Básicas de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e equipes Consultório na Rua), atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se propõem a serem articuladores estratégicos da RAPS, sendo o seu aumento apontado por Pereira e Costa-Rosa (2012) como um avanço importante da Reforma Psiquiátrica brasileira, criados para serem substitutivos às internações psiquiátricas e promotores de ações afirmativas para usuários e familiares do campo. O público-alvo desses serviços são pessoas com intenso sofrimento psíquico a ponto de impossibilitá-las de viver e realizar seus projetos de vida sem um suporte assistencial e/ou apoio social. Assim, busca-se a promoção da autonomia do usuário em ações que incluem o reposicionamento da pessoa de tal modo que ela se torne ativa nos aspectos significativos de suas vidas.

Portanto, aponta-se um olhar para a produção de intersubjetividades nos processos de trabalho na RAPS, mediados pelos CAPS, entre outros dispositivos da rede, seja na relação profissional/usuário ou profissional/equipe, como objeto de problematização dos estudos sobre o mundo do trabalho e suas conexões com processos que sustentam a atuação em Rede.

Isto posto, pode-se depreender que todo esse processo possui uma dinamicidade de forças que atuam nessa construção, apontando-se a memória como uma categoria relevante para a análise das relações que se estabelecem na atuação em rede da RAPS, viabilizada, também, pelas perspectivas que conduzem o cuidado a um patamar que se estende, entre outras características, pelo atributo dos estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e gestão de casos.

Logo, memória é compreendida, nesta escrita, em um patamar de encontro entre pensamentos cujas aproximações se dão no campo das relações sociais, tornando-se uma unidade subjetiva a partir de singularidades, seja pelo conjunto das lembranças, voluntárias ou não, seja pelo caráter da linguagem que utiliza para expressá-las (ALBUQUERQUE JUNIOR, 1993).

Dessa forma, coloca-se a memória, então, como um dispositivo facilitador para buscar nexos entre as singularidades que construíram (e constroem) processos de trabalho que estruturam e sustentam a atuação da RAPS, isto é, na lógica do cuidado construído a partir da desinstitucionalização, sendo importante considerar os reflexos atuais que se traduzem nos fatos de outrora e produzem substância para a compreensão da operacionalização da rede em determinados espaços de cuidado.

Nessa perspectiva, compreende-se que as transformações intentadas pelas reformas de caráter psicossocial se colocam pela reorganização do processo de trabalho, na esfera do funcionamento em rede e no envolvimento de processos cotidianos, nos quais os trabalhadores desempenham um papel significativo, na organização do fluxo e nas interações entre trabalhadores, meio e instrumentos as quais implicam no cuidado prestado e, conseqüentemente, em seu processo de trabalho.

Dito isto, esta pesquisa se problematizou a partir do seguinte marco questionador: como se dá o processo de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial, sob a ótica de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial, tendo-se a memória como categoria de análise para o entendimento da atuação em rede?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Paisagens de loucura e trajetórias em saúde mental: fontes iniciais para a reflexão

As concepções sobre a loucura são distintas, transcendem a lógica do tempo e espaço, e representam um vasto leque de ideias que muitas vezes se entrelaçam, reorientam-se ou se difundem em campos opostos os quais produzem arenas de conflito na definição das subjetividades relacionais ao sujeito e das próprias dinâmicas sociais. Logo, Foucault (1978, p. 19) sugere a ideia de que a loucura “[...] é objeto de discursos, ela mesma sustenta discursos sobre si mesma; é denunciada, ela se defende, reivindica para si mesma o estar mais próxima da felicidade e da verdade que a razão, de estar mais próxima da razão que a própria razão”.

É nessa ótica, em que o autor sinaliza a historicidade da loucura, que se pode traçar compreensões sobre processos que influenciam as relações de saúde e a própria construção da psiquiatria como campo de saber, institucionalizada na figura do manicômio.

Sobre a temática, abordando as instituições totais como um local de residência e trabalho, em que um grande número de sujeitos com situação semelhante, segregados da sociedade mais ampla por grande período de tempo, possuem uma vida fechada e formalmente regrada, Goffman (1961) descreve importantes características visualizadas no tratamento ao sujeito em sofrimento psíquico nos *hospitais para doentes mentais*¹ como extração de dentes, isolamento social, privação da alimentação, entre tantos outros.

O autor transmite a informação de que, na Grã-Bretanha, na última parte do século XVIII, o mandato médico sobre essas pessoas se iniciou de maneira considerável. Os internados começaram a ser chamados pacientes, as enfermeiras eram treinadas e havia registros de caso no estilo médico; os manicômios, que tinham mudado de nome e passaram a chamar-se hospitais para insanos, receberam o nome ainda diferente: hospitais psiquiátricos.

Desse forma, Rotelli *et al.* (1990, p. 50) se dirigem à problemática com o seguinte comentário:

O mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a ‘doença’, da ‘existência global complexa e concreta’ dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se constrói um conjunto de aparatos científicos, legisladores, administrativos (precisamente a ‘instituição’), todos referidos à ‘doença’.

¹Expressão utilizada pelo autor para se referir aos usuários em sofrimento psíquico internados em manicômios.

Dando um salto histórico, Paulo Amarante (1995) vem contribuir com as reformas modernas da Psiquiatria salientando que existem dois importantes períodos, nos quais são redimensionados os campos teórico-assistenciais da psiquiatria. O primeiro período é permeado por um processo de crítica à estrutura asilar, responsável pelos altos índices de cronificação. A questão central deste período encontra-se referida, ainda, à crença de que o manicômio é uma instituição de cura e que se torna urgente resgatar este caráter positivo da instituição através de uma reforma interna da organização psiquiátrica. O segundo período abordado pelo autor é marcado pela extensão da psiquiatria ao espaço público, organizando-o com o objetivo de prevenir e promover a saúde mental. Este segundo momento é representado pelas experiências de Psiquiatria de Setor (França) e Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (EUA).

Assim, o Amarante (1995) reflete ainda que a Psiquiatria de Setor se apresenta como um movimento de contestação da psiquiatria asilar, anterior às experiências de Psicoterapia Institucional, surgida na França do pós-guerra, restringindo a internação a uma etapa, destinando o principal momento para a própria comunidade. Com isso, priorizou-se a possibilidade de assistência ao paciente em sua própria rede social, o que se torna um fator terapêutico. Já a Psiquiatria Preventiva representa a demarcação de um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais dá lugar ao novo objeto: a saúde mental.

Depreendendo-se, então, que o paradigma clássico transforma loucura em doença, pode-se trazer, ainda como ponto histórico, a trajetória italiana e o rompimento com a psiquiatria tradicional, estando em foco a consideração de um projeto de desinstitucionalização, a Psiquiatria Democrática italiana e a ideias de Franco Basaglia de desmontagem e desconstrução de práticas e discursos comprometidos com uma objetivação da loucura e sua redução à doença (AMARANTE, 1995).

Conduzindo a temática para o cenário brasileiro, Brasil (2005) coloca que o início do processo de Reforma Psiquiátrica é contemporâneo à eclosão do Movimento Sanitário, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Daniela Arbex (2013), ao contar histórias que tangem potentes reflexões sobre a institucionalização no Brasil, demonstra um dos fios condutores do pensamento de reforma, com foco no hospital colônia de Barbacena, estimando que pelo menos 60 mil pessoas morreram entre seus muros.

Tinham sido, a maioria, enfiadas nos vagões de um trem, internadas à força. Quando elas chegaram a Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali. Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (ARBEX, 2013, p. 12),

Assim, Hirdes (2009), ao realizar uma revisão sobre o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, contribui com esta escrita trazendo a informação cuja observação da reforma, nas últimas décadas, demonstra períodos alternados de intensificação das discussões e de surgimento de novos serviços e programas, com períodos em que ocorreu uma lentificação do processo. Historicamente, as décadas de 1980 e 1990 se colocam como marcos significativos nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país.

Sobre essa ótica, é imprescindível trazer as contribuições de Melo (2013) quando julga que o Movimento de Reforma Psiquiátrica contou com a participação de diversos atores, como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), a participação de alguns atores críticos à composição da psiquiatria clássica no campo da saúde mental e as associações de usuários e familiares em saúde mental, que representam o controle social na área, sendo importantes destacar dois pontos para compreender o processo da Reforma Psiquiátrica, ainda em curso no Brasil: a centralidade nas estratégias de desconstrução da ideia do sujeito louco como perigoso para o convívio social; e o fortalecimento dos serviços substitutivos.

A autora ainda salienta que um momento expressivo no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorre em 1989, quando o deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais, propôs uma lei que regulamentava os direitos dos portadores de transtornos mentais e apontou para a progressiva extinção dos manicômios no país, que somente foi aprovada pelo Congresso Nacional após 12 anos, sendo hoje conhecida como a Lei Paulo Delgado (Lei 10.216/01).

A referida lei oficializou a atenção psiquiátrica sob forma comunitária no Brasil, dispondo sobre o tratamento mais humanizado, a proteção aos usuários com transtornos mentais, dando-se preferência aos serviços comunitários sobre a internação, a implantação em todo o território brasileiro de serviços substitutivos, as bases de funcionamento desses serviços e a regulamentação das internações obrigatórias. Além dos CAPS, previu-se a implantação de ambulatorios de saúde mental, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), residências

terapêuticas, hospitais-dia, unidades de psiquiatria em hospitais gerais, lares protegidos e centros de convivência e cultura (BRASIL, 2001).

2.2 E em Pernambuco? E em Recife? Nuances sobre suas histórias no campo da saúde mental e da reforma psiquiátrica

A intenção desta escrita não está em se direcionar sobre os primórdios da Psiquiatria no estado de Pernambuco, mas como se deu o processo de reforma psiquiátrica no cenário a partir da década de 1990. Para uma (re)leitura que apure os fatos que vêm anteriormente ao que é tratado nestas palavras, recomenda-se a apreciação das obras: *A psiquiatria no país do açúcar e outros ensaios* (COELHO, 1977)², *A história da Psiquiatria em Pernambuco e outras Histórias* (BASTOS, 2010)³ e *A escola de Psiquiatria do Recife: fundação e primeira sucessão – de Ulysses Pernambucano a José Lucena* (NASCIMENTO, 2007)⁴.

De acordo com Lemos (1999), o caminho percorrido pela Reforma Psiquiátrica em Pernambuco começa em 1991, quando a Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM) organizaria uma nova política de saúde mental em todo o território brasileiro. Esta política foi formada em contextos colocados na I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Santa Catarina entre os dias 25 e 28 de Junho de 1987 e disseminadas pela denominada Declaração de Caracas, efetuada no período de 11 a 14 de novembro de 1990, na Venezuela.

Do ponto de vista legal, Oliveira (2008) sinaliza que, a partir de 1991, com o surgimento da Portaria 189/91, em que são apontadas diretrizes pelo Ministério da Saúde (MS) sobre tempo de internamento de pessoas em hospital psiquiátrico, em hospital geral e em hospital, não podendo exceder os 180 dias sob o risco de não ser remunerada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

² Na obra publicada na segunda metade do século XX, Heronildes Coelho Filho traz um apanhado histórico sobre informações que consolidam a instalação e reformas do Hospital da Tamarineira no Recife, trazendo um retrato singular da exclusão de pacientes psiquiátricos no fim do século XIX e início do século XX.

³ Escrita pelo ilustre Psiquiatra pernambucano Oton Bastos, a obra traz uma reunião de escritos que vão desde noticiários a programações extensas de congressos da área de Psiquiatria. São mencionados importantes aspectos do contexto histórico que vão além da perspectiva local, atrelados a informes sobre grandes personagens do cenário pernambucano.

⁴ Neste dissertação de Bruno Marcello Mendonça Nascimento, orientada pelo professor Othon Bastos, são retratadas investigações sobre o surgimento da Escola Pernambucana de Psiquiatria, suscitando o percurso de grandes mestres, bem como análise de trabalhos produzidos pelos personagens principais da narrativa: Ulysses Pernambucano e José Lucena.

O autor ainda destaca que uma outra Portaria, Nº 224/91, criou parâmetros de recursos físicos e humanos que implicariam na necessidade de propostas de trabalho posteriores que considerassem a organização de equipe multidisciplinar, priorizando novos modelos assistenciais para a pessoa com transtorno mental, como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Apoio Psicossociais (CAPS).

Quando de sua publicação (1992), Pernambuco ainda não contava com nenhuma espécie de serviço substitutivo ao hospício, mas seria apenas uma questão de tempo; as críticas do Movimento Antimanicomial somadas às necessidades requeridas a partir da Declaração de Caracas acabariam por demandar a criação desses serviços no estado e, dessa forma, Instruções Normativas e Portarias vêm responder as reivindicações de setores específicos quanto à assistência psiquiátrica com o fito último de substituir o manicômio e, ao longo do processo, oferecer novas possibilidades terapêuticas recomendadas por órgãos internacionais de saúde, como a OMS e a OPS, e ratificadas pelo Movimento. Nesse sentido, as Portarias, nº 407/92 e a de nº 408/92 foram elaboradas para possibilitar a aplicação, na íntegra, das instruções editadas pela portaria anterior. Porém, é com a Portaria nº 088/93, de 21 de julho de 1993 que, após retificação do item 4 e o subitem 4.6 da Portaria 224/92 (voltados para os hospitais especializados em psiquiatria e os recursos humanos disponíveis), que estabeleciam penas para os hospitais psiquiátricos que não se adequem aos dispositivos legais (OLIVEIRA, 2008, p. 104-105).

Assim, conforme Brasil (1994), realizada em Brasília, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, contou com cerca de 20.000 pessoas que construíram as seguintes deliberações: a transformação e cumprimento de leis, a criação de uma nova rede de atenção em saúde mental e o direito à atenção e à cidadania à pessoa com sofrimento psíquico.

Oliveira (2008) ainda sustenta a ideia de que, a partir de 1992, a secretaria de saúde do estado de Pernambuco caminhou por executar, de forma tímida, as diretrizes apontadas por organizações de saúde em nível mundial e nacional, demonstrando um descompasso com os parâmetros permitidos pela OMS e pelo MS.

Nessa linha, de acordo com Facundes *et al.* (2010), Pernambuco, embora possua importante história de luta por melhorias na assistência em saúde mental, consolidou-se como um dos grandes pólos hospitalocêntricos, semelhante ao que ocorreu em outros grandes centros urbanos do país. O Estado apresentou grandes avanços no redirecionamento da assistência, mas ainda mantinha um número expressivo de leitos psiquiátricos, apresentando dificuldades para efetivar a expansão e descentralização da atenção à saúde mental. No período de 1991 a 2009, Pernambuco reduziu cerca de 50% dos leitos psiquiátricos cadastrados no SUS e três hospitais privados foram fechados.

Cabe ressaltar que, no território Pernambucano (PERNAMBUCO, 1994), houve um passo de singularidade importante: a aprovação da lei estadual 11.064 de 1994, de autoria do ex-deputado Humberto Costa, que propõe o atendimento aos portadores de deficiência mental preferencialmente fora dos hospitais e com a participação intensiva dos familiares.

A referida dispõe, dentre outros textos, que os direitos do portador de transtorno psiquiátrico, entre outros, são: tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer discriminação; proteção contra qualquer forma de exploração; espaço próprio, necessário à sua liberdade, com oferta de recursos terapêuticos; acesso aos meios de comunicação disponíveis para proteger-se contra quaisquer abusos; integração, sempre que possível, à sociedade, dos pacientes asilares. Caberia, então, ao estado de Pernambuco, substituir, progressivamente, mediante planificação anual, os leitos psiquiátricos pelos recursos assistenciais alternativos (PERNAMBUCO, 1994).

Seguindo o traçado histórico que foi discutido por Maia (2007), apresentam-se algumas informações pertinentes que auxiliam na visualização de serviços que passaram a surgir na cidade de Recife, conforme os ideais da reforma psiquiátrica:

Foram inaugurados serviços alternativos à internação psiquiátrica. Em 1990 foi criado o Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo (CPTRA); em 1993 foram inaugurados: o hospital-dia Espaço Azul, no Hospital Ulysses Pernambucano, que a posteriori foi convertido em CAPS, sob gestão estadual e, a partir de 2004, gerido pelo município de Recife; o Centro Especializado Médico Psicopedagógico Infantil (CEMPI) e o Núcleo de Atendimento Psicossocial ao Adolescente (NIAPSA), no Hospital Geral Otávio de Freitas – HGOF, especializado em tratamento de transtorno mental na infância, em regime extra-hospitalar. Em 1994, no mesmo hospital, foi inaugurado o hospital-dia Espaço Livrementemente, e na Policlínica Albert Sabin (DS III), a oficina terapêutica, assim como, em 1995, foi criada a oficina terapêutica da Policlínica Lessa de Andrade, no distrito sanitário IV.

No término de 1994, no cenário da municipalização, a Secretaria de Saúde da Cidade do Recife tomou para si a gestão de cadastro-programação-controle e avaliação dos hospitais psiquiátricos privados conveniados com o SUS que existiam no município. Os hospitais públicos passaram por várias reformas e tentativas de redirecionamento da assistência (FACUNDES *et al.*, 2010).

Nessa vertente, um passo importante foi dado na cidade de Recife, em 1996, quando o então prefeito Jarbas sanciona a lei Nº 16.232/96 que dispunha sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental e regulamentou a internação psiquiátrica involuntária no município, em que a administração municipal estaria

obrigada a garantir a existência de no mínimo 1 serviço público ou privado de saúde mental, conveniado ao SUS, em cada distrito sanitário (RECIFE, 1996).

Assim, ao aderir ao projeto de municipalização da Atenção Básica e à gestão semiplena, em Recife, ao término da gestão do prefeito Jarbas de Andrade Vasconcelos (1993–1996), foi inaugurado o primeiro CAPS municipal sob gestão do Recife, o CAPS Galdino Loreto. Neste mesmo ano, a autora (MAIA, 2007) afirma que, conforme o Plano Municipal de Saúde Mental do ano de 1999, houve uma redução de 34,9% dos leitos psiquiátricos com relação a 1992, passando de 6000 leitos para 3949, no estado de Pernambuco. Essas foram as ações de maior visibilidade, à época, no que há relação com a desinstitucionalização da saúde mental na cidade de Recife.

Com a gestão plena, habilitada pelo prefeito Roberto Magalhães, em 1998, dos 19 hospitais sob gestão de Recife, 10 eram ligados ao SUS-Recife, dos quais, sete eram psiquiátricos. Ao final da gestão, em 2000, houve eleição municipal em que um representante do Partido dos Trabalhadores (PT), venceu. Até 2001, da mesma forma, no estado, a rede extra-hospitalar ainda era bastante específica e, praticamente, o único dispositivo ofertado, na rede, para tratamento de transtorno mental era o CAPS (MAIA, 2007).

Com a reorganização da política de saúde mental na nova gestão, em 2002, foram inaugurados três CAPS sob gestão do município: o CAPS Espaço Vida, no distrito sanitário IV, bairro da Iputinga; o CAPS José Carlos Souto, no distrito sanitário II, bairro do Torreão; e o CAPS Esperança, no distrito sanitário III, em Casa Amarela. Houve início de funcionamento de duas residências terapêuticas, nos distritos II e IV. Foram inaugurados 5 serviços em um ano (MAIA, 2007).

Neste mesmo ano foi implementado o projeto Reabilitar com o objetivo de reduzir as internações de pacientes em Hospitais Psiquiátricos e garantir o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais a um tratamento humanitário, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. O programa foi composto por dois subprojetos: Projeto de volta à família de origem e o projeto de Residências Terapêuticas (RECIFE, 2002).

Em 2004 houve a inauguração do primeiro CAPS 24 horas, CAPS David Capistrano, localizado no bairro do Ipsep (DS VI). Foi a primeira experiência da cidade com CAPS III, diante disso, a equipe recebeu capacitação da equipe de Campinas, no próprio serviço. Iniciou-se, ainda, o processo de municipalização de quatro serviços de saúde mental: os CAPS II Espaço Azul (DS III) e Espaço Livrementemente (DS VI), além dos CAPS AD CPTRA, localizado no DS III, e o Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana, no DS IV (MAIA, 2007).

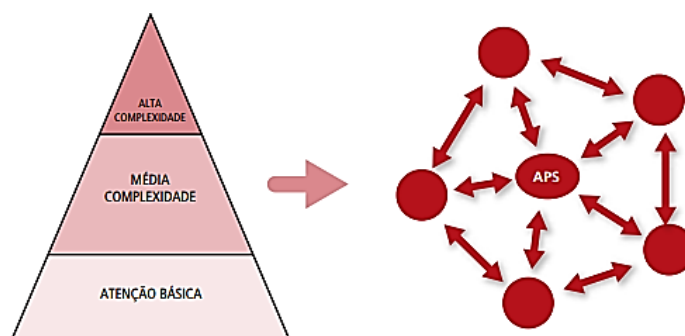
Destarte, ficaram um pouco visíveis os caminhos que foram trilhados pela reforma psiquiátrica no cenário pernambucano e recifense que, sendo ousado em nosso dizer, constituíram alicerces para a atuação em rede no tempo atual. Sobre a temática, discutir-se-á a seguir.

2.3 Redes de atenção à saúde: caminhos sugestivos para a atenção em saúde e a pertinência dos Centros de Atenção Psicossocial no cenário da desinstitucionalização

Kuschnir e Chorny (2010) afirmam que “as redes são o instrumento de garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades.” Partindo deste pressuposto, é importante sinalizar o ponto o qual sugere que o conceito de rede gira em torno de uma considerável complexidade semântica, traduzido por diversos campos do saber. A própria Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2009) sustenta a ideia de que a proposta de organização de redes tem assumido diferentes significados, utilizada de forma distinta por diferentes atores. Especificamente em seu recorte de organização de serviços de saúde, uma vertente de discussão centra-se no campo do cuidado integrado.

Escolhendo-se, então, uma aproximação para se tencionar como base para reflexão nesta escrita, chega-se a Mendes (2011), que considera que as redes não são apenas um arranjo poliárquico de diferentes atores constituídos de determinada autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, dentro de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações, havendo uma mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos, para as RAS, estando a Atenção Primária à Saúde (APS) como centro comunicador, como pode ser visto na figura 1.

Figura 1 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.

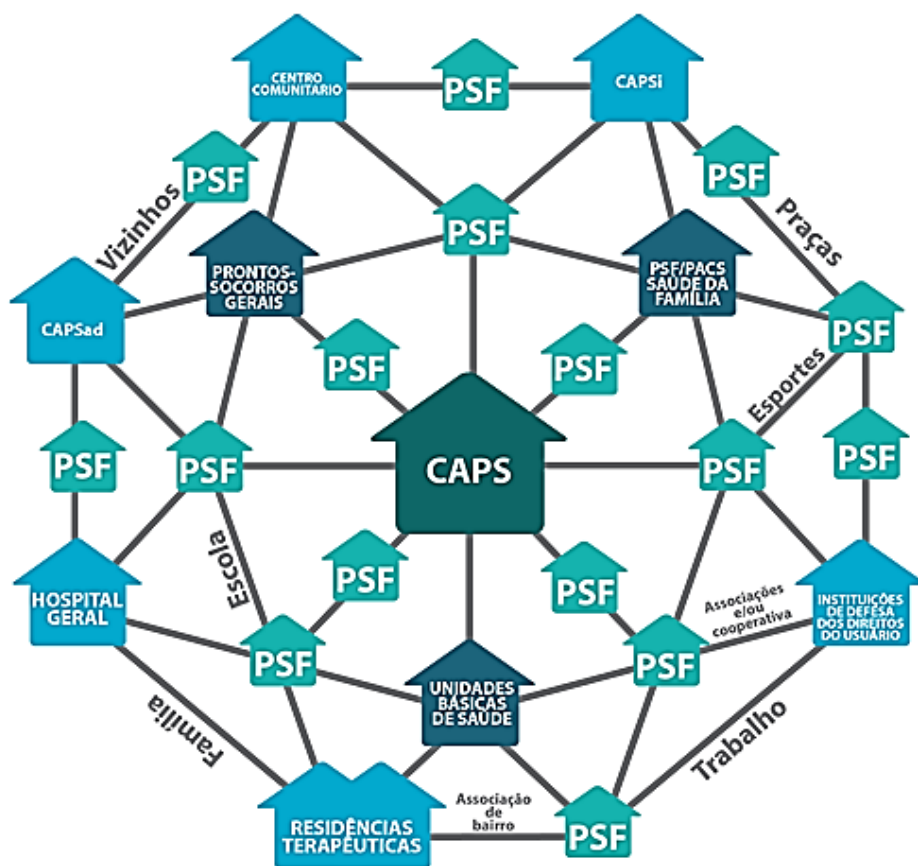


Fonte: Mendes (2011).

Cabe, assim, ainda salientar o que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p.1) apresenta como rede de atenção à saúde: “estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência.”

Sob essa nuance, surge, então, a necessidade de se organizar a atenção à saúde mental sob a lógica de rede. Logo, no que se refere à estrutura de serviços em redes e no desenho lógico da Rede de Atenção à Saúde Mental, proposto pelo Ministério da Saúde em 2004, a composição organizativa trazia os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como elemento central das ações (BRASIL, 2004), sendo essa perspectiva superada e atribuindo-se a eles um papel estratégico, contribuindo para que as demandas de saúde mental fossem direcionadas prioritariamente aos CAPS. Além disso, esses serviços estruturaram-se de modo a responder às diferentes demandas que lhes chegavam, em articulação com os demais pontos da rede, como pode ser visualizado na figura 2.

Figura 2 - Atenção à saúde mental apontando-se o CAPS como elemento estratégico e articulador da rede.



Fonte: UFMA (2017).

Em 2009, propôs-se que o serviço se colocasse como ponto estratégico, demonstrando um caminho em que o CAPS poderia viabilizar o cuidado em saúde mental, assumindo um estado organizativo das ações construídas em conjunto com a rede de saúde (BRASIL, 2011).

Quando foram criados através da Portaria nº 224/92, pelo Ministério da Saúde, esses centros eram considerados serviços substitutivos extra-hospitalares, e tinham como um dos objetivos a redução de internações psiquiátricas, com vistas ao resgate dos usuários internados nos espaços sociais, cabendo-lhes o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais, procurando preservar e fortalecer os seus laços sociais em seu território (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Os CAPS, atualmente, atuam como articuladores estratégicos na assistência à saúde mental, promovendo a autonomia dos usuários, e estão distribuídos nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS ad, onde atuam uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, formada por profissionais de nível superior e de nível médio, organizando atividades diversificadas, como: oficinas terapêuticas, atendimento individual e em grupo, visitas domiciliares, atividades físicas e lúdicas, promoção da reabilitação psicossocial, orientação de familiares, dentre outras (AGUIAR, 2014; ALVES; LIMA, 2013).

As atividades nos CAPS, então, são realizadas de forma prioritária em espaços coletivos (por exemplo: grupos, reunião diária de equipe ou assembleias de usuários), de maneira articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das outras redes. O cuidado é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular, compreendendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família (BRASIL, 2017).

Assim, os CAPS aparecem como dispositivos que buscam atingir a desinstitucionalização em articulação com outros pontos. Esta implica, segundo Rotelli (1990), na superação dos hospitais psiquiátricos e na ruptura da relação causa-efeito na análise da constituição da loucura, viabilizando a construção de um processo prático-crítico que reoriente as instituições e a criação de novos serviços, compondo estratégias, saberes e intervenções que atendam à sua especificidade.

Tal perspectiva é corroborada por Nicácio (2003) quando apresenta a desinstitucionalização como um processo social complexo que visa transformar as relações de poder entre as pessoas e as instituições, colocando diversas pessoas como atores do processo e considerando a sua complexidade, desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas, além da reconstrução de novas realidades.

Abordando a lógica do trabalho, nesse contexto, Martinhago (2015) revela que a desinstitucionalização nos CAPS é um grande desafio para os profissionais, afirmando que a

desinstitucionalização nesses espaços pode significar um avanço nas práticas no âmbito da saúde mental.

Assim, a desinstitucionalização surge como o mudança de perspectiva que vai do centro da atenção da instituição psiquiátrica para a comunidade, e em característica de forte desconstrução de um paradigma arcaico centralizado na doença para tratar o indivíduo em suas condições concretas de vida, que não em privação de sua liberdade (MACEDO *et al.* 2017).

Nessa perspectiva, cabe discorrer um pouco mais, dentre as redes prioritárias do SUS, sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Esta foi instituída pela portaria nº 3088/11 e deve delinear suas ações a partir dos seguintes eixos: 1. Ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental; 2. Qualificação da rede de atenção integral à saúde mental; 3. Ações interssetoriais para reinserção social e reabilitação; e 4. Ações de prevenção e de redução de danos (BRASIL, 2011).

Contava, à época, com os componentes (BRASIL, 2011), apresentados no quadro 1, e esquematizados na figura 3:

Quadro 1 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.

COMPONENTES	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica	– Unidade Básica de Saúde – Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Consultório na Rua – Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório – Centros de convivência e cultura
Atenção psicossocial estratégica	– Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS ad 24h, CAPS i)
Atenção de urgência e emergência	– SAMU 192 – Sala de Estabilização – UPA 24h, hospitais e prontos de socorros - Unidades Básicas de Saúde, entre outros
Atenção de Caráter Residencial Transitório	- Unidades de Acolhimento – Serviços de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas)

Continua...

Quadro 1 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial. (continuação)

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
Estratégia de Desinstitucionalização	– Serviços Residenciais Terapêuticos – Programa de volta para Casa
Estratégia de Reabilitação Psicossocial	– Iniciativas de Geração de Renda e Trabalho – Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Brasil (2011) e elaboração do autor.

Figura 3 - Esquematização territorial com os componentes da Rede de Atenção Psicossocial e seus pontos de atenção.

Fonte: Cardoso (2015)

No âmbito do estado de Pernambuco, a atenção à saúde mental, na perspectiva de rede, conforme informações do plano estadual de saúde 2016-2019 (PERNAMBUCO, 2016), teve sua remodelagem pactuada em 03 de junho de 2013 a partir da resolução CIB nº 2.314, com garantia de definição da abrangência de cada um dos pontos estratégicos dessa rede, estando a modelagem da RAPS PE reafirmada em dois aspectos fundamentais: (1) a ruptura com hospital psiquiátrico como ponto de atenção psicossocial; e (2) a necessidade de pensar a rede de forma regional. Desta forma, a assistência à saúde mental deixa de ter como principal foco de cuidado

a internação psiquiátrica para ser substituída, progressivamente, por uma rede de cuidado de base territorial.

Todavia, cabe aqui retomar o discutido nas motivações para esta pesquisa sobre o fato de que, em 2017, houve uma mudança de compreensão da RAPS, estando agora composta, conforme Resolução CIT nº 32, de 14 de dezembro de 2017, que estabelece diretrizes para o “fortalecimento” da rede, pelos seguintes serviços: 1. Atenção Básica; 2. Consultório na Rua; 3. Centros de Convivência; 4. Unidades de Acolhimento (Adulto e Infanto-Juvenil); 5. Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) I e II; 6. Hospital Dia; 7. Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais; 8. Centros de Atenção Psicossocial nas suas diversas modalidades; 9. Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental; e 10. Hospitais Psiquiátricos Especializados (BRASIL, 2017).

Observa-se, então, nos cenários acima citados, a adaptação do hospital psiquiátrico à RAPS, suscitando a reflexão, nas circunstâncias atuais, sobre os impactos causados pela mudança de compreensão sobre os dispositivos da rede e as afetações na lógica de trabalho da RAPS na atual conjuntura, além do próprio papel dos CAPS como ponto estratégico de cuidado. Esse elemento foi levado em consideração para construção de memórias produzidas pelos profissionais da RAPS.

2.4 Conhecendo Recife na atualidade e sua Rede de Atenção Psicossocial

Partindo do cenário a ser desenvolvida a proposta, a cidade do Recife aparece, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), com uma população de 1.537.704 habitantes pelo censo realizado em 2010 (9º maior município do Brasil), sendo estimada para 1.637.834 em 2018. Sua densidade demográfica é de 7.039,64 hab/km².

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 11.96 para 1.000 nascidos vivos (2766º no país). As internações devido a diarreias são de 0.6 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 107 de 185 e 78 de 185, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil, essas posições são de 2766 de 5570 e 3103 de 5570, respectivamente (IBGE, 2018).

Conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2018), o município possui 337 estabelecimentos vinculados à administração pública.

Possui uma composição territorial diversificada: morros - 67,43%, planícies - 23,26%, áreas aquáticas - 9,31%, Zonas Especiais de Preservação Ambiental (ZEPA) - 5,58%, a cidade

está dividida em 94 bairros aglutinados em 8 Distritos Sanitários (DS) conforme apresentado abaixo (RECIFE, 2018) e na figura 4:

DS I: Recife, Santo Amaro, Boa Vista, Cabanga, Ilha do Leite, Paissandu, Santo Antônio, São José, Coelhos, Soledade, e Ilha Joana Bezerra.

DS II: Alto Santa Terezinha, Água Fria, Arruda, Beberibe, Bomba do Hemetério, Campo Grande, Cajueiro, Campina do Barreto, Dois Unidos, Encruzilhada, Fundão, Hipódromo, Linha do Tiro, Ponto de Parada, Porto da Madeira, Peixinhos, Rosarinho e Torreão.

DS III: Aflitos, Alto do Mandu, Apipucos, Casa Amarela, Casa Forte, Derby, Dois Irmãos, Espinheiro, Graças, Jaqueira, Monteiro, Parnamirim, Poço, Santana, Sítio dos Pintos e Tamarineira.

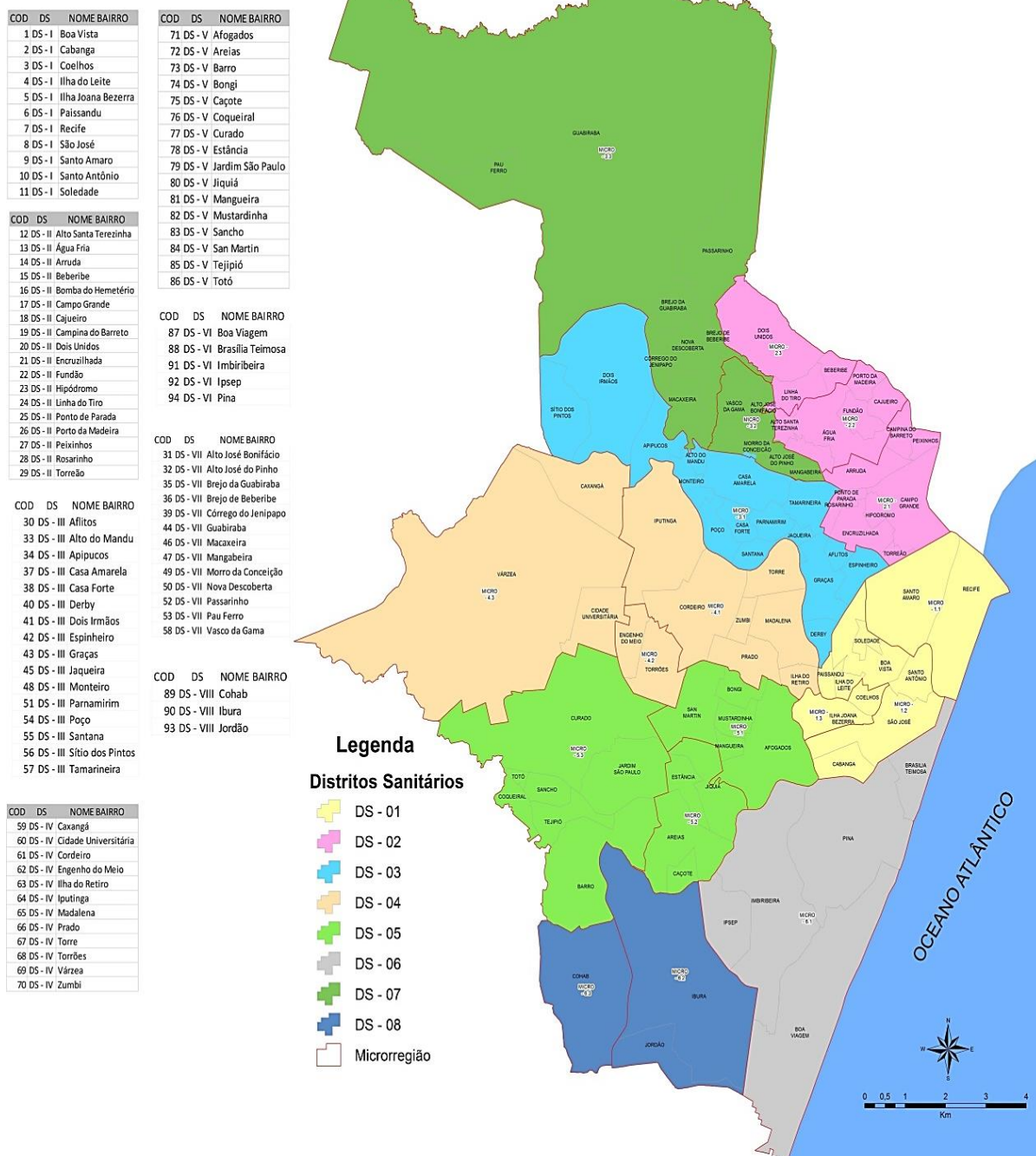
DS IV: Caxangá, Cidade Universitária, Cordeiro, Engenho do Meio, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Torrões, Várzea e Zumbi.

DS V: Afogados, Areias, Barro, Bongi, Caçote, Coqueiral, Curado, Estância, Jardim São Paulo, Jiquiá, Mangueira, Mustardinha, Sancho, San Martin, Tejipló e Totó.

DS VI: Boa Viagem, Brasília Teimosa, Imbiribeira, Ipsep e Pina.

DS VII: Alto José Bonifácio, Alto José do Pinho, Brejo do Guabiraba, Brejo do Beberibe, Córrego do Jenipapo, Guabiraba, Macaxeira, Mangabeira, Morro da Conceição, Nova Descoberta, Passarinho, Pau Ferro e Vasco da Gama.

DS VIII: Cohab, Ibura e Jordão.

Figura 4 - Divisão político-administrativa dos DS de Recife.

Fonte: <http://dados.recife.pe.gov.br>

A maior concentração da população encontra-se no Distrito Sanitário VI, correspondendo a 24,9%, enquanto o Distrito Sanitário I apresenta-se como o menos populoso, correspondendo a 5,1% da população. Observa-se que a população feminina é a maioria no município, representando 53,8% da população. A razão de sexo no município é de 1,2, sendo que o Distrito Sanitário V apresenta a menor razão, de 1,1 (RECIFE, 2019).

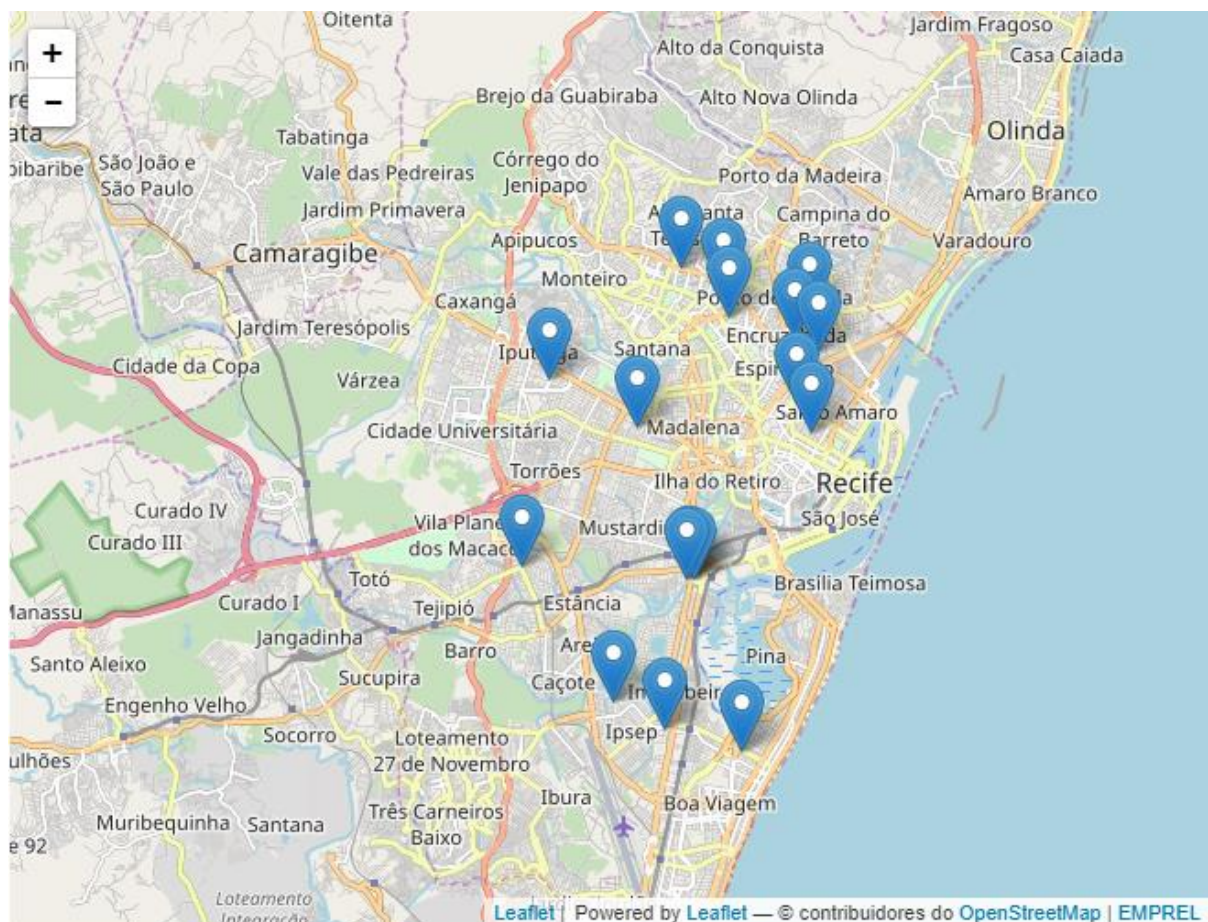
Conforme dados do Plano Municipal de Saúde 2019-2021 (RECIFE, 2019), a rede básica de saúde era composta por: 130 unidades de saúde da família, sendo, destas 4 Upinhas 24h. Essas unidades são compostas por 276 equipes de saúde da família (ESF), 173 equipes de saúde bucal (ESB), 56 Equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, 20 Equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (ENASF) e 2 Equipes de Consultório na Rua (eCnaR).

Em 2017, a cobertura populacional estimada pela atenção básica no município foi de 73%. A cobertura populacional pelas ESF atingiu 58% e por equipes de Agente Comunitário de Saúde foi de 14,5%. Já a cobertura das equipes de saúde bucal foi de aproximadamente 37%. Para o cálculo das coberturas, utilizou-se o parâmetro de 3.450 pessoas por equipe de saúde da família e bucal, e de 575 pessoas por agente comunitário de saúde.

As unidades especializadas do município são: 12 Policlínicas, 9 Centros de Especialidades Odontológicas, o laboratório Municipal de Saúde Pública e 9 Unidades Especializadas, dentre elas o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Centro de Reabilitação Física, Unidade de Cuidados Integrals, o Ambulatório Especializado da Mulher e a Unidade Pública de Atendimento Especializado.

Atentando à composição da área de Saúde Mental, em 2016, os leitos psiquiátricos municipais foram zerados e os pacientes realocados para as residências terapêuticas. Atualmente, a RAPS do município é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: 17 Centros de Atenção Psicossocial (figura 5), sendo destes, 4 CAPS Tipo II, 4 CAPS Tipo III 24H, 4 CAPS Álcool e Drogas, 2 CAPS Álcool e Drogas Tipo III 24H e 3 CAPS Infantojuvenil; 50 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), sendo 45 Tipo I e 5 Tipo II, com diversificada complexidade clínica e psiquiátrica; 3 Unidades de Acolhimento; 24 leitos de atenção integral em hospitais conveniados; 6 Equipes de Consultório de Rua e 2 Equipes de Consultório na Rua (SILVA, 2015; RECIFE, 2018; 2019).

No município, a atuação da área de gerência em saúde mental álcool e outras drogas é responsável por realizar as seguintes ações, com vistas à redução do dano no município: qualificação dos trabalhadores da RAPS; promoção de ações educativas sobre redução de danos; fóruns de discussão em saúde mental, álcool e outras drogas envolvendo trabalhadores, gestores e usuários; e apoio e fomento as ações de reabilitação psicossocial de usuários e familiares vinculados aos serviços da RAPS (RECIFE, 2014).

Figura 5 - Distribuição geográfica dos 17 CAPS da cidade de Recife

. Fonte: <http://dados.recife.pe.gov.br>

A partir do quadro abaixo, pode-se observar a distribuição de cada CAPS do município de acordo com cada DS:

Quadro 2 - Distribuição dos CAPS da cidade de Recife de acordo com endereço e respectivo Distrito Sanitário.

DISTRITO SANITÁRIO	CAPS	ENDEREÇO
DS I	CAPS BOA VISTA	RUA GENERAL JOSE SEMEAO, 146 - SANTO AMARO
	CAPS AD PROFESSOR LUIZ CERQUEIRA	RUA ALVARES DE AZEVEDO, 80 - SANTO AMARO
DS II	CAPS INFANTIL PROFESSOR ZALDO ROCHA	RUA CASTRO ALVES, 143 - ENCRUZILHADA
	CAPS AD ESTAÇÃO VICENTE ARAUJO	RUA CARLOS FERNANDES, 220 - HIPODROMO
	CAPS JOSÉ CARLOS SOUTO	RUA DJALMA FARIAS, 135 - TORREAO

Continua...

Quadro 2 - Distribuição dos CAPS da cidade de Recife de acordo com endereço e respectivo Distrito Sanitário (continuação)

DS III	CAPS ESPAÇO AZUL	AV NORTE, 5035 - CASA AMARELA
	CAPS ESPERANÇA	RUA JOSE CARVALHEIRA, Nº 415 - TAMARINEIRA
	CAPS AD CENTRO DE PREVENÇÃO TRATAMENTO E REABILITACAO DE ALCOOLISMO - CPTRA	AV CONSELHEIRO ROSA E SILVA, 2130 - TAMARINEIRA
DS IV	US 253 CAPS ESPAÇO VIDA	RUA AMBROSIO MACHADO, 280 - IPUTINGA
	CAPS AD CENTRO EULAMPIO CORDEIRO DE RECUPERAÇÃO HUMANA	RUA RONDONIA, 100 - ZUMBI
DS V	US 303 CAPS AD ESPAÇO TRAVESSIA RENE RIBEIRO	RUA JACIRA, 210 - AFOGADOS
	US 343 CEMPI CENTRO MÉDICO PSICO PEDAGOGICO INFANTIL	AV SAO PAULO, 677 - JARDIM SAO PAULO
	US 340 CAPS CLEA LACET-ADOLESCENTES	RUA EMILIA TORREAO, 145 - AFOGADOS
	US 170 CAPS GALDINO LORETO	AV DR JOSE RUFINO, 2181 - BARRO
DS VI	US 310 CAPS AD PROFESSOR JOSÉ LUCENA	RUA ITAJAI, 418 - IMBIRIBEIRA
	US 304 CAPS DAVID CAPISTRANO	RUA VIRGINIA HERACLIO, S/N - IPSEP
	US 330 CAPS ESPAÇO LIVREMENTE	RUA WALDEMAR NERY CARNEIRO MONTEIRO, 531 - BOA VIAGEM
DS VII	-	-
DS VIII	-	-

Fonte: elaborado pelo autor.

Visualiza-se, no quadro exposto, que, após a novo desenho de territorialização dos DS na qual os DS III e DS VI originaram os DS VII e DS VIII, respectivamente, em 2014, há a inexistência de Centros de Atenção Psicossocial nos referidos criados, estando o acompanhamento dos usuários realizados pelos CAPS dos territórios dos DS de origem.

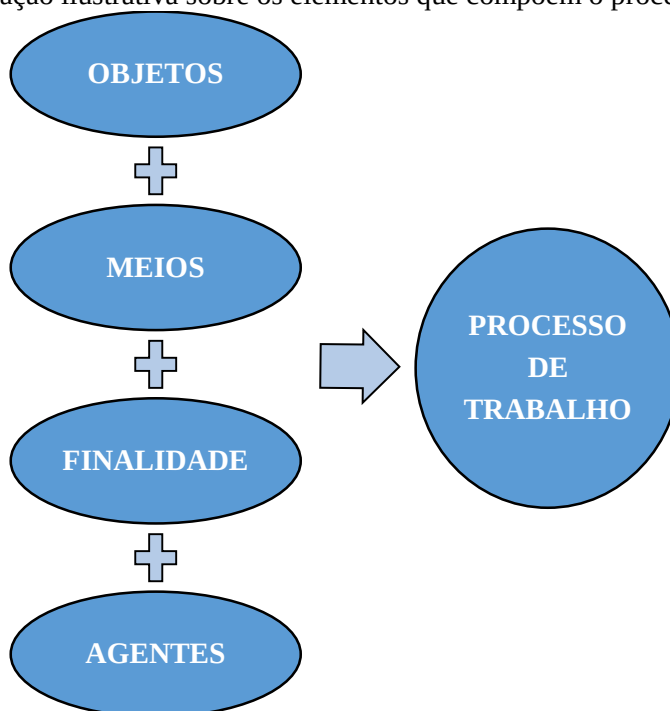
2.5 Reflexões sobre processo de trabalho em saúde e em atenção psicossocial

Ao dialogar com Marx, Antunes (2005) afirma que foi através de sua escrita que o trabalho conheceu sua síntese sublime: trabalhar era, ao mesmo tempo, necessidade permanente para a manutenção do metabolismo social entre humanidade e natureza. Mas, sob o império (e o fetiche) da mercadoria, a atividade vital metamorfoseava-se em atividade imposta, extrínseca e exterior, forçada e compulsória.

Ao longo da história, então, o trabalho assumiu várias formas, ora como atividades distintas, mais nobres e mais livres dos paradigmas materiais que costumam estar relacionados ao estereótipo do mundo do trabalho, ora como algo pesado, sofrido, repleto de leis fortes da necessidade e distante da criatividade e da liberdade (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Outrossim, é cabível condicionar esta reflexão sob a perspectiva de que, para conduzir a atividade, é necessário que existam a intencionalidade, o objeto, a energia e a transformação desse objeto, ou seja, “o processo de trabalho e seus elementos constituintes: objeto, meio/instrumentos, finalidade e trabalho em si [agentes].” (OLIVEIRA; FONSECA, 2005, p.42). A esquematização pode ser observada na figura 6.

Figura 6 - Esquematização ilustrativa sobre os elementos que compõem o processo de trabalho.



Fonte: elaborado pelo autor.

Logo, esses elementos precisam ser examinados de forma conjunta, pois na sua relação recíproca demonstram um dado processo de trabalho. Assim, um determinado aspecto da realidade destaca-se como objeto de trabalho apenas quando o sujeito assim o delimita, sendo recortado por uma perspectiva que possui um projeto de transformação. Já os instrumentos se categorizam na presença de instrumentos materiais e não-materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, entre outros. Os segundos são os saberes, que se desenvolvem em determinados arranjos, os sujeitos e os instrumentos materiais. Além disso, configuram-se ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual. Objetos e instrumentos, por sua vez, só adquirem finalidade a partir da presença do agente de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1979; 1992; 1995).

Corroborando tais nuances, Faria *et al.* (2009) sustentam que em um dado processo de trabalho, os objetivos são projeções de resultados que têm a intenção de satisfazer necessidades e expectativas dos seres humanos, de acordo com sua organização social, em determinado tempo histórico. Os objetos a serem moldados podem ser matérias-primas ou materiais já previamente feitos ou, até mesmo, certos estados ou condições pessoais ou sociais. Os meios de produção ou instrumentos de trabalho podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, mas também, em uma visão mais ampla, podem incluir conhecimentos e habilidades. Já os homens são os agentes de todos os processos de trabalho em que se acontece a transformação de objetos ou condições para se atingir fins que foram previamente estabelecidos.

Assim, no processo de trabalho em saúde pode-se visualizar obstáculos e reconhecer a necessidade de compreendê-los e superá-los. Pode-se utilizar procedimentos racionais para formular hipóteses, obter evidências e chegar a soluções para resolver o obstáculo que desencadeou o processo com muita vantagem em relação a soluções que instigam. Este tipo de pesquisa é imediatamente instrumental, é um instrumento de trabalho (ROCHA; LIMA, 2017).

Dessa forma, ao sinalizar as contribuições de Ricardo Bruno para o desenvolvimento de uma compreensão do processo de trabalho em saúde, Ayres (2015) coloca que o autor identificou a polarização dos saberes operados concretamente nas unidades de saúde em torno de duas modalidades de racionalidade aplicada: a clínica e a epidemiologia. Assim, foi apresentado como esses campos estão relacionados a processos de trabalho que implicam finalidades estruturalmente dependentes umas das outras, mas diversas suficientemente para sancionar ou obstaculizar diferentes nuances subjetivas e projetos em confronto na organização da atenção à saúde em construção no país.

Consoante ao exposto, e condicionando a relevância do tema para as práticas de trabalho nos contextos da atenção psicossocial, Lancman (2009) reflete sobre as transformações do modelo de atenção em saúde mental e seus efeitos no processo de trabalho, destacando que o CAPS assume uma complexidade de funções que vão para além da assistência à doença. Discordando desta informação, Sales (2009) aborda que, de modo geral, o processo de trabalho de profissionais da rede, com foco no CAPS, é predominantemente voltado ao atendimento clínico.

Nessa mesma ideia, Nunes *et al.* (2014) afirmam que pensar nas práticas cotidianas do processo de trabalho do CAPS é fundamentá-las na subjetividade do sujeito, voltadas para a compreensão da saúde integral, uma vez que se visualizando a saúde mental dentro do processo de trabalho, estima-se que profissionais de saúde operem de maneira integrada e lógica, articulando, refletindo o modelo de atenção, preconizado e articulado de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. É, segundo as autoras, pensar que o produto vai além da cura, focando no cuidado, na possibilidade dos sujeitos gerirem sua vida com autonomia de acordo com suas limitações.

É sob essa mesma lógica que Zerbetto *et al.* (2013) sustentam a ideia de que o processo de trabalho em saúde mental requer muito mais do que acolher a demanda e gerenciar questões burocráticas e administrativas, mas cuidar de forma que visa à integralidade do sujeito, planejamento de ações, (re)invenção de novas formas de oferta para esse cuidado, atentando para a subjetividade e singularidade dos sujeitos intencionando a geração de reflexões sobre as práticas diárias.

Logo, percebe-se uma atenção dos estudos de processo de trabalho em saúde mental vislumbrando, muitas vezes, as perspectivas das dinâmicas de trabalho que sustentam a lógica de fluxos dentro de algum dispositivo da rede, predominantemente os CAPS, muitas vezes se restringindo ao fato de compreender as nuances traduzidas no cenário micropolítico das relações interdependentes em pequenos territórios, geralmente a abrangência do próprio CAPS.

2.6 Memórias e discursos em saúde mental

No trecho da canção “Redescobrir”, de autoria de Luiz Gonzaga Júnior, interpretada por Elis Regina, em 1980, encontra-se um elemento fundamental na preservação, transmissão e (re)construção de um conhecimento singular e plural: a memória.

Para o historiador francês Jacques Le Goff (1990), a memória, como propriedade de conservar certas informações, remete-nos em primeiro lugar a um conjunto de funções

psíquicas, graças às quais o homem pode atualizar impressões ou informações passadas, ou que ele representa como passadas, sendo o estudo da memória social um dos meios fundamentais de abordar os problemas do tempo e da história, relativamente aos quais a memória está ora em retraimento, ora em transbordamento.

Para o autor

Tal como o passado não é a história, mas o seu objeto, também a memória não é a história, mas um dos seus objetos e simultaneamente um nível elementar da elaboração histórica [...] Tal como as relações entre memória e história, também as relações entre passado e presente não devem levar à confusão e ao ceticismo. Sabemos agora que o passado depende parcialmente do presente. Toda história é bem contemporânea, na medida em que o passado é apreendido no presente e responde, portanto, aos seus interesses, o que não é só inevitável, como legítimo. Pois que a história é duração, o passado é ao mesmo tempo passado e presente. (LE GOFF, 1992, p. 49).

Sob esse ponto de vista, Ricoeur (2007) discorre sobre a ideologização da memória, e todas as espécies de manipulações da mesma ordem, que se tornaram possíveis através das possibilidades de variação que o trabalho de configuração narrativa oferece, ou seja, uma reapropriação do passado histórico, o dos atores narrarem eles próprios.

Dessa forma, o trabalho com a memória busca preencher lacunas, construir um passado para um fim no presente, um trabalho regido por uma busca intensa por respostas, que se inicia por uma vontade. As memórias tornam-se, então, conforme Chartier (2003) um jogo no qual se constrói e se justifica um ponto de vista sobre o passado para a construção de uma narrativa coesa.

Nesse mesmo pressuposto, Montenegro (2010) sinaliza que a construção de memórias caminha por várias trilhas, muitas vezes seguindo as regras que o tempo lhe ofereceu. Logo, quando se parte do relato discursivo de memória, tem-se fragmentos que o narrador selecionou para formular uma imagem, ou seja, uma identidade. Corroborando a síntese, Albuquerque Júnior (2006) sustenta que o trabalho da memória é buscar preencher espaços e construir um passado para um fim no presente, um trabalho regido por uma procura por respostas, que se inicia por uma vontade de preencher espaços que estão presentes em uma dada memória coletiva.

Nessa perspectiva, seguindo-se uma linha de raciocínio de uma memória que pode ser viabilizada pelo discurso, vai-se ao encontro do que é apresentado por Foucault (1996) nas relações do sujeito ao produzir discursos, as ideologias subjacentes neles e o posicionamento do sujeito enquanto autor do texto, focalizando sempre o discurso como processo de interação

comunicacional, sendo ele a explicitação do mundo, a oralização de uma realidade. Através do discurso, o material pode ser compreendido, interpretado, reorganizado, possibilitando que as ideologias se materializem, consolidando estratificações sociais e podendo ser usado para marginalizar. Discurso, nessa perspectiva, compreende-se nos mecanismos de poder.

Tencionando esta escrita para o campo da atenção psicossocial, pode-se sustentar a lógica de um discurso que caminha pela constituição de enunciação e de enunciado. A primeira ocorre no contexto sócio-histórico, é da natureza do repetível e é do domínio do saber, podendo ser chamada de interdiscurso, aquele de que o sujeito se apropria ao produzir linguagem. Já o segundo é a natureza na qual o sujeito intervém, podendo ser chamado de intradiscurso – projetado no espaço e tempo e orientado socialmente para o destinatário, podendo ser de instâncias internas ou externas. Nelas, a fala do sujeito não apenas acusa uma intencionalidade, mas está envolta em discursos constituídos historicamente e produzidos a partir de um lugar social, ideológico. Na fala do sujeito, outras falas se fazem presentes; assim, um texto é sempre uma superfície discursiva de misturas (ORLANDI, 2008).

Decerto, Santo, Araújo e Amarante (2016) dialogam a ideia de que, em atenção psicossocial, posições que pareciam cristalizadas, como a dos pacientes alienados considerados incapazes de ocupar algum lugar de fala, modificam-se aos poucos, como produto dos embates discursivos e sociais. O lugar de afastamento, considerado como espaço de tratamento e centralização da ciência, perde pouco a pouco seu lugar de verdade. Na dinâmica das posições de centro e periferia discursivos, consolida-se a possibilidade de rompimento com o que era considerado estável, formada por diversas circunstâncias a partir da prática comunicativa.

Na viabilidade discursiva potencializada por memórias no campo da atenção psicossocial pode-se, então, considerar repercussões das ações do passado no presente e palpar memórias que podem discorrer a construção social do presente e a produção de perspectivas para o fomento ao cuidado em saúde mental.

Então, em saúde mental, para Pinho *et al.* (2014), vislumbrar discursos permite aproximar a realidade do cuidado contemporâneo com a produção de novos discursos, formadores de características como opinião sobre a liberdade, a cidadania e a autonomia de indivíduos em sofrimento psíquico. Ainda sucinta entender de que forma esses mesmos discursos produzem mudanças ou reforçam posturas cristalizadas, típicas de modelos tradicionais.

Portanto, nas nuances produzidas pelas falas de profissionais, estima-se compreensão da linguagem discursiva que permeia as memórias da atenção psicossocial e a sua construção de rede como forma de visualização das ferramentas institucionais para o cuidado em saúde

mental, viabilizadas por um dado discurso e potencializadas pela expressão de memórias sobre este/neste campo de trabalho.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar sentidos sobre o processo de trabalho, em saúde mental, antes e após a constituição da Rede de Atenção Psicossocial da cidade de Recife-PE.

3.2 Objetivos específicos

Identificar elementos trazidos por trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial em relação ao processo de desinstitucionalização na cidade de Recife.

Refletir o discurso de trabalhadores de CAPS quanto aos processos de trabalho na RAPS na atualidade.

Desvelar sentidos dados por profissionais de CAPS no levantamento de perspectivas para a atenção psicossocial em cenários atuais e posteriores.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Esta proposta se aproximou, a fim de atender aos objetivos e direcionar os resultados do estudo, das contribuições trazidas pelas perspectivas exploratórias da pesquisa científica, relevando-se contribuições mostradas por Prodanov (2013) quando sustenta a ideia de que a pesquisa exploratória possui um planejamento flexível, permitindo a leitura do fenômeno sob diversos ângulos e aspectos, envolvendo, de forma geral, levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulam a compreensão.

Assim, elegeu-se a perspectiva metodológica do desenho de campo. Para tanto, apoia-se na conceituação visualizada por Gil (2017) que coloca o estudo de campo como uma ferramenta que trabalha com um grupo em termos de sua estrutura social, ou seja, aborda-se a interação entre seus componentes a partir da flexibilidade do planejamento.

Campo, então, foi compreendido por meio da definição traduzida por Deslandes, Gomes e Minayo (2016) ao mencionar a pesquisa social e concebê-lo como um recorte espacial de uma realidade empírica a ser estudada por meio de concepções teóricas que delineiam o objeto de investigação, compreendendo-se o lugar primordial ocupado pelos sujeitos que exercem dinâmicas sociais. Logo, entende-se que a produção de conhecimentos se dá pelas intersubjetividades e interações produzidas entre pesquisador e indivíduos do campo.

Nessa perspectiva, ainda cabe apresentar, conforme Marconi e Lakatos (2017), a necessidade de uma aproximação ao tipo de estudo de campo exploratório, isto é, as investigações objetivam a formulação de questões, com três finalidades: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade com um ambiente e fenômeno, e a clarificação de conceitos.

É nesta nuance que se estruturou esta pesquisa pela abordagem qualitativa. Minayo (2013) a apresenta como um fomento ao estudo da história, relações, representações, opiniões e percepções sobre as interpretações realizadas pelos seres humanos e seus produtos, favorecendo melhor investigação sobre as histórias sociais na ótica dos atores envolvidos.

Percebe-se, então, como apontam Knauth e Leal (2014), que esta ampliação das estratégias adotadas nas pesquisas, ao se situar no paradigma qualitativo como abordagem metodológica, proporciona uma compreensão mais ampla dos fenômenos estudados, sendo fundamental quando se considera que muitas das perspectivas da área da saúde pública são complexas e sua compreensão exige abordagens multidisciplinares. A autoras são corroboradas

por Bosi (2012) quando esta traz o corpo qualitativo como colaborativo para a produção de evidências no campo da saúde, sendo reconhecido como de grande relevância para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, a diretriz *Consolidated criteria for Reporting Qualitative research* (COREQ Checklist) vem apresentar 32 itens que direcionam a condução de estudos qualitativos para sistematizar sua coleta e interpretação a partir de critérios científicos (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007) que foram utilizados nos posicionamentos obtidos durante esta pesquisa a partir da descrição dos seguintes domínios: equipe de pesquisa e reflexividade; desenho do estudo; coleta de dados; e análise e resultados (APÊNDICE D).

4.2 Local de pesquisa

A Rede de Atenção Psicossocial da cidade de Recife-PE foi refletida sob a ótica de Centros de Atenção Psicossocial. Estes espaços foram eleitos a partir das vivências do pesquisador no período de residência multiprofissional em Saúde Coletiva e por representar um território onde a RAPS esteve/está constituída, contando com todos os dispositivos previstos pela Portaria 3088/11 (BRASIL, 2011). Assim, delimitaram-se os espaços aos seguintes CAPS, a fim de atender as modalidades adulto, infantil e álcool e outras drogas, cujas informações são consideradas por Maia (2007):

1. Centro de Prevenção Tratamento e Recuperação do Alcoolismo (CPTRA), inaugurado na década de 1990, passando por processo de municipalização na gestão 2001-2004, sendo hoje o CAPS AD Centro de Prevenção Tratamento e Reabilitação de Alcoolismo, localizado no bairro da Tamarineira, Distrito Sanitário II.

2. CAPS Galdino Loreto, sendo o primeiro serviço do tipo inaugurado na cidade do Recife, em 1996, atendendo adultos em transtorno psíquico. Localiza-se no bairro do Barro, Distrito Sanitário V, funcionando 24 horas por dia.

3. Centro Especializado Médico Psicopedagógico Infantil (CEMPI), inaugurado em 1993, atendendo crianças e adolescentes com transtorno psíquico. Localiza-se no bairro de jardim São Paulo, Distrito Sanitário V.

Os espaços acima foram eleitos em virtude de serem serviços antigos do município, acreditando-se em suas histórias e atendimentos diversos na atenção psicossocial local.

4.3 Seleção de participantes

Os sujeitos que compuseram o estudo se fizeram de doze profissionais, mulheres, que atuam em CAPS da cidade de Recife e estão exercendo suas práticas profissionais há pelo menos 5 anos. Todos os profissionais das instituições, de nível médio ou superior, foram convidados a participar desta proposta e todos que aceitaram tiveram suas memórias apreciadas via coleta de dados.

Salienta-se que este período foi colocado em virtude da compreensão de rede demonstrada na portaria 3088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, fazendo desses profissionais importantes fontes orais de pesquisa, uma vez que vivenciaram processos pertinentes de (re)organização dos serviços, bem como, de seu processo de trabalho e da própria compreensão da desinstitucionalização.

Inicialmente, houve contato prévio com os diretores das instituições, participação das reuniões de equipe para apresentação e convite para a proposta, acordando-se com cada profissional os melhores horários e locais para a coleta de dados, a fim de que sua rotina de trabalho não fosse prejudicada.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos nessa proposta profissionais que atuam nos CAPS citados, maiores de 18 anos, de nível médio ou superior, com mais de 5 anos de serviço e que expressaram o desejo em participar da pesquisa.

Apona-se como critério de exclusão a inacessibilidade do profissional à participação da pesquisa após três tentativas de achá-lo.

4.5 Chamamento dos participantes

Após autorização para a coleta de dados pela Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DEGTES) da Secretaria de Saúde do Recife (SESAU), o pesquisador se dirigiu aos serviços para estabelecer contato e reapresentar a proposta para a direção e profissionais que foram convidados a participar da pesquisa. Após sua anuência, foram dispostas as perguntas apontadas em instrumento de coleta de dados para a gravação de suas falas.

Foram realizadas 5 visitas a cada serviço, desde divulgação da pesquisa, para obter a anuência, até a coleta de dados.

Após a realização de cada coleta, a participante recebeu do pesquisador um origami sob forma de *tsuru* e um escrito em forma de pergaminho com a história daquela ave escrita, a fim de demonstrar o agradecimento pela participação da pesquisa e suscitar novas reflexões sobre o que estava colocado naquele papel.

4.6 Instrumento de coleta de dados

Realizou-se uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) como instrumento de coleta de dados com os profissionais de CAPS de Recife. Assim, Gil (2008) aborda que a entrevista se apresenta como uma forma de interação social em que o diálogo assimétrico entre as partes busca fomentar a produção de dados por meio da fonte de informação, no caso, o entrevistado.

Dessa forma, Triviños (2009) vem afirmar que, nesta modalidade entrevista, os questionamentos podem direcionar novas hipóteses a partir das respostas surgidas dos informantes. Já Tozoni-Reis (2009) salienta que a entrevista semiestruturada é uma técnica em que o pesquisador utiliza um roteiro como referência para o diálogo que transcorre de forma livre, tal qual uma conversa sobre os temas de interesse da pesquisa.

As entrevistas foram registradas em áudio por um gravador simples e arquivadas sob domínio exclusivo do pesquisador, sendo transcritas com o auxílio do programa *Express Scribe Transcription Software* para a formulação de um corpus textual para análise.

A fim de que fossem aprimoradas as qualidades do pesquisador para a condução da entrevista, foram realizadas, anteriormente a ida ao campo, 2 entrevistas com profissionais de saúde mental, aplicando-se o instrumento de coleta de dados e observando demandas que pudessem vir a surgir no decorrer da coleta formal.

4.7 Procedimentos para coleta de dados

A coleta se deu de forma não-probabilística, cujos profissionais foram apontados a partir da técnica “bola de neve”, uma forma de seleção que utiliza cadeias de referência para pesquisar grupos a partir de informantes-chave (sementes) que orientou quais sujeitos poderiam participar da pesquisa dentro dos critérios deste estudo (VINUTO, 2014). Assim, os sujeitos foram

convidados a partir da indicação de colegas de trabalho pertencentes àquele espaço e que estivessem dentro dos critérios de inclusão (PIRES, 2008).

Nesse caminho, a fim de sinalizar o percurso para a coleta de dados, utilizou-se a seleção por saturação teórica de dados qualitativos para o tema proposto, adaptada a partir das discussões fundamentadas por Fontanella *et al.* (2011), sendo apontados os seguintes critérios para comprovação da saturação dos dados: 1- registro dos dados; 2- imersão nos registros; 3- compilação de análises; 4 – reunião dos enunciados; 5 -codificação dos dados; 6 – alocação dos temas em tabelas; 7 - constatação da saturação teórica; e 8 – visualização da saturação (APÊNDICE C).

4.8 Análise dos dados

Como estratégia analítica e de apresentação dos dados, elegeu-se a análise do discurso. Esta se caracteriza, conforme Fernandes (2007), como uma disciplina de caráter transdisciplinar cuja constituição linguística se dá a partir de diversos campos do saber. Assim, a análise do discurso implica apreender a língua, o sujeito e a história, em funcionamento, uma vez que a própria teoria do discurso revela uma determinação histórica dos processos semânticos e, com isso, uma dispersão dos sentidos.

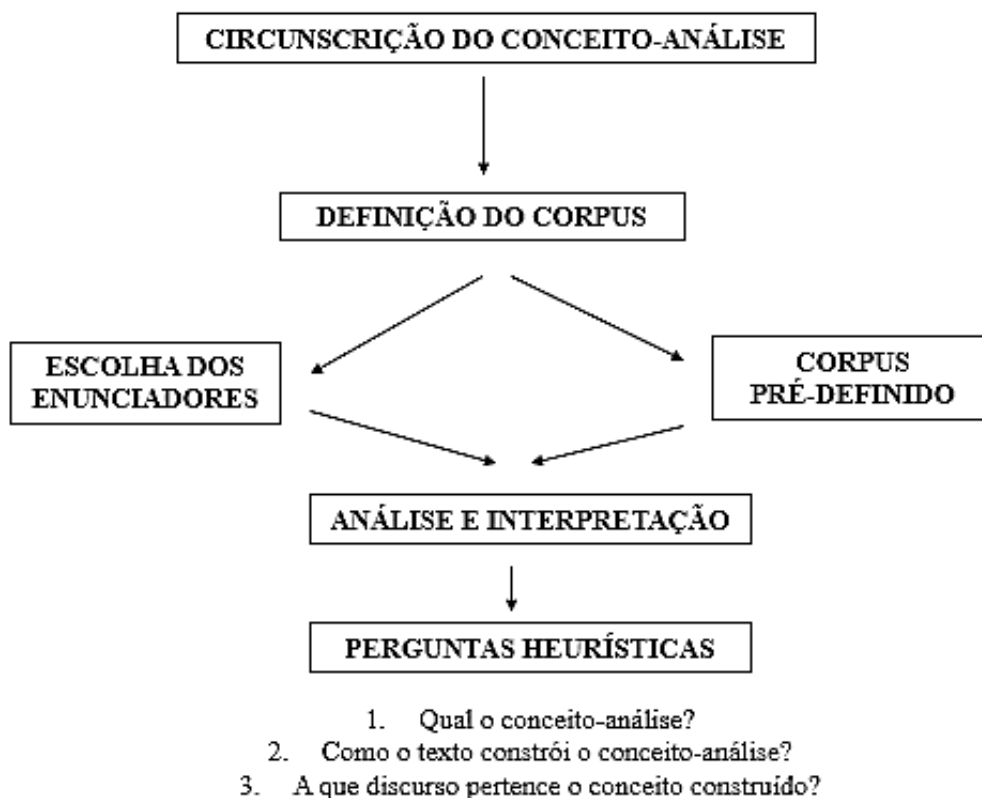
Sustenta-se a ideia de que esta análise é tomada como vertente fundamental neste trabalho, uma vez que, para além da palavra, as realizações de compressão da memória se fazem pertinentes através dos gestos, sentimentos, afetações e afirmações que sugerem a transcendência do universo vocabular a partir da produção de ideologias.

Dessa forma, Orlandi (2001) apresenta a perspectiva de análise do discurso baseada no estudo das palavras, construção das frases, formulação de uma rede semântica e dinâmica entre o social e a Gramática, e a elaboração da análise considerando a produção social do texto e seu sentido.

Nesse pressuposto, recorreu-se a Souza (2014) para sustentar um procedimento lógico, dividindo-se a análise em 2 fases:

Fase 1: busca de conceitos-análise na produção do texto, já saturado, a partir de leituras flutuantes e leituras analíticas que culminam nas seguintes perguntas heurísticas: 1. *Qual é o conceito-análise presente no texto?* 2. *Como se constrói o conceito-análise?* 3. *A que discurso pertence o conceito-análise construído da forma que o texto constrói?* (Figura 7).

Figura 7 - Primeira fase da análise do discurso.



Fonte: Adaptado de Souza (2014).

Fase 2: escrita da análise a partir de sua caracterização (descrição do cenário e dos pontos em que se ocorre a análise); Explicitação do dispositivo teórico e analítico (os pressupostos da análise do discurso e os recortes delimitados para o objeto do pesquisador, respectivamente); Relato da análise (descrição e interpretação do texto a partir de suas marcas, demonstrando o funcionamento do discurso); Retorno da análise (fase de conclusão em que são apontadas questões que merecem maior investigação).

Salienta-se que não foram utilizados softwares para a ancoragem dos discursos a partir de sua representação no contexto em que se inseriam, em virtude de se acreditar que haveria comprometimento da produção de sentidos via subjetividades visualizadas e sentidas pelo pesquisador na estratégia adotada para a análise de dados.

Dessa forma, a construção da análise suscitou a produção dos seguintes artigos: “Sentidos sobre ontem e hoje: memórias sobre o processo de trabalho em saúde no cenário da atenção psicossocial de Recife-PE” a ser submetido no periódico *Physis: revista de saúde coletiva*⁵ e “Discursos sobre a rede: perspectivas de profissionais de centros de atenção

⁵ *Physis: Revista de Saúde Coletiva* é uma publicação trimestral do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ). Sua orientação editorial é aberta para a produção na área de Saúde

psicossocial para cenários atuais e posteriores” a ser colocado para apreciação no periódico *Trabalho, educação e saúde*.⁶

4.9 Aspectos éticos, riscos e benefícios

Foram observados os princípios da Bioética de autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, considerando os escritos trazidos pela ética na pesquisa com seres humanos da resolução 466/12 (CNS, 2012).

Visando à minimização de riscos, como desconforto, constrangimento ou a identificação do profissional, a identidade das participantes da pesquisa foi preservada em todas as etapas da estruturação e divulgação dos dados, sendo apresentada por pseudônimos referentes a importantes mulheres da história de Pernambuco, retirados da obra *Pernambucanas ilustres*⁷ (MELLO, 1879).

Ainda foi apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – APÊNDICE A - para a manifestação do desejo em participar da proposta, podendo este ser revogado, sem prejuízo algum à profissional, em qualquer época do andamento desta pesquisa.

O projeto foi cadastrado via plataforma Brasil e designado para a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, sendo gerado CAAE 00454818.1.0000.5208 e aprovado sob parecer 3.060.845 em 06 de dezembro de 2018 (ANEXO A).

Esta pesquisa apresentou como benefícios a compreensão de como se dão as dinâmicas de trabalho que estruturam as demandas da RAPS, a partir de suas memórias, sob a ótica daqueles que vivenciaram esse processo e atuam em CAPS, assim como os reflexos que a lógica observada no passado pode tencionar nos mecanismos de entendimento sobre como se operacionalizam as práticas de saúde mental no município de Recife no presente.

Coletiva, enfatizando abordagens interdisciplinares críticas e inovadoras nas áreas de Ciências Humanas e Sociais e de Política, Planejamento e Administração em Saúde. Possui classificação atual QUALIS CAPES B1 na área Saúde Coletiva (Avaliação quadrienal 2012-2016).

⁶ *Trabalho, Educação e Saúde* é uma revista científica editada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz. Destina-se à publicação, com periodicidade quadrimestral, de debates, análises e investigações, de caráter teórico ou aplicado, sobre temas relacionados à educação no campo da saúde. Possui classificação atual QUALIS CAPES B1 na área Saúde Coletiva (Avaliação quadrienal 2012-2016).

⁷ A obra de Henrique Capitolino Pereira de Mello, publicada em 1879, traz biografias de mulheres nascidas província de Pernambuco, singulares por sua participação na história social, religiosa e cultural do Brasil no século XIX. Cada biografia está entrelaçada a uma época da história de Pernambuco, tais como: a fundação de Olinda, o governo de Mauricio de Nassau e a Confederação do Equador.

Dessa forma, acreditou-se no estudo da memória das participantes traduzida e refletida em seus discursos como importante fonte de dados para ajuizar o valor carregado pelos componentes semânticos sobre trabalho e suas relações com a atuação em rede na atenção psicossocial.

Os dados coletados nesta pesquisa, por meio de gravações de entrevistas, estão/ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço rua Emiliano Braga, 510, CEP 50670-380, pelo período de mínimo 5 anos.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo 1: Sentidos sobre ontem e hoje: memórias sobre o processo de trabalho em saúde no cenário da atenção psicossocial de Recife-PE

RESUMO

O objetivo deste trabalho se deu em analisar sentidos sobre o processo de trabalho, em saúde mental, antes e após a constituição da Rede de Atenção Psicossocial da cidade de Recife-PE. Foi realizado um estudo de campo exploratório com a execução de entrevistas semiestruturadas com doze profissionais trabalhadoras de três Centros de Atenção Psicossocial da cidade do Recife. O corpus textual de memórias foi refletido sob a análise do discurso cujas indicações traduziram reflexões sobre o processo de trabalho no passado e no presente. A construção discursiva remonta a críticas ao modelo institucionalizante e ao processo de trabalho que se vislumbrava pela ótica da segregação e de práticas focadas na doença mental. Para o presente, há um desenho de rede que foca a viabilização das capacidades do trabalho cujos instrumentos utilizados, como oficinas, trabalho em grupo e articulações com demais dispositivos, possuem a finalidade de reinserção de usuários no território, reforçando suas capacidades de exercer seu papel de cidadania. Assim, são apontadas conclusões que apoiam a necessidade de que sejam constantemente legitimadas a viabilização do trabalho em equipe e as perspectivas de trabalho que fogem do caráter medicalizante no âmbito da saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho. Saúde mental. Memória.

INTRODUÇÃO

O campo de atuação sob a vertente da atenção psicossocial é apontado como um novo paradigma (em resposta ao modelo asilar de lidar com a loucura) em que, pautado na Reforma Psiquiátrica, iniciada no Brasil entre os anos de 1978 e 1980, o Movimento antimanicomial, classificado como um processo político e social complexo, composto de atores e instituições diferentes, assim como a própria sociedade civil, tem a finalidade de reivindicar novos espaços, práticas e relações com a loucura (AMARANTE, 1995).

Contemporânea à eclosão do movimento sanitário, a Reforma Psiquiátrica, conforme Hirdes (2009), nas últimas décadas, demonstra períodos alternados de intensificação das discussões e de surgimento de novos serviços e programas, com períodos em que ocorreu uma lentificação do processo. Historicamente, as décadas de 1980 e 1990 se colocam como marcos significativos nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país.

É dessa forma que se pode depreender que os próprios levantamentos advindos do processo de Reforma Psiquiátrica e de reforma no próprio setor saúde, a partir de um novo

paradigma para se pensar saúde, também se inserem em reflexões que se expressam no pensar trabalho em saúde, o qual apresenta mudanças no decorrer da história, sejam pelas novas reflexões sobre qual e onde é o lugar da loucura ou pelas novas alternativas viabilizadas para o cuidado dessa loucura.

Então, a fim de se realizar uma aproximação entre saúde e trabalho, recorre-se a Mendes-Gonçalves (2017) quando afirma que o conjunto de trabalhos institucionalizados que compõem o setor saúde, nas sociedades capitalistas ocidentais, deriva, grande parte de sua legitimação social, do fato de justificar suas técnicas de intervenção como aplicações diretas, imediatas do saber científico sobre o corpo. As interações, assim, entre trabalhador e o meio, assim como os instrumentos envolvidos nesse trabalho, formam um processo de trabalho.

De tal modo, Faria *et al.* (2009) sustentam que em um determinado processo de trabalho, os elementos constitutivos se fazem em OBJETOS, isto é, projeções de resultados que têm a intenção de satisfazer necessidades e expectativas dos seres humanos. Os MEIOS de produção ou instrumentos de trabalho podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, mas também, em uma visão mais ampla, podem incluir conhecimentos e habilidades. Já os HOMENS são os agentes de todos os processos de trabalho em que se acontece a transformação de objetos ou condições para se atingir FINS que foram previamente estabelecidos.

É nessa interseção entre saúde e trabalho que se pode visualizar o trabalho sob a lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) com a intenção de se compreender as dinâmicas que permeiam as subjetividades relacionadas ao mundo do trabalho. Este que se apresenta como produtor de relações sociais e um canal instrumentalizador da própria produção de saúde consubstanciada pela figura presente do profissional de saúde como um dos elementos centrais das relações que se estabelecem nos territórios do trabalho em rede.

Assim, Silva *et al.* (2015) sustentam a ideia de que a atenção psicossocial se fundamenta nos seguintes aspectos: concepção de saúde e doença a partir da determinação psíquica e sociocultural do sofrimento; organização das relações de trabalho com base na participação dos usuários e da comunidade nas decisões; e a visão da demanda em sua complexidade em um determinado território.

Dessa forma, visando a um arranjo organizativo para as práticas de trabalho em atenção psicossocial, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se mostra como componente intersetorial que busca instituir uma organização de oferta de cuidado em sintonia com um modelo de atuação em saúde mental psicossocial. A partir dela, em 2011, o Ministério da Saúde propõe uma estruturação do modelo de cuidados em saúde por meio de ações da atenção básica em um desenho ampliado, convocando a participação de diferentes equipes para um trabalho

articulado, destacando-se a presença dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2011).

Os CAPS se sugerem a serem articuladores estratégicos da RAPS, sendo o seu aumento apontado por Pereira e Costa-Rosa (2012) como um avanço importante da Reforma Psiquiátrica brasileira, criados para serem substitutivos às internações psiquiátricas e promotores de ações afirmativas para usuários e familiares do campo. O público-alvo desses serviços são pessoas com intenso sofrimento psíquico a ponto de impossibilitá-las de viver e realizar seus projetos de vida sem um suporte assistencial e/ou apoio social. Assim, busca-se a promoção da autonomia do usuário em ações que incluem o reposicionamento da pessoa de tal modo que ela se torne ativa nos aspectos significativos de sua vida.

Logo, os CAPS aparecem como dispositivos que buscam atingir a desinstitucionalização em articulação com outros aparelhos. Tal demanda é apontada por Nicácio (2003) como um processo social complexo que visa transformar as relações de poder entre as pessoas e as instituições, colocando diversas pessoas como atores do processo, considerando a sua complexidade, desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas, e a reconstrução de novas realidades.

Nessa nuance, abordando a lógica do trabalho, Martinhago e Oliveira (2015) revelam que a desinstitucionalização abraçada pelos CAPS é um grande desafio para os profissionais, considerando que a desinstitucionalização nesses espaços pode significar um avanço nas práticas no âmbito da saúde mental.

Portanto, aponta-se um olhar para a produção de intersubjetividades nos processos de trabalho na RAPS, mediados pelos CAPS, entre outros dispositivos da rede, seja na relação profissional/usuário ou profissional/equipe, como objeto de problematização dos estudos sobre o mundo do trabalho e suas conexões com processos que sustentam a atuação em Rede.

Isto posto, pode-se depreender que todo esse processo possui uma dinamicidade de forças que atuam nessa construção, apontando-se a memória como uma categoria relevante para a análise das relações que se estabelecem na atuação em rede da RAPS, viabilizada, também, pelas perspectivas que conduzem o cuidado a um patamar que se estende, entre outras características, pelo atributo dos estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e gestão de casos.

Logo, memória é compreendida, nesta escrita, em um cenário de encontro entre pensamentos, cujas aproximações se dão no campo das relações sociais, tornando-se uma unidade subjetiva a partir de singularidades, seja pelo conjunto das lembranças, voluntárias ou

não, seja pelo caráter da linguagem que se utiliza para expressá-las (ALBUQUERQUE JUNIOR, 1993).

Dessa forma, coloca-se a memória como um dispositivo facilitador para buscar nexos entre as singularidades que construíram (e constroem) processos de trabalho que estruturam e sustentam a atuação da RAPS, isto é, na lógica do cuidado construído a partir da desinstitucionalização, sendo importante considerar os reflexos atuais que se traduzem nos fatos de outrora e produzem substância para a compreensão da operacionalização da rede em determinados espaços de cuidado.

Nessa perspectiva, compreende-se que as transformações intentadas pelas reformas de caráter psicossocial se colocam pela reorganização do processo de trabalho, na esfera do funcionamento em rede e no envolvimento de processos cotidianos, nos quais os trabalhadores desempenham um papel significativo na organização do fluxo e nas interações entre trabalhadores, meio e instrumentos que implicam no cuidado prestado e, conseqüentemente, em seu processo de trabalho.

Assim, o objetivo deste artigo se deu em analisar a produção de memórias sobre o processo de trabalho em Saúde na Rede de Atenção Psicossocial sob a perspectiva de profissionais que exercem suas atividades em Centros de Atenção Psicossocial.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é resultado da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva intitulada “Antes e depois da rede: sentidos sobre o processo de trabalho em saúde na atenção psicossocial da cidade do Recife-PE.”

Realizou-se um estudo de campo exploratório, isto é, conforme Marconi e Lakatos (2017), um modalidade de pesquisa em que as investigações objetivam a formulação de questões, com três finalidades: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade com um ambiente e fenômeno, e a clarificação de conceitos, em 3 Centros de Atenção Psicossocial na cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco.

Os dados foram refletidos sob a vertente da abordagem qualitativa, uma vez que, como apontam Knauth e Leal (2014), a ampliação das estratégias adotadas nas pesquisas, ao se situar no paradigma qualitativo como abordagem metodológica, proporciona uma compreensão mais ampla dos fenômenos estudados, sendo fundamental quando se considera que muitas das perspectivas da área da saúde pública são complexas e sua compreensão exige abordagens multidisciplinares. Salienta-se que a construção desse estudo foi guiada pela diretriz

Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ Checklist) (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

Os sujeitos que compuseram o trabalho se fizeram de doze profissionais, mulheres, que atuam em CAPS da cidade do Recife e estavam exercendo suas práticas profissionais há pelo menos 5 anos.

Inicialmente, houve contato prévio com os diretores das instituições, participação das reuniões de equipe para a apresentação e convite para a participação da proposta, acordando-se com cada profissional os melhores horários e locais para a coleta de dados a fim de que sua rotina de trabalho não fosse prejudicada.

Realizaram-se entrevistas semiestruturadas que foram registradas em áudio por um gravador simples e arquivadas sob domínio exclusivo do pesquisador, sendo transcritas com o auxílio do programa *Express Scribe Transcription Software* para a formulação de um corpus textual para a análise. Esta modalidade de coleta foi escolhida para que se construísse uma relação intersubjetiva entre pesquisador e profissionais, além do fato de que, conforme sustenta Tozoni-Reis (2009), a entrevista semiestruturada é uma técnica em que o pesquisador utiliza um roteiro como referência para o diálogo que transcorre de forma livre, tal qual uma conversa sobre os temas de interesse da pesquisa.

A coleta se deu de forma não-probabilística, cujas profissionais foram apontadas a partir da técnica “bola de neve”, uma forma de seleção que utiliza cadeias de referência para pesquisar grupos a partir de informantes-chave (sementes) que orientou quais sujeitos poderiam participar da pesquisa dentro dos critérios deste estudo (VINUTO, 2014). Assim, os sujeitos foram convidados a partir da indicação de colegas de trabalho pertencentes àquele espaço (PIRES, 2008).

Nesse caminho, a fim de sinalizar o percurso para a coleta de dados, utilizou-se a seleção por saturação teórica de dados qualitativos, adaptada a partir das discussões fundamentadas por Fontanella *et al.* (2011) por meio dos seguintes passos: 1- registro dos dados; 2- imersão nos registros; 3- compilação de análises; 4 – reunião dos enunciados; 5 -codificação dos dados; 6 – alocação dos temas em tabelas; 7 - constatação da saturação teórica; e 8 – visualização da saturação. Logo, aponta-se que a saturação, para o tema de estudo, ocorreu na 8ª entrevista.

Como estratégia analítica e de apresentação dos dados, elegeu-se da análise do discurso nos pressupostos visualizados em Souza (2014) a fim sustentar um procedimento lógico, dividindo-se a análise em 2 fases:

Fase 1: busca de conceitos-análise na produção do texto, já saturado, a partir de leituras flutuantes e leituras analíticas que culminam nas seguintes perguntas heurísticas: 1. *Qual é o*

conceito-análise presente no texto? 2. Como se constrói o conceito-análise? 3. A que discurso pertence o conceito-análise construído da forma que o texto constrói?

Fase 2: escrita da análise a partir de sua caracterização (descrição do cenário e dos pontos em que se ocorre a análise); explicitação do dispositivo teórico e analítico (os pressupostos da análise do discurso e os recortes delimitados para o objeto do pesquisador, respectivamente); relato da análise (descrição e interpretação do texto a partir de suas marcas, demonstrando o funcionamento do discurso); retorno da análise (fase de conclusão em que são apontadas questões que merecem maior investigação).

Dito isto, compreende-se a análise do discurso como uma disciplina de caráter transdisciplinar cuja constituição linguística se dá a partir de diversos campos do saber. Assim, a análise do discurso implica apreender a língua, o sujeito e a história, em funcionamento, uma vez que a própria teoria do discurso revela uma determinação histórica dos processos semânticos e, com isso, uma dispersão dos sentidos (FERNANDES, 2007).

Foram observados os princípios da Bioética, considerando os escritos trazidos pela ética na pesquisa com seres humanos da resolução 466/12 (BRASIL, 2012) e a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas participantes.

Visando à minimização de riscos, como desconforto, constrangimento ou a identificação da profissional, a identidade das participantes da pesquisa foi preservada em todas as etapas da estruturação e divulgação dos dados, sendo apresentadas por pseudônimos referentes a importantes mulheres da história de Pernambuco, retiradas da obra *Pernambucanas ilustres* (MELLO, 1879).

O projeto foi cadastrado via plataforma Brasil e designado para a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, sendo gerado CAAE 00454818.1.0000.5208 e aprovado sob parecer 3.060.845 em 06 de dezembro de 2018.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistadas possuíam idades entre trinta e cinco e cinquenta e cinco anos, desenvolvem seus trabalhos em CAPS na RAPS em períodos que vão de cinco a vinte e cinco anos, e estão distribuídas nas profissões de Psicólogas, Terapeutas Ocupacionais, Assistente Social, Técnica em Enfermagem, Enfermeira e cargos de gestão dos Centros de Atenção Psicossocial. Metade das entrevistadas já trabalhou em outros serviços como Programa de volta para casa, hospital geral, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), hospital psiquiátrico e hospital-dia.

A fim de ser realizar uma organização dos discursos nos resultados, estes foram apresentados a partir de dois eixos que condicionam a escrita para compreensões sobre o passado e o presente em textos que se seguem:

A produção de sentidos sobre o ontem

Ao se enveredar pelas perspectivas de observador da construção do discurso, fica implícita a necessidade fundante de se visualizar e compreender como se dá a construção de sentido expressada nos gestos e palavras das entrevistadas a partir das relações intersubjetivas que foram produzidas nos encontros.

Assim, os sentidos sobre o ontem se caracterizam pelas aparências que foram instrumentalizadas na produção discursiva das trabalhadoras no tocante ao levantamento de observações sobre o cenário da desinstitucionalização no espaço da cidade do Recife, assim como os encadeamentos que eram substantiados pelo trabalho em saúde mental em meados da década de 1990.

Então, é interessante que, quando eu era menor, você escutava... eu escutava falar desses hospitais como local de segregação mesmo, era o local dos doidos, né? Então, a rede de saúde mental... ela vem justamente para acabar com isso. O local de doido é na rua! [Fala com bastante ênfase na tonalidade da voz] A importância da desinstitucionalização... primeiro quando ela [a pessoa] ganha um lugar, elas conseguem reorganizar sua vida porque, quando elas ganham em algum momento um lugar nessa sociedade, esse lugar é dado para ela como sendo um lugar de direitos. E então, ele é dado para mim na minha vida prática. (Maria do Espírito Santo).

Falar sobre a importância da desinstitucionalização nesse processo, pois é, né? É inegável a sua importância tanto para crianças e adultos que viviam isolados e segregados em hospitais psiquiátricos. Eu diria até que é como se fosse uma defesa da sociedade para não se confrontar com essa loucura, o lugar dos loucos. Aqui quem tá fora do lugar da saúde... essa coisa de estar afastado da família, segregado à margem da sociedade sem se colocar no lugar do outro, como se não houvesse a possibilidade de que o outro pudesse sair desse espaço. Então, eu acredito que ali não era a melhor forma de tratar. É você engessar aquele indivíduo na loucura [segurança no encadeamento das ideias e na construção do enunciado]. (Maria de Souza).

Então, antigamente a gente não tinha a questão do território, a gente não tinha essa questão da responsabilidade sanitária, da responsabilidade com o usuário... a gente trabalhava com a perspectiva em outra linha em que os pacientes ficavam praticamente internados em muitos leitos e tudo era muito ainda, como é que eu diria, tudo muito primitivo... muito! [Fala com expressão de seriedade] Tudo muito comprometido nesse cuidado ali em hospital-dia. Então, experiências... elas foram construídas dentro de um histórico, né? (Maria Barrosa).

A partir das falas das Marias, surgem como perguntas heurísticas os conceitos-análise do trabalho em saúde à época e a desinstitucionalização como ferramenta condutora de um processo histórico que pode ser traduzido no decorrer do tempo.

Assim, são apresentadas marcas no discurso que possibilitam o funcionamento do dispositivo interpretativo que possui desde um componente intergeracional (“...quando eu era menor, você escutava...”) até a utilização de adjetivos sobre o processo de desinstitucionalização, que auxiliam na construção de uma fala que se apresenta de forma específica nos reflexos sobre as ideias que se produzem no contexto das Marias: “É inegável a sua importância...”, “...tudo muito primitivo...”.

Na fala de Maria Barrosa, fica importante a ênfase que a profissional dá em um encadeamento que se utiliza recorrentemente do auxílio do advérbio “muito” para que a mensagem pudesse se passar de forma mais enfática, levantando a necessidade de que haja uma compreensão sobre o processo de trabalho na saúde mental outrora, viabilizando ainda a demonstração de um trabalho cristalizado na figura da loucura em si.

As outras Marias acabam por sustentar o caminho discursivo que, mesmo não atentando a demonstrar em palavras a presença do cuidado como lógica no processo de trabalho nos espaços de tratamento à época, julgam-se implícitas suas finalidades em segmentos como “...eu escutava falar desses hospitais como local de segregação mesmo...” e “É inegável a sua importância tanto para crianças e adultos que viviam isolados e segregados em hospitais psiquiátricos”.

Assim, pode-se fazer uma referência de que os conceitos-análise caminham por uma vertente de um processo de trabalho em mudança, sinalizado pelas memórias de negação do papel da instituição psiquiátrica.

Face ao exposto, a literatura aponta alguns marcos que são interessantes para que se compreenda a desinstitucionalização no cenário pernambucano e recifense, uma vez que há influência direta na lógica pela qual se norteiam as ações do processo de trabalho, podendo ser visualizadas como instrumentos que direcionam novos fins desse trabalho em saúde.

Assim, no território Pernambucano (PERNAMBUCO, 1994), houve um passo de singularidade importante: a aprovação da lei estadual 11.064 de 1994, de autoria do ex-deputado Humberto Costa, que propõe o atendimento aos portadores de deficiência mental preferencialmente fora dos hospitais e com a participação intensiva dos familiares.

No término de 1994, no cenário da municipalização, a secretaria de saúde da cidade do Recife tomou para si a gestão de cadastro-programação-controle e avaliação dos hospitais

psiquiátricos privados conveniados com o SUS que existiam no município. Os hospitais públicos passaram por várias reformas e tentativas de redirecionamento da assistência (FACUNDES *et al.*, 2010).

Nessa vertente, um passo de destaque pode ser mencionado na cidade do Recife, em 1996, quando o então prefeito Jarbas sanciona a lei Nº 16.232/96 que dispunha sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental, regulamentando a internação psiquiátrica involuntária no município, em que a administração municipal estaria obrigada a garantir a existência de no mínimo 1 serviço público ou privado de saúde mental, conveniado ao SUS, em cada distrito sanitário (RECIFE, 1996).

É certo que não há menção à base legal no discurso das Marias, mas existe um sentido de que houve redirecionamento da assistência a partir de um novo pensar a atenção à saúde mental e uma inclinação ao cuidado mais ampliada, visualizada também nas falas trazidas por Clara Maria e Guiomar Nunes:

É... sobre desinstitucionalização eu te falo o que eu vivenciei um período muito difícil, mas também muito rico para mim. Era um processo... esse processo de desinstitucionalização já no auge da reforma psiquiátrica. Eu vivenciei isso em 'cidade A' [pseudônimo utilizado para suprimir o nome de outro município]. Eu trabalhei por lá durante muitos anos. Lá eu entrei como nível médio e entrei se não me falha a memória em 1990. Eu trabalhei lá durante muitos anos, quase 20 anos mesmo, e eu vivenciei isso antes mesmo de se discutir esse processo de fato de desinstitucionalização... Eu fui curadora de vários usuários que passaram mais de 20 anos internados no hospital 'Paulo Freire' [pseudônimo utilizado para suprimir o nome da instituição], por exemplo, e tinha da gente não conseguir acesso à família. Eles não tinham família! Então, para esse usuário ter um direito e a gente garantir um registro era muito complicado. Então discutir hoje que a gente tem essa oportunidade de falar sobre rede de atenção psicossocial é um ganho muito grande, mas eu acho que poderia ser muito mais. (Clara Maria).

Eu já trabalhei em hospital, já fui estagiária em Hospital Psiquiátrico e vejo que tem nada a ver uma coisa com a outra [ao se referir à lógica de cuidado no modelo de institucionalização em hospitais psiquiátricos]. O trabalho de rede hospitalar de tratamento é o impacto da doença e a rede de atenção à saúde mental é preventiva, é a questão básica do cidadão... cidadão... [ênfase dada à palavra cidadão] Enquanto você tem uma crise, aquela crise ela é tratada de uma forma mais amena e juntamente com o hospital, o que é um elo tem uma noção de se trabalhar um junto ao outro, mas cada um tem uma forma de trabalho. (Guiomar Nunes).

Logo, ao observar a materialidade e o funcionamento do discurso no texto, ficam presentes marcas temporais das vivências de Clara e Guiomar, expressadas na condução que é dada no seguimento das palavras revividas pelas suas memórias que encadeiam sentidos do

trabalho em saúde mental, na década de 1990, e que, agora, revelam o usuário como conceito-análise em um papel-chave no cenário de trabalho e cuidado, sinalizados nas palavras de Clara: *“...Eu fui curadora de vários usuários que passaram mais de 20 anos internado no hospital [...] e tinha da gente não conseguir acesso à família. Eles não tinham família!”*

Vê-se ainda uma construção de elementos discursivos que enveredam pela transição do modelo de assistência, sinalizando novas perspectivas para a atuação em saúde mental quando Guiomar sintetiza esse processo a partir da fala *“O trabalho de rede hospitalar de tratamento é o impacto da doença e a rede de atenção à saúde mental é preventiva, é a questão básica do cidadão... cidadão”*.

Pela primeira vez, aparece uma ênfase à questão do usuário como cidadão e a reflexão sobre seu papel em sociedade. Pode-se afirmar que esse período de transição gira em torno de um sentido que passa a revelar e reconhecer, mesmo que de forma ainda tímida à época, ou pela correlação discursiva, direitos dos usuários: a própria manifestação do olhar para a cidadania.

Dessa forma, Salles e Barros (2014) sustentam a ideia de que, na atenção à saúde mental, o quesito que se refere à inclusão social das pessoas com transtornos mentais está sendo cada vez mais discutido, sendo um dos eixos importantes desse debate o exercício da cidadania, alegando que esta é o passo inicial em direção à inclusão social, sendo os demais conseguidos através dos desejos e projetos pessoais de usuários, em comunicação com as possibilidades oferecidas pelo cotidiano.

A produção de sentidos sobre o hoje

A análise segue, nesse momento, por um caminho que se julga no sentido dos textos a partir das concepções sobre o presente na atenção à saúde mental, podendo-se já sinalizar as repercussões do trabalho na construção da atuação em rede e das singularidades que essas mudanças trouxeram no processo de trabalho em atenção psicossocial. Inicialmente, recorre-se aos seguintes discursos:

A minha concepção sobre rede de atenção psicossocial é que é um trabalho em conjunto, várias visões, onde cada um colabora com o seu conhecimento para poder enxergar o débito daquele sujeito. Então, a gente trabalha, tem realmente as reuniões em equipes para poder fazer e ser a trocados esses olhares e cada um termina trocando a experiência um com o outro e isso vai somando também na evolução da gente enquanto profissional. (Maria Alexandrina).

O que eu compreendo pela rede de atenção psicossocial em Recife, diante do que a gente já sabe sobre a reforma psiquiátrica, o que que ela veio desconstruir, o que ela veio reconstruir ou construir, né?... Eu entendo o CAPS como ele é. Ele promove cidadania! Por que ele promove cidadania? Ele dá autonomia ao sujeito... cada usuário que a gente tem ele... ele é um cidadão com desejos, com vontade, com habilidades [ênfase em tonalidade vocal], com potenciais e... esses potenciais precisam ser trabalhados! precisam ser estimulados! Quando as pessoas passaram a vida no manicômio sem esse estímulo, sem esse investimento e, por isso se fecharam para o mundo, e por isso é o CAPS... O CAPS vem nesse papel de dizer NÃO [expressão dita com força] a isso tudo aí, essa segregação, a esse esconder, né? Essa coisa de esconder a loucura. Bota sua loucura para fora! Dá um sentido a ela! (Maria do Espírito Santo).

Eu acho que tudo isso [a desinstitucionalização] ajudou porque o usuário fica com mais condição de ter autonomia, de ser trabalhada a sua autonomia do que ele institucionalizado, porque quando ele tá lá, ele vai ficando meio que... que cronificado, fica mais restrita a sua condição de liberdade. É nisso que observa mudanças hoje. Nessa lógica de cuidado em rede... por isso eu acho importante que a gente tem a rede, é importante que a gente pudesse fazer valer e poder oferecer a questão da intersectorialidade. (Rita Joanna).

Ao se visualizar o que é apresentado pelas profissionais, fica evidente a construção de um discurso sobre o presente que em muito cabe a memória do passado ou a apreciação de interdiscurso, ou memória discursiva, que resignifica a atuação em rede, no presente, a partir das concepções que se construíram em décadas anteriores na vertente da desinstitucionalização e as implicações desse processo no atual processo de trabalho das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial e da própria rede.

Posto isso, Nunes *et al.* (2014) afirmam que pensar nas práticas cotidianas do processo de trabalho do CAPS é fundamentá-las na subjetividade do sujeito, voltadas para a compreensão da saúde integral, uma vez que se visualizando a saúde mental dentro do processo de trabalho, estima-se que profissionais de saúde operem de maneira integrada e lógica, refletindo o modelo de atenção preconizado e articulado de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. É, segundo as autoras, pensar que o produto vai além da cura, focando no cuidado, na possibilidade dos sujeitos gerirem sua vida com autonomia de acordo com suas limitações.

De tal modo, fica visível que o discurso do presente se constrói na compreensão do trabalho em rede pela costura de diversos saberes e olhares, contribuindo para uma lógica de ideias que representam o “conjunto” na fala de Maria Alexandrina; em “É nisso que observa mudanças hoje” na voz de Rita Joanna; e pelas formas de abstrações que podem ser representadas por “ela veio desconstruir, o que ela veio reconstruir ou construir, né...” nas ideias de Maria do Espírito Santo.

Torna-se relevante, no discurso da mesma profissional, a quantidade de expressões em tom exclamativo, depreendendo-se uma curva melódica que caminha pela expressão de sentimentos, significando o papel do CAPS como dispositivo na rede e consubstanciando seu papel articulador da rede e de acolhimento com direcionamento do cuidado prestado à loucura: *“O CAPS vem nesse papel de dizer NÃO [expressão dita com força] a isso tudo aí, essa segregação, a esse esconder, né? Essa coisa de esconder a loucura. Bota sua loucura para fora! Dá um sentido a ela!”*

A partir dessas marcas, pode-se observar que o discurso se circunscreve na mudança de papéis, na atuação do trabalho que outrora, visualizados na sessão de segregação e modalizado pelo papel da instituição psiquiátrica no cuidado de pacientes, atualmente, percorre a perspectiva da viabilização de alternativas de cuidado ao usuário nos dispositivos da RAPS, entre eles o CAPS:

Então assim... o trabalho aqui na instituição é sempre... tem muito movimento de muita coisa e usuários que já estão com os PTS [Projetos Terapêuticos Singulares], os projetos terapêuticos singulares, dentro da instituição e os que estão chegando... O PTS funciona de acordo com a necessidade do usuário e com que o serviço oferece. Então, acaba que ele é um pouco restrito também né? Mas a gente tenta ajustar... Por exemplo: a gente vê aquele usuário que seria bom que ele se beneficiaria mais com uma oficina de percussão, que a gente tem aqui, do que com o grupo de fala que nós também estamos... Então, na conversa com eles a gente vai para o ponto e vai vendo se ele topa. Se ele não topa participar daquela oficina, daqueles processos. É nesse sentido, sabe? Oferece o do que ele precisa. (Rita Joanna)

Então, a gente vem numa função que a gente se divide. Geralmente somos quatro técnicos de nível superior por turno e aí um vai para o acolhimento, outro fica com uma função de volante, resolvendo uns pepinos da casa toda, e dois ficam em grupos. (Clara Camarão).

Com relação às atividades que a gente desenvolve aqui... A gente esse rodízio nas atividades, Fazemos um pouco de tudo... Termina que a gente termina se deslocando quando dá ficar acompanhando em uma pessoa que está em outra função ou no acolhimento. Dependendo dessas demandas a gente termina tendo que dá um suporte quando dá... A gente tá fazendo acolhimento propriamente dito né? Fazendo a escuta, vem fazer anamnese, coletar a história... E a depender do dia do movimento no dia as nossas funções terminam se misturando. Não tem uma função definida. Nós todos somos técnicos em Saúde Mental. (Beatriz de Albuquerque).

Torna-se interessante notar que o conceito-análise, cujo discurso está relacionado com a produção das práticas de trabalho, enxerga o CAPS como dispositivo de cuidado da loucura.

Elementos como o “Projeto Terapêutico Singular” e as “oficinas” na fala de Rita, o “acolhimento” referido por Clara e Beatriz, além do “rodízio nas atividades” e a “escuta”,

mencionados por Beatriz, são elementos basilares na formulação discursiva que, colocados em relação parafrástica, suscitam de forma importante a tipicidade da rotina de trabalho em Centros de Atenção Psicossocial.

O resultado sugere discordância com o que foi apontando por Sales (2009) quando aborda que, de modo geral, o processo de trabalho de profissionais da rede, com foco no CAPS, é predominantemente voltado ao atendimento clínico.

Consoante ao exposto, sugerindo concordância com os achados e condicionando a relevância do tema das práticas de trabalho nos contextos da atenção psicossocial, Lancman (2009) julga as transformações do modelo de atenção em saúde mental e seus efeitos no processo de trabalho, destacando que o CAPS assume uma complexidade de funções que vão para além da assistência à doença.

Dessa forma, percebe-se um caminhar do discurso das profissionais por meio da necessidade de resolutividade via trabalho em equipe e na propositura de ferramentas que auxiliam na qualificação do processo de trabalho: “*divisão*”, “*função volante*”, “*grupos*” e “*coletar história*” surgem como meios de trabalho a partir de uma projeção de objeto sinalizado na assistência prestada pela instituição CAPS, com a finalidade de reinserção de usuários ou o reforço de suas capacidades de exercer seu papel de cidadania. Tem-se aqui, então, o desenho da lógica do processo de trabalho em atenção psicossocial no cenário atual que, em tempo passado, sustentava a instituição psiquiátrica como espaço de trabalho, vinculando suas ações de cuidado a práticas focadas na doença mental.

Sob essa Perspectiva, Zerbetto *et al.* (2013) apontam a ideia de que o processo de trabalho em saúde mental requer muito mais do que acolher a demanda e gerenciar questões burocráticas e administrativas, mas cuidar de forma que visa à integralidade do sujeito, planejamento de ações, (re)invenção de novas formas de oferta para esse cuidado, atentando para a subjetividade e singularidade dos sujeitos, intencionando a geração de reflexões sobre as práticas diárias.

Dito isto, sugerem-se mudanças importantes no decorrer do tempo, que são destacadas no discurso das profissionais, importantes para uma (re)leitura do cenário da atenção psicossocial no transcorrer da história, potencializadas pela busca de suas memórias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizando o retorno da análise para uma compreensão do sentido que foi posto em questão nesta escrita, visualizou-se a construção do processo de trabalho em saúde na atenção

psicossocial a partir de memórias de profissionais e suas vivências ou conhecimentos de cenários anteriores na realidade do Recife, Pernambuco.

Dessa forma, quando se fazem as conexões que geram a interface discurso e trabalho, fica evidente a potência discursiva carregada pela memória de profissionais, sinalizada pelas suas expressões textuais e não-verbais, agregando todo um apanhado linguístico que auxilia na produção de intersubjetividades costuradas no processo de análise e sustentadas em perspectivas que visaram ao entendimento da atuação do processo de trabalho em rede, na atenção psicossocial, a partir da vertente de trabalhadoras de Centros de Atenção Psicossocial.

Entender e dar forma aos sentidos do trabalho se demonstrou como um caminho peculiar na vivência e nas interações produzidas a partir de desconstruções e releituras de perspectivas sobre a atuação da Rede de Atenção Psicossocial, vista a partir das produções de cuidado no campo da saúde mental e nos espaços de CAPS.

Chamam atenção as modificações na lógica de cuidado no decorrer da história, estando o processo de desinstitucionalização, viabilizado pela Reforma Psiquiátrica, ligado ao discurso das participantes e se colocando com instrumento fundamental para que houvesse a atribuição de novas aparências em um redesenhar da assistência ao usuário dos serviços de saúde mental, assim como novas compreensões que foram se aprimorando sobre o lugar da loucura na sociedade e seu entrelaços com outras esferas da assistência, para além do setor saúde.

Logo, ficaram visualizados os componentes do processo de trabalho em saúde na atenção psicossocial, vistos sob a ótica de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial, e suas mudanças no decorrer da história, apresentando a necessidade de que seja constantemente legitimada a percepção e viabilização do trabalho em equipe, assim como as perspectivas de trabalho que fogem do caráter exclusivamente medicalizante.

Por se tratar que uma abordagem que transcorreu pelo cunho qualitativo e obteve a produção de sentido a partir de discursos de profissionais de três espaços na cidade do Recife, pode se tornar inviável o caráter generalizador deste trabalho, todavia, é pertinente que a limitação observada se vislumbre na nuance de que de as práticas de trabalho que considerem a desinstitucionalização sejam ancoradas pelo fator de (re) visão constante dos processos e da finalidade do trabalho em atenção psicossocial.

Assim, cabem colocar como palavras finais, nestas considerações, um trabalho que possa ser viabilizado pelas palavras de Maria do Espírito Santo, aqui reiteradas: *O CAPS vem nesse papel de dizer NÃO a isso tudo aí, essa segregação, a esse esconder, né? Essa coisa de esconder a loucura. Bota sua loucura para fora! Dá um sentido a ela!*

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M. Violar memórias e gestar histórias: abordagem a uma problemática fecunda que torna a tarefa do historiador um “parto difícil”. **CLIO: revista de pesquisa história**. Recife, v. 11. n.1, p. 39-52, 1994.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos Brasília: CNS, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 2011.
- FACUNDES, V. L. D. *et al.* Atenção à Saúde Mental em Pernambuco: Perspectiva Histórica e Atual. **Neurobiologia**. Recife, v. 73, n. 1. p. 183-197, 2010.
- FARIA, H. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009. 68p.
- FERNANDES. C.A. **Análise do discurso**: reflexões introdutórias. 2. ed. São Paulo: Claraluz, 2007.
- FONTANELLA, B. J. B et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, Feb. 2011 .
- HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, fev. 2009 .
- KNAUTH, D. R.; LEAL, A. F. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 50, Sept. 2014.
- LANCMAN, S. **Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental**. Brasília: Paralelo 15; 2009. 224 p.
- MARCONI, M.A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- MARTINHAGO, F; OLIVEIRA, W. F. (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1273-1284, Dec. 2015 .
- MELLO, H. C. P. **Pernambucanas ilustres**. Recife: Typographia mercantil, 1879.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. Trabalho em saúde e pesquisa: reflexão a propósito das possibilidades e limites da prática de enfermagem. In: AYRES, J. R. C. M; SANTOS, L.

Saúde, sociedade e história / Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

NUNES, C. K. et al. O processo de trabalho num centro de atenção psicossocial infantojuvenil. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 12, p. 65-72, dez. 2014 .

PEREIRA, E. C; COSTA-ROSA, A. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde Soc**, v. 21, n. 4, p. 1035-1043, 2012.

PERNAMBUCO. Lei Estadual 11.064 de 1994. Dispõe sobre a substituição progressiva dos Hospitais Psiquiátricos por rede de atenção integral a saúde mental. **DOE**. Recife, 1994.

PIRES, A.P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J. et al. (org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Editora Vozes; 2008. p. 154-211.

RECIFE. Prefeitura Municipal. LEI Nº 16.232/96. Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental e regulamenta a internação psiquiátrica involuntária. **DOM**. Recife: 1996.

SALES, F. D. A. **Micropolítica do trabalho na atenção em saúde mental: tecnologias em saúde, saberes e práticas na dimensão clínica do cuidar**. 2009. 138f. Dissertação (Mestrado em Cuidados clínicos em Saúde). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

SALLES, M. M; BARROS, S. Da cidadania à realização de projetos de vida: inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1275-1292, Dec. 2014.

SILVA, G. M. *et al.* Concepções sobre o modo de atenção psicossocial de profissionais da saúde mental de um CAPS. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 7, n. 2, p. 161-167, dez. 2015 .

SOUZA, S. A. F. **Análise do discurso: procedimento metodológicos**. Manaus: Instituto Censur, 2014.

TONG, A; SAINSBURY, P; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, December 2007, p. 349–357.

TOZONI-REIS, M. F. C. **Metodologia da Pesquisa Científica**. 2. ed. Curitiba: IESD Brasil, 2009.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v, 22, n. 14. Ago/dez. 2014, p. 203-220.

ZERBETTO, S. R. *et al.* O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica Enfermagem**. v. 13, n. 1. 2013. p. 99-109.

5.2 Artigo 2: Discursos sobre a rede: perspectivas de profissionais de Centros de atenção Psicossocial para cenários atuais e posteriores

RESUMO

Este artigo objetivou desvelar sentidos dados por profissionais de CAPS no levantamento de perspectivas para a atenção psicossocial em cenários atuais e posteriores. Realizou-se um estudo de campo exploratório, com abordagem qualitativa, cuja análise do discurso se fez presente para refletir os sentidos dados ao trabalho em atenção psicossocial por doze profissionais que exercem suas atividades em Centros de Atenção Psicossocial da cidade do Recife-PE. Os resultados apontaram a produção de sentidos sobre o trabalho em rede, revelando fragilidades de articulação que interferem no processo de trabalho, como o desenvolvimento da intersectorialidade, além de perspectivas para a atenção psicossocial em cenários atuais e posteriores, em que há revelações de potencialidades da rede que visa, na finalidade de seus agentes de trabalho, à reinserção do usuário no território. Assim, pode-se visualizar que os entraves na operacionalização da RAPS se dissipam na produção de novos olhares para uma compreensão ampliada dos processos que sustentam a rede, como a negação do hospital psiquiátrico e o cuidado ao usuário em seu lugar de pertencimento, visualizados e traduzidos no território, que tencionam forças que vão contra o pensamento institucionalizante e permanecem tentando manter vivo o (re)pensar cotidianamente a Reforma Psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho. Saúde mental. Intersetorialidade.

INTRODUÇÃO

Inicia-se essa escrita pelo entendimento de Rede sinalizado por Castells (2000), quando considera que esta é uma nova forma de organização social, forte em tecnologia de informação e embasada na cooperação entre unidades dotadas de autonomia. Logo, atentando-se para o fato de que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) condicionam uma lógica de cuidado que obedece a determinados fluxos dentro do sistema de saúde, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) define as RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Assim, cabe sustentar uma perspectiva que traduz uma lógica de rede, com foco no setor saúde, a qual pode subsidiar um cuidado agrupado e organizado nas distintas complexidades demandadas por usuários dos serviços de saúde, estas singularizadas de acordo com a vulnerabilidade ou a presença de determinados agravos que tencionam forças que desequilibram as relações entre os olhares para a saúde e para a doença em determinado território.

De tal modo, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se apresenta como componente intersetorial que busca instituir uma organização de oferta de cuidado em sintonia com um modelo de atuação em saúde mental psicossocial. A partir dela, em 2011, o Ministério da Saúde propõe uma estruturação do modelo de cuidados em saúde por meio de ações da atenção básica em um desenho ampliado, convocando a participação de diferentes equipes para um trabalho articulado entre os seguintes equipamentos: atenção básica em saúde (Unidades Básicas de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e equipes Consultório na Rua), atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se propõem a serem articuladores estratégicos da RAPS, sendo o aumento de sua quantidade no país apontado por Pereira e Costa-Rosa (2012) como um avanço importante da Reforma Psiquiátrica brasileira, criados para serem substitutivos às internações psiquiátricas e promotores de ações afirmativas para usuários e familiares do campo. O público-alvo desses serviços são pessoas com intenso sofrimento psíquico a ponto de impossibilitá-las de viver e realizar seus projetos de vida sem um suporte assistencial e/ou apoio social. Assim, busca-se a promoção da autonomia do usuário em ações que incluem o reposicionamento da pessoa de tal modo que ela se torne ativa nos aspectos significativos de suas vidas.

Logicamente, aponta-se um olhar necessário para a produção de intersubjetividades nos processos de trabalho na RAPS, articulados pelos CAPS, entre outros dispositivos da rede, seja na relação profissional/usuário ou profissional/equipe, como objeto de problematização dos estudos sobre o mundo do trabalho e suas conexões com processos que sustentam a atuação em Rede.

É nessa perspectiva que se pode depreender que todo esse processo possui uma dinamicidade de forças que atuam nessa construção a partir de perspectivas que conduzem o cuidado a um patamar que se estende, entre outras características, pelo atributo dos estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e gestão de casos.

Dessa forma, para se recorrer ao estudo do processo de trabalho na atenção psicossocial, é cabível condicionar esta reflexão sob a perspectiva de que, para conduzir a atividade, é necessário que existam a intencionalidade, o objeto, a energia e a transformação desse objeto, ou seja, o processo de trabalho e seus elementos constituintes: objeto, meio/instrumentos, finalidade e trabalho em si realizado pelos seus agentes. (OLIVEIRA; FONSECA, 2005, p.42).

Assim, é importante afirmar que esses elementos precisam ser examinados de forma conjunta, pois na sua relação recíproca demonstram um dado processo de trabalho. Logo, um determinado aspecto da realidade destaca-se como objeto de trabalho apenas quando o sujeito assim o delimita, sendo recortado por uma perspectiva que possui um projeto de transformação. Os instrumentos configuram-se ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual. Objetos e instrumentos, por sua vez, só adquirem finalidade a partir da presença do agente de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 2017).

A partir do exposto, cabe sinalizar que, quando se aborda o processo de trabalho na atenção psicossocial, Nunes *et al.* (2014) justificam que pensar nas práticas cotidianas do CAPS é coloca-las em aspectos da subjetividade do sujeito, voltadas para a compreensão da saúde integral, já que se visualizando a saúde mental dentro do processo de trabalho, acredita-se que profissionais de saúde operem de maneira integrada e lógica, articulando, refletindo o modelo de atenção, preconizado e articulado de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. É ainda, conforme as autoras, pensar que o produto vai além da cura, focando no cuidado, na possibilidade dos sujeitos gerirem sua vida com autonomia, de acordo com suas limitações.

Nesse caminho, Pinho, Souza e Esperidião (2018) apontam que a avaliação do processo de trabalho na lógica de cuidado ofertada pelos CAPS, como dispositivo articulador do cuidado na rede de atenção, acontece pelas menções à assistência, refletindo-se as atividades construídas e desenvolvidas na condução dos cuidados oferecidos em saúde mental, tomando consciência dos fatores intervenientes assistenciais.

Logo, ao revisitar Tenório (2002), tem-se que tanto quanto se procurar pela aceitação de uma política assistencial nova, o desafio da atenção psicossocial acontece em produzir uma sensibilidade no âmbito cultural para a loucura e o sofrimento psíquico. Trata-se, dessa forma, em promover uma desconstrução social dos estigmas ainda tão vinculados à loucura e suas repercussões no cotidiano do usuário.

Cabe observar, então, que na atualidade os desafios da Reforma Psiquiátrica são abraçados e também compartilhados pela RAPS e pelo seu processo de trabalho, inclusive no que concerne vislumbrar a reinserção do usuário em seu território, bem como a prestação de seu cuidado.

Dito isto, o objetivo deste artigo se apresentou em desvelar sentidos dados por profissionais de CAPS no levantamento de perspectivas para a atenção psicossocial em cenários atuais e posteriores.

MÉTODOLOGIA

A produção deste artigo se deu como resultado da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva intitulada “Antes e depois da rede: sentidos sobre o processo de trabalho em saúde na atenção psicossocial da cidade do Recife-PE.”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco.

Foi realizado um estudo de campo a partir da perspectiva sugerida por Gil (2017) que o coloca como uma ferramenta que trabalha com um grupo em termos de sua estrutura social, ou seja, aborda-se a interação entre seus componentes a partir da flexibilidade do planejamento.

Campo, então, foi compreendido por meio da definição traduzida por Deslandes, Gomes e Minayo (2016) ao mencionar a pesquisa social e concebê-lo como um recorte espacial de uma realidade empírica a ser estudada por meio de concepções teóricas que delineiam o objeto de investigação, compreendendo-se o lugar primordial ocupado pelos sujeitos que exercem dinâmicas sociais. Logo, entende-se que a produção de conhecimentos se dá pelas intersubjetividades e interações produzidas entre pesquisador e indivíduos do campo.

É nesta nuance que se estruturou esta pesquisa pela abordagem qualitativa, apontada por Minayo (2013) como um fomento ao estudo da história, relações, representações, opiniões e

percepções sobre as interpretações realizadas pelos seres humanos e seus produtos, favorecendo melhor investigação sobre as histórias sociais na ótica dos atores envolvidos.

A estruturação dessa proposta, logo, foi guiada pela diretriz *Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ Checklist)* (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

Os sujeitos que compuseram o estudo se fizeram de doze mulheres, profissionais da atenção psicossocial, que atuam em CAPS da cidade de Recife e estavam exercendo suas práticas profissionais há pelo menos cinco anos. O recorte foi apresentado em virtude de se fazer importante reconhecer a atuação do CAPS dentro da RAPS, por conta da compreensão de rede demonstrada na portaria 3088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, fazendo desses profissionais importantes fontes discursivas de pesquisa (BRASIL, 2011).

Realizaram-se entrevistas semiestruturadas que foram registradas em áudio por um gravador simples e arquivadas sob domínio exclusivo do pesquisador, sendo transcritas com o auxílio do programa *Express Scribe Transcription Software* para a formulação de um corpus textual para análise. Esta modalidade de coleta foi escolhida para que se construísse uma relação intersubjetiva entre pesquisador e profissionais, além do fato de que, conforme demonstra Triviños (2009), nesta modalidade entrevista, os questionamentos podem direcionar novas hipóteses a partir das respostas surgidas dos informantes.

Assim, houve contato prévio com os diretores das instituições, participação das reuniões de equipe para a apresentação e convite para a participação da proposta, acordando-se com cada profissional os melhores horários e locais para a coleta de dados, a fim de que sua rotina de trabalho não fosse prejudicada. Foram realizadas 5 visitas a cada serviço, desde divulgação da pesquisa, para obter a anuência, até a coleta de dados.

A coleta se deu de forma não-probabilística, cujas profissionais foram apontados a partir da técnica “bola de neve”, uma forma de seleção que utiliza cadeias de referência para pesquisar grupos a partir de informantes-chave (sementes) que orientou quais sujeitos poderiam participar da pesquisa dentro dos critérios deste estudo (VINUTO, 2014). Assim, as profissionais foram convidadas a partir da indicação de colegas de trabalho pertencentes àquele espaço e que estivessem dentro do critério de inclusão (PIRES, 2008).

Após a realização de cada coleta, a participante recebia do pesquisador um origami sob forma de *tsuru* e um escrito em forma de pergaminho com a história daquela ave escrita, a fim de demonstrar o agradecimento pela participação da pesquisa e suscitar novas reflexões sobre o que estava colocado naquele papel.

Nesse caminho, a fim de sinalizar o percurso para a coleta de dados, utilizou-se a seleção por saturação teórica de dados qualitativos, adaptada a partir das discussões fundamentadas por Fontanella *et al.* (2011) a partir dos seguintes passos: 1- registro dos dados; 2- imersão nos registros; 3- compilação de análises; 4 – reunião dos enunciados; 5 -codificação dos dados; 6 – alocação dos temas em tabelas; 7 - constatação da saturação teórica; e 8 – visualização da saturação. Logo, aponta-se que a saturação, para o tema de estudo, ocorreu na 8ª entrevista.

Para fins de análise e na propositura de um caminho viável para a reflexão dos dados a partir de uma base teórica, recorreu-se à análise do discurso na perspectiva visualizada por Souza (2014) que sustenta um procedimento lógico em duas fases:

Fase 1: busca de conceitos-análise na produção do texto, já saturado, a partir de leituras flutuantes e leituras analíticas que culminam nas seguintes perguntas heurísticas: 1. *Qual é o conceito-análise presente no texto?* 2. *Como se constrói o conceito-análise?* 3. *A que discurso pertence o conceito-análise construído da forma que o texto constrói?*

Fase 2: escrita da análise a partir de sua caracterização (descrição do cenário e dos pontos em que se ocorre a análise); explicitação do dispositivo teórico e analítico (os

pressupostos da análise do discurso e os recortes delimitados para o objeto do pesquisador, respectivamente); relato da análise (descrição e interpretação do texto a partir de suas marcas, demonstrando o funcionamento do discurso); retorno da análise (fase de conclusão em que são apontadas questões que merecem maior investigação).

Dito isto, compreende-se a análise do discurso como uma disciplina de caráter transdisciplinar que busca o estudo das palavras, construção das frases, formulação de uma rede semântica e dinâmica entre o social e a Gramática, e a elaboração de uma análise que considera a produção social do texto e seu sentido também dando forma ao silêncio (ORLANDI, 2001).

Com relação aos componentes éticos da pesquisa em saúde, foram tomados como base os princípios da Bioética, considerando os escritos trazidos pela ética na pesquisa com seres humanos da resolução 466/12 (BRASIL, 2012) havendo assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas participantes.

Visando à minimização de riscos, a identidade das profissionais que cederam seus discursos à pesquisa foi preservada em todas as etapas da estruturação e divulgação dos dados, sendo apresentada por pseudônimos referentes a importantes mulheres da história de Pernambuco, retirados da obra *Pernambucanas ilustres* (MELLO, 1879).

Ainda se afirma que a coleta de dados foi condicionada ao cadastro do projeto de pesquisa via plataforma Brasil, designado para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, sendo gerado CAAE 00454818.1.0000.5208 e aprovação sob parecer 3.060.845 em 06 de dezembro de 2018.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As entrevistadas possuíam idades entre trinta e cinco e cinquenta e cinco anos, desenvolvem seus trabalhos em CAPS na RAPS em períodos que vão de cinco a vinte e cinco

anos, e estão distribuídas nas profissões de Psicólogas, Terapeutas Ocupacionais, Assistente Social, Técnica em Enfermagem, Enfermeira e cargos de gestão dos Centros de Atenção Psicossocial. Metade das entrevistadas já trabalhou em outros serviços, como Programa de volta para casa, hospital geral, Serviços Residenciais Terapêuticos, hospital psiquiátrico e hospital-dia.

A partir dos sentidos produzidos pelo cotidiano do trabalho em rede disposto na fala e expressões das profissionais, optou-se por organizar os resultados dessa escrita em duas etapas, as quais se seguem:

A produção de sentidos sobre o trabalho em rede

Ao se deparar com a construção discursiva que se torna vertente para análise das palavras expressas pelas profissionais de Centros de Atenção Psicossocial, visualiza-se a constituição de um dispositivo teórico que auxilia como guia de compreensão das singularidades, que são traduzidas no discurso como pressupostos que se colocam na compreensão do sujeito e de seu lugar de fala.

Assim, ao adentrar pelo cotidiano do trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial como espaços de desenvolvimento de atividades articuladas com outros serviços da RAPS, tem-se a propositura de seu papel e a constituição do objeto de análise nesta escrita. Desse modo, recorre-se às palavras expressadas por Maria Barrosa, Clara Maria e Brazia Bezerra a fim de que possam ser apontadas algumas colocações.

Eu acho que o território... ele vem com essa perspectiva, com esses conceitos da territorialização. Ele vem com a questão de que a gente precisa estar interligado com o outro para poder dar continuidade a um acompanhamento, né? Onde muitas vezes, inicialmente, se achava que o paciente psiquiátrico... o CAPS deveria dar conta de tudo... Antigamente, a gente achava que tinha que fazer tudo, tinha que fazer tudo no CAPS, e tudo ele tinha que dar conta. E na verdade não é bem assim. A gente tem uma responsabilidade dentro de

um recorte e acolhe o indivíduo quando ele está em um momento de adoecimento, de crise, que é compartilhado com a rede de cuidados não só de saúde, principalmente nisso. Ela é intersetorial porque o sujeito... ele não é só adoecimento ou saúde, né? (Maria Barrosa).

A política de saúde... ela se baseia principalmente pela rede. Então, você não consegue trabalhar senão de forma intersetorial. Claro! Porque você vir desenvolvendo isso você consegue ter um bom trabalho, atender devidamente... não de uma... aliás, de uma forma tão satisfatória, porque sempre fica algumas coisas, mas a melhor forma possível você consegue realizar, você consegue abranger o trabalho. Isso que é o que tem que ser a rede! [ênfase no tom de voz] A rede existe para isso: para que se possa se vislumbrar de forma intersetorial e dar condições e encaminhamento para cada indivíduo, cada usuário do sistema, tanto para o trabalhador, como também, principalmente, para usuário. (Clara Maria)

Eu tenho observado que mesmo com toda dificuldade, que a gente sabe que está posta aí, falta dispositivo de saúde até de cobertura de unidade de saúde da família... mas eu ainda vejo hoje que é um pouco melhor do que antigamente. Hoje a gente tem uma dificuldade, mas mesmo com toda essa dificuldade, eu acho que a gente a gente, pode-se dizer, que a gente ainda não tá andando, mas a gente tá engatinhando. Então, eu ainda vejo melhor do que alguns anos atrás até sem essa estrutura. Agora assim... que ela precisa realmente que a rede RAPS precisa melhorar muito. Aí realmente precisa trabalhar muito mais na intersetorialidade. Mas, eu ainda percebo melhor do que alguns anos atrás. (Brazia Bezerra).

Assim, partindo da pergunta heurística sobre qual é o conceito-análise presente no texto, tem-se que há uma organização que predispõe a compreensão do receptor da mensagem a qual é construída com base da lógica do processo de trabalho em rede a partir da participação de vários elementos na operacionalização do cuidado.

Fica evidente, ao se visualizar a intersetorialidade presente na voz das três expoentes, que há uma vinculação do termo a semânticas que traduzem a qualificação do trabalho a partir da participação de outros atores, demonstrada por Maria Barrosa e Clara, respectivamente: “*Ela é intersetorial porque o sujeito... ele não é só adoecimento ou saúde, né?*”, “*A rede existe para isso: para que se possa se vislumbrar de forma intersetorial e dar condições e encaminhamento para cada indivíduo...*”.

Em suas falas, são observadas constituições gramaticais que caminham pela lógica da sintaxe em orações explicativas ou finais (referente à finalidade) intencionando discursos que

buscam trazer forma e dar corpo à rede, almejando a necessidade de que a mensagem seja passada de forma coerente, respeitando-se o processo comunicativo e traduzindo particularidades do processo de trabalho em atenção psicossocial.

Nessa perspectiva, Brazia faz uma evocação de alinhamento interessante sobre a necessidade de aprimoramento das práticas de trabalho, tencionando seu discurso para uma modelagem que projeta a menção a fragilidades da rede: *“Agora assim... que ela precisa realmente que a rede RAPS precisa melhorar muito. Aí realmente precisa trabalhar muito mais na intersectorialidade.”*

É sob essa ótica que Lima, Gussi e Furegato (2018) amparam o juízo de que o trabalho no campo da atenção psicossocial requer estabelecer uma rede de suporte comunitário e intersectorial: saúde, trabalho e emprego, educação, assistência social e arte e cultura, corroborando ainda o que a portaria 3088/11, que institui a RAPS (BRASIL, 2011), aponta quando afirma que o modelo psicossocial para atenção à saúde mental sugere que os serviços, para além do fato de estarem alocados perto do domicílio, disponham de uma rede diversa de equipamentos de saúde que possam atender as distintas fases do adoecimento, com integração intersectorial e ações de saúde que tenham por caráter basilar as necessidades de saúde dos usuários da saúde mental.

Assim, sustenta-se que o discurso das profissionais pertence a uma ideia que se constrói pelo trabalho em equipe e caminha por produções de sentido que iniciam o levantamento de interferências nos elementos que constituem o processo de trabalho em saúde, ancorando especificidades no trabalho articulado da RAPS em que o conceito-análise passa, nos discursos a posteriori, a sinalizar uma progressão de sentido para a apresentação das fragilidades da atuação em rede.

Eu enxergo muitas fragilidades na rede [...]. Todas as fragilidades possíveis. Costumo dizer que ela é furada porque a gente tem muito mais facilidade em

trabalhar com outras parcerias como ONGs, com clínica escola de faculdade do que com a própria rede [profissional não aprofundou seu pensamento]. (Maria Pessoa).

Os dispositivos não são suficientes, né? Na verdade quando a gente veio observar a Rede de Atenção Psicossocial, resumindo, realmente é só saúde... Mas a saúde não dá conta e a gente muitas vezes não abre para outras secretarias, para outros instrumentos... Isso termina muitas vezes dificultando o trabalho porque observa que não consegue existir de forma tão clara essa reinserção do usuário na comunidade. Termina sendo algo muito raro, muito raro, bem raro mesmo. Cada distrito sanitário possui um posicionamento diferente. É algo impressionante porque quando a gente fala “a rede [...]” a gente acha que seria algo mais ou menos padronizado, mas não é. Por isso eu disse que no papel funciona, mas na prática sei lá... De fato no papel é assim. Hoje em dia são oito distritos sanitários, cada um tem o seu CAPS de referência, cada um tem assim... a gente observa que não funciona... funciona, mas funciona do jeito que a gente vem observando... funcionar é uma expressão engraçada: “é assobiando chupando cana”. (Clara Camarão).

Sobre a reinserção do usuário eu consigo observar algumas pessoas e outras com mais dificuldade porque uma coisa que eu percebo é que a gente tem que fazer a intervenção dentro da evolução deles. Por exemplo: em que estado eles estão tratamento, então, a gente precisa fazer a intervenção dentro do estado em que eles estão quando a gente encontra uma intervenção adequada em que eles estão abertos, aí a gente percebe que vai... (Maria Alexandrina).

Nas falas e expressões das profissionais, fica evidente um sentido provocado nas dificuldades no processo de trabalho que se mostram em limitações do alcance da finalidade do próprio processo de trabalho em rede, analisado pelas mulheres no imperativo de inviabilização da reinserção do usuário em seu território, além da articulação com demais dispositivos. Essa informação é evidenciada quando a construção discursiva se dá focalizada na expressão genérica defendida por Maria Pessoa: “*Eu enxergo muitas fragilidades na rede [...]. Todas as fragilidades possíveis*”.

Sobre a temática, Lima, Gussi e Furegato (2018) ainda contribuem com esta escrita elucidando a necessidade de junção entre CAPS e serviços de atenção básica na constituição de um trabalho mais efetivo na lógica do território e da intersetorialidade. Para as autoras, essa fragilidade se problematiza sobre a necessidade dos profissionais dos CAPS considerarem questões de esfera macro institucionais como importantes determinantes para a constituição de um cuidado ampliado, atentando para não se restringir a um papel assistencial de prover

cuidados de saúde no espaço da instituição, estando na necessidade de buscar articulações para o acesso integral à saúde e à cidadania dessa clientela.

Assim, vê-se no discurso das profissionais menções que partem de uma operacionalização prática discrepante dos apontamentos que são realizados na instrumentalização da RAPS em seu texto normativo, refletindo a dificuldade de reinserção do usuário no território, demonstrados de forma elucidativa por Clara e Maria Alexandrina, respectivamente: *“Isso termina muitas vezes dificultando o trabalho porque observa que não consegue existir de forma tão clara essa reinserção do usuário na comunidade.”*; *“Sobre a reinserção do usuário eu consigo observar algumas pessoas e outras com mais dificuldade porque uma coisa que eu percebo é que a gente tem que fazer a intervenção dentro da evolução deles.”*

Ainda é pertinente observar o jogo que Clara faz em sua fala com o verbo “funcionar”, agregando uma repetição de termos em seu discurso a fim de sustentar nuances preditivas sobre o cuidado em rede a que, a partir do recurso de memória discursiva, como suporte semântico do funcionamento do discurso, atribui a própria menção usada nos distintos cenários de críticas ao setor saúde para julgar ou caracterizar a saúde pública. Logo, fica perceptível que há uma invocação de significados através daqueles que já estão pré-construídos e estabelecidos nas séries enunciativas sobre o julgamento dado à saúde pública no Brasil.

Assim, a reinserção do usuário julgada pelas profissionais gira em torno de um grande desafio do processo de trabalho no cenário da atenção psicossocial, muitas vezes delegada ao CAPS que, em instância de trabalho que poderia estar em espaço de articulação, por conta das fragilidades suscitadas, acaba atribuindo a si um papel que necessitaria ser operacionalizado em conjunto com outras instituições, tão discutido nessa escrita: o cuidado ao usuário da atenção psicossocial.

Dessa forma, essa discussão segue com a produção de aparências que vão dos desafios dessa reinserção às perspectivas apontadas no atual cenário do processo de trabalho na atenção psicossocial.

Perspectivas para a atenção psicossocial em cenários atuais e posteriores

Torna-se importante que se reflitam demandas que surgem na dinamicidade do processo de trabalho em rede e suas repercussões no cuidado que é prestado a usuários. Logo, é imprescindível que esse cuidado, prestado pelo campo de trabalho em saúde mental sob a vertente da atenção psicossocial, seja visualizado ainda por circunstâncias que limitam a articulação da rede e de seus próprios agentes de trabalho.

É nesse caminho que se sugerem críticas ao funcionamento de dispositivos da RAPS que, muitas vezes, refletem um desencontro organizativo das ações intentadas pela reforma psiquiátrica e pelo movimento antimanicomial, muitas vezes havendo um levantamento da figura do hospital psiquiátrico e a tessitura de críticas.

Visualizam-se, assim, os seguintes excertos:

Sou totalmente contrária ao Hospital Psiquiátrico na rede! [ênfase em tom de voz]. A gente tem que ter um viés crítico sobre isso porque quando a gente observa de como caminhou essa desinstitucionalização, que é o que permite isso [a rede] acontecer hoje, mas não se pensaram nos alicerces. Isso é uma fragilidade hoje da nossa rede que nos coloca nessa composição atual, mas eu vejo que o retorno do Hospital Psiquiátrico não tem o menor sentido onde a gente já tem provado e comprovado a eficácia dessa rede; a gente tem a eficácia de uma rede que funciona mesmo que possua suas fragilidades porque não dá conta de tudo, nem nunca vai dar, porque nada dá conta de tudo, mas que cuida do usuário dentro do seu território. O Hospital Psiquiátrico, ele é exclusão! É aquilo que eu disse a partir do momento que eu tiro usuário do território, independente da forma que ele fosse tratado nesse hospital, que venham dizendo 'não, mas agora ele vai se tratar de outra forma', eu tô excluindo esse usuário do lugar de vida dele, né? Eu tô colocando ele em um outro posicionamento. Então, precisa-se do hospital sim. Precisa-se do Hospital Psiquiátrico? Não (ênfase dada à palavra não). Precisa-se abrir leitos em hospitais que tenham equipes trabalhadas para lidar com esse sujeito no seu momento diferenciado. Ele precisa dar um

suporte e quantas pessoas não estão com adoecimentos clínicos também que podem fazer um quadro dissociativo. E não vão ser cuidadas? Então, como é que será isso? Eu tenho experiência de ver paciente meu falecer porque um hospital Clínico recusou a entrada dele porque ele era um esquizofrênico. 'Esquizofrênico se trata em Hospital Psiquiátrico'. Mas ele tava com uma pneumonia e ele morreu. Então, isso é um absurdo. Isso não existe! [raiva]. Então, Hospital Psiquiátrico não cabe de forma nenhuma! (Maria Barrosa).

O que é que a gente vê: esses leitos são pouquíssimos! Eles são pouquíssimos! Poucos! não precisaria nem o paciente dar entrada no hospital. Leitos dos hospitais Gerais, então... a gente vê leito no Hospital Gilberto Freyre [pseudônimo para a instituição], no hospital Luiz Gonzaga [pseudônimo para a instituição], eu acho que nos três ou quatro... uns três só. Pouquíssimos leitos! Então, a velocidade com que se fechou os hospitais psiquiátricos não foi proporcional à velocidade com que se abriram leitos. Os leitos esbarraram em politicagem, esbarraram em burocracia e esbarraram em falta de vontade dos governantes. Então, não se tem... A turma do movimento antimanicomial luta por isso! Foi fácil fechar Manicômio, mas abrir leitos... Até porque abrir leitos envolve uma questão bem delicada porque não é só abrir, mas preparar pessoal, e nem todo o pessoal que trabalha em hospital geral também vê a questão da loucura como um problema, transtorno...E aí eu levanto Carl Jung quando ele fala do inconsciente coletivo, porque o louco já foi taxado de pessoas satânicas, de bruxos, já foram em séculos e séculos queimados... E aí o que é que acontece? Isso tudo está no imaginário das pessoas, está no inconsciente coletivo. Quando passa para a época da gente, são pessoas que são ameaçadoras, de uma certa forma ainda tem ameaça. Então, para você desconstruir na cabeça das pessoas uma imagem, um conceito, um fantasma que vem desde antes de Cristo, é meio complicado isso. Então, eu creio - isso é uma visão minha - que não é uma questão só para abrir esse leito, não é uma questão só burocrática, nem política, nem financeira, nem nada, mas tem que desconstruir isso. Eu acho que também barra nisso. (Maria do Espírito Santo).

Nesse estabelecimento de relações semânticas entre os sentidos produzidos pela voz das profissionais, chega-se a um embate colocado por Maria Barrosa e Maria do Espírito Santo em um discurso que traz conceitos-análise que visam à desconstrução do modelo antimanicomial e a defesa da atenção psicossocial como prática de cuidados aos usuários dos serviços de saúde mental.

Por meio de tons exclamativos, são evidenciadas potentes críticas à instituição psiquiátrica hospitalar e ao modelo de cuidado prestado por esta: “Sou totalmente contrária ao Hospital Psiquiátrico na rede! [...] Eu vejo que o retorno do Hospital Psiquiátrico não tem o menor sentido onde a gente já tem provado e comprovado a eficácia dessa rede”, “O Hospital

Psiquiátrico, ele é exclusão!”, “Esses leitos são pouquíssimos! Eles são pouquíssimos! Poucos!”.

É nesse caminho que fica perceptível que essa crítica se constrói pela negação quando Maria Barrosa explicita sentidos que caminham para esta perspectiva: *“Então, precisa-se do hospital sim. Precisa se do Hospital Psiquiátrico? Não. Precisa-se abrir leitos em hospitais que tenham equipes trabalhadas para lidar com esse sujeito no seu momento diferenciado.” E “Hospital Psiquiátrico não cabe de forma nenhuma!”*

Estas óticas, então, vão de encontro ao que é assinalado por Trajano, Bernardes e Zurba (2018) enquanto colocam o posicionamento da RAPS como estrategicamente visualizada e estruturada a partir da lógica da desinstitucionalização, corroborando as discussões que foram desenvolvidas pelo pensamento da Reforma Psiquiátrica. É dessa forma que ela propõe à superação do modo de atenção vinculado ao hospital através do enfraquecimento do referenciamento do cuidado especializado e dos hospitais psiquiátricos.

Assim, como visualizado na argumentação das profissionais, os dispositivos da rede são direcionados a um movimento de tessitura de suas práticas, atos de intervenção e entendimento do sofrimento psíquico por meio da lógica de cuidado ampliado.

Dessa forma, ainda fica importante que se observe como Maria do Espírito Santo realiza parte de sua argumentação quando evoca a autoridade de Carl Jung na necessidade de atribuir à RAPS o papel de desconstrução do ideal da loucura praticado durante anos: *“E aí eu levanto Carl Jung quando ele fala do inconsciente coletivo, porque o louco já foi taxado de pessoas satânicas, de bruxos, já foram em séculos e séculos queimados... E aí o que é que acontece? Isso tudo está no imaginário das pessoas [...] Então, para você desconstruir na cabeça das pessoas uma imagem, um conceito, um fantasma que vem desde antes de Cristo, é meio complicado isso.”*

É nessa perspectiva que se enxerga com preocupação os rumos que a política nacional de saúde mental vem tomando no país. No atual contexto político, a Reforma Psiquiátrica passa a ser alvo de transformações radicais e de importantes retrocessos com a aprovação da resolução 32, em dezembro de 2017, pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que praticamente resgata o modelo manicomial. Cabe lembrar que este, por sua vez, é, conforme Venturini (2016), uma lógica na qual é fomentado o espaço de internamento e de privação da autonomia em que há uma convergência de múltiplas intenções que querem encarcerar, separar um dentro e um fora, criando-se uma sociedade paródica à sociedade real.

E esse anseio é trazido no discurso de uma das profissionais que traduz bem, em um aparelhamento discursivo que caminha pela perspectiva de mencionar ataques sofridos pela RAPS e pelo seu próprio processo de trabalho.

Esse é o nosso grande receio! o que está por vir, o que está aí se desenhando à volta. O retorno dos hospitais psiquiátricos infelizmente é com relação ao financiamento, né? Eles têm que justificar que o CAPS não dá certo... E se CAPS não dá certo vão ter que investir em hospitais né? Essa é a lógica para querer não financiar CAPS. (Brazia Bezerra).

Ainda recorre-se a Amarante e Nunes (2018) quando colocam que a nova resolução dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira, estando como características desse fato o aumento do custeio do hospital psiquiátrico na composição de dispositivos da RAPS, o desfinanciamento de outros serviços de saúde, a exemplo dos Serviços Residenciais Terapêuticos, privilegiando a internação em serviços de longa permanência, sinais estes que servem de alerta contra possíveis novos ataques aos direitos humanos.

Nesse caminho, é importante que se afirme que o cenário discursivo das entrevistadas ainda vem mencionar, para além dos anseios e como produção semântica de contraste, as potencialidades do trabalho em rede que se seguem a partir das vozes das seguintes mulheres:

Então, discutir hoje que a gente tem essa oportunidade de falar sobre rede de atenção psicossocial é um ganho muito grande, mas eu acho que poderia ser muito mais. E hoje você vê, você vislumbra, já que tem o número, que tem aquelas capilaridades todas. Para onde você vai necessariamente não significa que você vai ter uma contrarreferência, mas você vislumbra. (Clara Maria).

Agora assim: uma coisa que tem que nós implantamos aqui no CAPS de forma bem legal foi... teve seus altos e baixos, mas foi o CAPS itinerante [projeto vinculado à instituição]. Então, a proposta de fazer... de irmos para as unidades de saúde da família para fazer um trabalho com os usuários no território. Isso foi muito positivo! [...] Muita gente achou que era uma loucura, que a gente não ia conseguir, que não ia dar certo, mas quando a gente se dá conta, tá todo mundo envolvido, todo mundo engajado. A gente briga, discute, mas dá certo. Todo mundo abraça a causa. Às vezes a gente fica pensando que não vai dar certo, que não vamos fazer, mas nós entramos mesmo. Abraçando a causa e vamos! (Brazia Bezerra).

Cabe sustentar que o encadeamento discursivo das entrevistadas reitera que a lógica do trabalho é potencializada pelo desenho da RAPS, apesar das dificuldades que foram evidenciadas no decorrer dessa escrita, as quais convergem em empecilhos na finalidade de reinserção do usuário em seu território, gerando interferências no andamento de seu processo de trabalho.

Todavia, percebe-se que há uma colocação discursiva que se veste de uma ideologia de enfrentamento aos obstáculos que surgem como interferências nas dinâmicas de trabalho em rede, visualizadas nas “capilaridades” mencionadas por Clara e na insistência de se colocar em prática um projeto que visa à articulação da rede trazida na voz de Brazia: “Então, a proposta de fazer... de irmos para as unidades de saúde da família para fazer um trabalho com os usuários no território. Isso foi muito positivo! [...] Muita gente achou que era uma loucura, que a gente não ia conseguir, que não ia dar certo, mas quando a gente se dá conta, tá todo mundo envolvido, todo mundo engajado.”

E essa perspectiva é vista nesta escrita de forma pertinente para que se possam fortalecer as práticas de cuidado sob o caminho da atenção psicossocial, a fim de que não se apresente uma rede a partir do que foi encontrado por Vasconcelos e Facundes (2018) quando

demonstram que, embora havendo uma ótica cuja rede de atenção integral à saúde mental merece destaque, a procura por serviços substitutivos precisa de uma reconfiguração no atendimento que é proporcionado, para que a desinstitucionalização de usuários não se volte exclusivamente a uma desospitalização, gerando insuficiência da rede e de dispositivos substitutivos, ocasionando ainda a busca pela instituição hospitalar.

Cabe deixar, ainda como perspectivas finalísticas destas discussões, a fala que é trazida por Maria de Souza ao defender a lógica do trabalho em rede: *“Isso é o que oxigena nossa saúde! Nossa Rede! Se a gente fica só no fazer diário, nas dificuldades diárias, a gente não suportaria. Eu digo que a gente, então, investe em se capacitar e também capacitar outras pessoas: os futuros profissionais. Eu creio que a gente está de fato acreditando que tem outras pessoas interessadas também em trabalhar nesse serviço público, que acreditam no serviço público e que ele é possível e é viável.”*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fazer um retorno da análise, como proposto no método, faz-se em visualizar as necessidades e entraves que são apresentados na operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial como um ato singular na construção dessa escrita, a qual se apoiou na fala de mulheres, profissionais da rede, que são corresponsáveis pela prestação de cuidados ao usuário em transtorno psíquico, bem como a articulação de sua reinserção social no contexto de território e do trabalho que considera as especificidades do lugar de afeto desses usuários. Seria então o lugar da loucura estar no espaço de pertencimento desse sujeito?

Acredita-se que sim e que isso pode ser construído a partir de uma lógica de processo de trabalho em saúde cujo Centro de Atenção Psicossocial vem se mostrar com papel de destaque, na articulação de estratégias para uma melhor leitura das subjetividades de usuários

e na própria reinvenção constante de seu processo de trabalho, no cotidiano das especificidades em saúde mental.

Assim, foram apontados entraves que dificultam o planejamento das ações de trabalho, mas que se dissipam na produção de novos olhares para uma compreensão ampliada dos processos que sustentam a RAPS e os caminhos do cuidado na lógica da atenção psicossocial que, visualizados e traduzidos no território, tencionam forças que vão contra o pensamento institucionalizante e conseguem permanecer na tentativa de manter vivo o pensar cotidianamente as potencialidades do vivenciar e refletir a Reforma Psiquiátrica.

Desse modo, fica-se na crença de que esse estudo, por se tratar de uma perspectiva que se vislumbra pela abordagem qualitativa, pode apresentar dificuldades de generalização dos resultados, mas que se ancora na produção de subjetividades do cenário escolhido para análise a partir das necessidades de que o caráter reflexivo dos discursos aqui produzidos e visualizados possam se apresentar como instrumentos de fomento à crítica e a constituição de novos olhares para RAPS.

É certo que os tempos atuais não aparentam serem favoráveis à abertura da ampliação de táticas desinstitucionalizantes, aprimorando o processo de trabalho no cenário da atenção psicossocial na potencialização das habilidades que constituem objetivos, instrumentos, finalidades e agentes de trabalho. Consequentemente, qualificando-se a prestação de cuidados em saúde mental por meio de seu próprio processo de trabalho. Todavia, cabe reforçar a capacidade de reinvenção desta rede e sua notoriedade tão vista na literatura referente ao seu caráter singular de promover cuidado no território.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, June 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (BRASIL). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010.

DESLANDES, S. F; GOMES, R; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016.

FONTANELLA, B. J. B et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 2, Feb. 2011 .

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: atlas, 2017.

LIMA, M. G; GUSSI, M. A; FUREGATO, A. R. F. Centro de Atenção Psicossocial, o cuidado em saúde mental no Distrito Federal, Brasil. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 11, n. 4, 2018, p. 197-220.

MELLO, H. C. P. **Pernambucanas ilustres**. Recife: Typographia mercantil, 1879.

MENDES GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. In: AYRES, J. R; SANTOS, L. **Saúde, Sociedade e História**. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

NUNES, C. K. et al. O processo de trabalho num centro de atenção psicossocial infantojuvenil. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 12, p. 65-72, dez. 2014 .

OLIVEIRA, M.A.C.; FONSECA, R.M.G.S. Trabalho e processo de trabalho: construindo o sujeito e a sociedade. In: OLIVEIRA, M.A.C; Mattos I.L.B. (org.). **Educar para a saúde**: prevenção e controle do uso problemático de álcool drogas na vida e no trabalho. São Paulo: Coordenadoria de Assistência Social da Universidade de São Paulo, 2005. p.39-45.

ORLANDI, E. P. **Análise do discurso**: princípios e procedimentos. Campinas, SP: Pontes, 2001.

PEREIRA, E. C; COSTA-ROSA, A. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde Soc**, v. 21, n. 4, p. 1035-1043, 2012.

PINHO, E. S; SOUZA, A. C. S; ESPERIDIAO, E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 141-152, Jan. 2018.

PIRES, A.P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J. et al. (org.). **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Editora Vozes; 2008. p. 154-211.

SOUZA, S. A. F. **Análise do discurso**: procedimentos metodológicos. Manaus: Instituto Censur, 2014.

- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1, jan.-abr. 2002, p. 25-59.
- TRAJANO, M. P; BERNARDES, S. M; ZURBA, M. C. O cuidado em saúde mental: caminhos possíveis na rede de atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.10, n.25, p.20-37, 2018.
- TONG, A; SAINSBURY, P; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, December 2007, p. 349–357
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação – O Positivismo, A Fenomenologia, O Marxismo**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- VENTURINI, E. **A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2016.
- VASCONCELOS, A. C. S; FACUNDES, V. L. D. O cenário da desinstitucionalização em Pernambuco: perfil sociodemográfico e clínico de usuários de hospital psiquiátrico. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 22-35, mar 2018.
- VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v, 22, n. 14. Ago/dez. 2014, p. 203-220.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomo a liberdade de me apropriar da primeira pessoa do singular, para tecer a escrita das considerações que intencionam construir conclusões para o assunto que foi tratado nestas mais de cem páginas, que passearam pelas interfaces entre trabalho e saúde, no campo da atenção psicossocial, as quais foram viabilizadas pelo discurso que se consubstanciou da interpretação de memórias expressadas pelas trabalhadoras que cederam suas vivências ao registro desse pesquisador.

Coincidentemente, todas mulheres, mulheres que cuidam da loucura, e que receberam identidades de *Pernambucanas ilustres* no decorrer dos escritos aqui colocados.

Primeiramente, gostaria de grafar o encontro com as trabalhadoras e o acolhimento que foi viabilizado por elas em seu espaço laboral que, para além da conexão intersubjetiva, se construiu dentro da boniteza da procura e da alegria falada pelo pernambucano Paulo Freire. Os momentos ali vividos a fim de que eu pudesse conhecer as memórias daquelas mulheres, “engraçadamente”, produziram em mim memórias que constantemente me trazem reflexões sobre o lugar da loucura.

A loucura, em si, no contexto de atuação da rede de atenção psicossocial aparece pluralizada, loucuras, em espaços que carregam a missão de produzir costuras desse fenômeno de modo que se possa compreender para acolher, conhecer para fazer viver. E é nesse enlace poético que começo a visualizar as produções discursivas do trabalho de uma rede que, talvez ironicamente, em sentido construtivo, carrega a missão de fazer redes com os distintos contextos, histórias e vivências de seus usuários.

Nessa peculiaridade de modalizações discursivas, o critério de análise para o *corpus* textual surgiu e foi apreciado de maneira satisfatória a partir das imersões e mergulhos no entendimento da disciplina, encarada como a chegada do novo e produzida a partir de (re)leituras tão prazerosas quanto a descoberta ou até a revisita às memórias que são traduzidas nas significação dos sentidos produzidos nos resultados desta escrita.

Assim. enxergo essas considerações como um instrumento de estranheza para se produzir uma síntese do que foi tratado, quando sintetizar as viagens que apontam inúmeros caminhos nas vozes das trabalhadoras parece ser uma alternativa inviável e talvez inalcançável, dada a complexidade que rodeia os sentidos das palavras e, sobretudo, as formas do silêncio.

Essa mesma complexidade que foi cansadamente debatida no decorrer das aulas do mestrado. Afinal, a ciência é complexa, sistematizar o método científico é complexo e viver a pós-graduação é de uma complexidade sem tamanho, cuja boniteza, já dita anteriormente,

também é possível de ser visualizada sem precisarmos fazer tanto esforço. Porque Saúde Coletiva é apaixonante, porque Saúde Coletiva é um estilo de vida!

Procurando esse estilo e o meu próprio estilo de fazer e ser Saúde Coletiva, encontrei na pesquisa qualitativa o momento e o espaço para libertar minhas palavras de prisões normativas que até então achava que estavam e deveriam ser desenhadas para todos aqueles que buscam essa área de conhecimento. Então, falo para você, leitora ou leitor: prender nossas sonhos e nossas capacidades em formas que mais deformam que formam é algo perigoso, não é?

Então, ao encarar essa liberdade de escrita, chego a algumas pontuações importantes que, a partir das subjetividades produzidas naqueles encontros, colocam compreensões sobre a RAPS e o seu difícil papel de estar constantemente reafirmando os preceitos da luta antimanicomial no cenário da desinstitucionalização e na produção de sentidos que aqui vão para além dos sentidos do discurso e que traduzem uma relação que traz semântica legítima para a existência dos sujeitos usuários dessa rede. Esta é, acredito, a maior finalidade do processo de trabalho em saúde no contexto da atenção psicossocial.

É trabalhar a intersetorialidade, capilarizar os saberes, compreender o trabalho em equipe, reconhecer a importância da desinstitucionalização, articular-se com outros dispositivos, negar a instituição psiquiátrica e o asilamento, expressar receio com os mudanças no cenário político, entre tantos outros conceitos-análise que estiveram presentes e à disposição deste pesquisador nas vozes das mulheres trabalhadoras dos Centros de Atenção Psicossocial.

Dessa forma, foi possível (re)conhecer a produção de sentidos dada pelas trabalhadoras ao seu processo de trabalho e ao processo de trabalho da rede na cidade do Recife, auxiliando na compreensão dos discursos que foram singulares dentro de seu contexto e chegaram a fazer com que este pesquisador pudesse visualizar a potência de vida da própria rede, apesar das fragilidades para operacionalizar suas práticas. Afinal, tanto a linguagem quanto o trabalho são elementos vivos.

Portanto, creio que as palavras finais desta escrita podem se tanger pela perspectiva do aprendizado que foi trazido, implicando na necessidade de revisão constante de nossas práticas, sejam acadêmicas ou de trabalho, tentando construir planejamentos viáveis para que os resultados possam ser palpáveis a partir da reinvenção de nossos processos de trabalho cotidianamente.

Assim, acredita-se que esta pesquisa possa contribuir no cultivo de perspectivas para novos olhares para os discursos sobre o trabalho em rede, assim como ser solo inspirador para o desenvolvimento de novos saberes.

A você, então, leitora ou leitor, minha sincera gratidão!

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D. O. **Narrativas de vida de mulheres alcoolistas**: contribuições para a prática da enfermeira no CAPS ad. 2014. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
- ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M. Violar memórias e gestar histórias: abordagem a uma problemática fecunda que torna a tarefa do historiador um “parto difícil”. **CLIO: revista de pesquisa história**. Recife, v. 11. n.1, p. 39-52, 1994.
- ALVES, V. S.; LIMA, I. M. S. O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. **RDisan.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 9-32, 2013.
- ANTUNES, R. L. **O caracol e sua concha**: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, P. NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, June 2018.
- BASTOS, O. **História da Psiquiatria em Pernambuco e outras histórias**. 2. ed. Recife: EDUPE. 2010.
- BESSONI, E. et al. Reflexões sobre a desinstitucionalização e algumas estratégias. **Textura**, Canoas, v. 17, n.33, p.160-172 jan./abr. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 32, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos Brasília: CNS, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. 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: Ministério da saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. 2004. Disponível em: <<https://goo.gl/Afh27d>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: aportes aos sistemas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, Mar. 2012.

BRANDÃO, G. C. G. **O processo de trabalho das equipes de saúde da família de Campina Grande, PB**. 2014. 175f. Tese (doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo: USP, 2014.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Recife. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>> Acesso em: 13 Dez. 2018.

CARDOSO, J.S. (Org.). **Redes de atenção à saúde: rede de atenção psicossocial**. São Luís: UNA-SUS, UFMA, 2015. 46f.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CHARTIER, Roger. “Prefácio: Mulheres de Papel”. In.: LACERDA, Lilian de. **Álbum de Leitura: memórias de vida, histórias de leituras**. São Paulo: Editora UNESP, 2003.

COELHO FILHO, H. **A Psiquiatria no país do açúcar e outras histórias**. 2. ed. João Pessoa: União, 1983.

DESLANDES, S. F; GOMES, R; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016.

ESPIRITO SANTO, W; ARAUJO, I. S; AMARANTE, P. Comunicação e saúde mental: análise discursiva de cartazes do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial do Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 453-471, Jun 2016.

FACUNDES, V. L. D. *et al.* Atenção à Saúde Mental em Pernambuco: Perspectiva Histórica e Atual. **Neurobiologia**. Recife, v. 73, n. 1. p. 183-197, 2010.

FARIA, H. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. -Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009. 68p.

FERNANDES. C.A. **Análise do discurso**: reflexões introdutórias. 2. ed. São Paulo: Claraluz, 2007.

FONTANELLA, B. J. B et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 2, Feb. 2011 .

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **A Ordem do Discurso**. São Paulo: Loyola, 1996.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: atlas, 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: atlas, 2008.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: editora perspectiva, 1961.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, fev. 2009 .

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Panorama da cidade de Recife. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/panorama>> Acesso em 12 dez 2012.

KNAUTH, D. R.; LEAL, A. F. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 50, Sept. 2014.

KUSCHNIR, R; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, Aug. 2010.

LANCMAN, S. **Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental**. Brasília: Paralelo 15; 2009. 224 p.

LE GOFF, J. **História e memória**. Tradução de Bernardo Leitão et al. Campinas: Editora da UNICAMP, 1990.

LE GOFF, J. **História e memória**. Campinas: UNICAMP, 1992.

LE MOS, J. M. C. Saúde mental em Pernambuco: reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**. v. 62, n. 1, p. 31-34, jan.-dez. 1999.

MACEDO, J. P. *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saude soc.**, São Paulo , v. 26, n. 1, p. 155-170, Mar. 2017.

MAIA, A. I. S. **A política de saúde mental em Recife:** caminhos da desinstitucionalização. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 2007.

MARTINHAGO, F; OLIVEIRA, W. F. (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo , v. 24, n. 4, p. 1273-1284, Dec. 2015 .

MARCONI, M.A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MELO, A. M. C. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 9, 2012. p. 84-95.

MELLO, H. C. P. **Pernambucanas ilustres.** Recife: Typographia mercantil, 1879.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2. ed. . Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico,** 1979. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1979.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde:** processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).

MENDES GONÇALVES, R. B. Prefácio. In: AYRES, J. R. C. M. **Epidemiologia e Emancipação.** São Paulo: Hucitec, 1995.

MENDES GONÇALVES, R. B. Trabalho em saúde e pesquisa: reflexão a propósito das possibilidades e limites da prática de enfermagem. In: AYRES, J. R. C. M; SANTOS, L. **Saúde, sociedade e história / Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves.** São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MONTENEGRO, A. T. **História, metodologia e memória.** São Paulo: Contexto, 2010.

NASCIMENTO, B. M. M. **Escola de Psiquiatria do Recife: fundação e 1ª sucessão de Ulysses Pernambucano a José Lucena.** 2007. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

NICÁCIO, M. F. S. **Utopia da realidade:** contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. Tese de Doutorado. Campinas, 2003.

NUNES, C. K. et al. O processo de trabalho num centro de atenção psicossocial infantojuvenil. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 12, p. 65-72, dez. 2014 .

OLIVEIRA, M.A.C.; FONSECA, R.M.G.S. Trabalho e processo de trabalho: construindo o sujeito e a sociedade. In: OLIVEIRA, M.A.C; Mattos I.L.B. (org.). **Educar para a saúde: prevenção e controle do uso problemático de álcool drogas na vida e no trabalho**. São Paulo: Coordenadoria de Assistência Social da Universidade de São Paulo, 2005. p.39-45.

OLIVEIRA, J. R. **Políticas públicas de saúde mental e reforma psiquiátrica em Pernambuco (1991 – 2001)**. 2008. Dissertação de Mestrado, Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria**. Washington, D.C.: OPAS; 2009.

ORLANDI, E. P. **Análise do discurso: princípios e procedimentos**. Campinas, SP: Pontes, 2001.

ORLANDI, E. P. **Discurso e leitura**. São Paulo: Cortez. 2008.

PERNAMBUCO. Lei Estadual 11.064 de 1994. Dispõe sobre a substituição progressiva dos Hospitais Psiquiátricos por rede de atenção integral a saúde mental. **DOE**. Recife, 1994.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano estadual de saúde: 2016-2019** / Secretaria Estadual de Saúde; equipe de elaboração Ana Claudia Callou *et al.* Recife: A Secretaria, 2016.

PEREIRA, E. C; COSTA-ROSA, A. Problematicando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde Soc**, v. 21, n. 4, p. 1035-1043.

PINHO, L. B. et al. Ideologia e saúde mental: análise do discurso do trabalhador no campo psicossocial. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis. v. 23, n. 1. p. 65-73. Jan-Mar 2014.

PIRES, A.P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J. et al. (org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Editora Vozes; 2008. p. 154-211.

PRODANOV, C. C. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RICOEUR, P. **A memória, a história, o esquecimento**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2007.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Serviços de Saúde Mental**. Disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br/servico/servicos-de-saude-mental>> Acesso em: 02 Jun. 2018.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Estrutura da vigilância sanitária**. Disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br/servico/estrutura-da-vigilancia-sanitaria>> Acesso em: 12 Dez. 2018.

RECIFE. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021**. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. Secretaria de Saúde do Recife, 2019. 84 p.

RECIFE. Prefeitura Municipal. LEI Nº 16.232/96. Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental e regulamenta a internação psiquiátrica involuntária. **DOM**. Recife: 1996.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Projeto Reabilitar**. Recife: Secretaria de saúde, 2002.

ROCHA, S. M. M; LIMA, R. A. G. Contribuições de Ricardo Bruno para compreender a prática e a pesquisa em enfermagem. In: MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno, 1946-1996. **Saúde, sociedade e história / Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves**; organização José Ricardo de C. M. Ayres , Liliana Santos. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SALES, F. D. A. **Micropolítica do trabalho na atenção em saúde mental: tecnologias em saúde, saberes e práticas na dimensão clínica do cuidar**. 2009. 138f. Dissertação (Mestrado em Cuidados clínicos em Saúde). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-34, 2008.

SILVA, G. M. et al . Concepções sobre o modo de atenção psicossocial de profissionais da saúde mental de um CAPS. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 7, n. 2, p. 161-167, dez. 2015 .

SILVA, A. P. **Caracterização da rede de atenção psicossocial do recife e sua interface com a regulação em saúde**. 2015. 131f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

SOUZA, S. A. F. **Análise do discurso: procedimento metodológicos**. Manaus: Instituto Censur, 2014.

TOZONI-REIS, M. F. C. **Metodologia da Pesquisa Científica**. 2. ed. Curitiba: IESD Brasil, 2009.

TONG, A; SAINSBURY, P; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, December 2007, p. 349–357

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação – O Positivismo, A Fenomenologia, O Marxismo**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA **A saúde mental na atenção básica à saúde**. OLIVEIRA, A. E. F; MONIER, E. B; (Orgs.). - São Luís: EDUFMA, 2017.

VENTURINI, E. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo , v. 20, n. 1, p. 138-151, abr. 2010.

VENTURINI, E. **A linha curva**: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2016.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v, 22, n. 14. Ago/dez. 2014, p. 203-220.

ZERBETTO, S. R. *et al.* O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica Enfermagem**. v. 13, n. 1.2013. p. 99-109.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: memórias sobre o processo de trabalho em saúde na atenção psicossocial** que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) **Mikael Lima Brasil, com endereço na Rua Emiliano Braga, 510 e CEP 50670-380 – Fone: (81)99694-4905 (inclusive ligações a cobrar) e e-mail mikaelcpc@gmail.com.**

Esta pesquisa está sob a orientação do **Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli, Telefone: (81)99141-7329, e-mail petroniocarla@uol.com.br** e coorientação da **Profa. Dra. Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo, Telefone: (81)99809-8085, e-mail: telma_melo@yahoo.com.br**

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- **Descrição da pesquisa:** Esta pesquisa vislumbra a potência discursiva carregada pela memória de profissionais que desenvolvem suas atividades em CAPS, bem como a capacidade que a história dos processos que dão corpo à rede pode se tornar fundamento palpável ao ponto de analisar as práticas do presente a partir das ações que foram desenvolvidas no passado. Logo, Apresenta-se como objetivo geral **Analisar as produções de memórias sobre o processo de trabalho em Saúde na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Recife-PE, sob a perspectiva de profissionais, e sua relação com a produção/funcionamento do trabalho em rede.** Este se delinea pelos seguintes objetivos específicos: 1. Compreender a construção da RAPS sob a ótica de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial; Refletir a operacionalização do discurso na construção do trabalho da RAPS sob o viés da memória;
- **Esclarecimento do período de participação do voluntário na pesquisa, início, término e número de visitas para a pesquisa:** esta pesquisa será realizada com período de coleta de dados referente entre os meses de janeiro e junho de 2019 com entrevista realizada no local de trabalho ou em lugar mais apropriado, de acordo com a demanda do(a) participante.
- **RISCOS diretos** para o voluntário: Visando à minimização de riscos, como desconforto, constrangimento ou a identificação do profissional, a identidade dos participantes da pesquisa será preservada em todas as etapas da estruturação e divulgação dos dados
- **BENEFÍCIOS diretos e indiretos** para os voluntários: Colocam-se como benefícios a compreensão de como se dão as dinâmicas de trabalho que estruturam as demandas da RAPS a partir de sua construção histórica, sob a ótica daqueles que vivenciaram esse processo, assim como os reflexos que a lógica observada no passado podem tencionar nos mecanismos de entendimento sobre como se operacionalizam as práticas de saúde mental no município de Recife.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio de gravações de entrevistas ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: memórias sobre o processo de trabalho em saúde na atenção psicossocial**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Impressão
digital
(opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

*Adaptado a partir das contribuições de Brandão (2014)

PESQUISA: DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: memórias sobre o processo de trabalho em saúde na atenção psicossocial (título referente ao projeto de pesquisa)

IDENTIFICADOR: _____

IDADE: _____

PROFISSÃO: _____

TEMPO DE TRABALHO NA RAPS: _____

SERVIÇOS DA RAPS EM QUE JÁ TRABALHOU _____

TEMPO NO SERVIÇO: _____

1. Trabalhando suas memórias... Contando sobre quem é você e de onde você veio
2. Concepções sobre a Rede de Atenção Psicossocial
3. “A vida é feita de memórias...” Dialogando sobre sua trajetória profissional dentro da Rede Atenção Psicossocial - estruturação na cidade de Recife.
4. Descrição da organização da Atenção Psicossocial em Recife antes e após a concepção de Rede
5. Importância da desinstitucionalização nesse processo.
6. Dia típico de trabalho.
7. Trabalho em equipe, articulação com os demais dispositivos e reinserção social de usuários.
8. Fragilidades e potencialidades identificadas na construção da Rede de Atenção Psicossocial de Recife
9. O papel do Hospital Psiquiátrico na atenção psicossocial.
10. Gostaria de abordar mais alguma questão relacionada à temática?

Observação da comunicação não-verbal expressada pelo entrevistado:

**APÊNDICE C – CONSTATAÇÃO DA SATURAÇÃO TEÓRICA DO *CORPUS*
DE ENTREVISTAS**

TIPOS DE ENUNCIADOS	ENTREVISTAS												TOTAL DE RECORRÊNCIAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Trabalho em rede	X	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Desinstitucionalização	X	*	*		*	*		*	*	*		*	8
Processo de cuidado em saúde mental		X	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	10
Articulação com demais dispositivos	X		*	*	*	*		*	*	*	*	*	9
Histórico da atenção psicossocial	X	*	*					*	*		*	*	6
Fragilidades e potencialidades da RAPS	X	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Hospital psiquiátrico no contexto anterior e atual		X	*		*	*		*	*	*	*	*	8
Reinserção do usuário na atuação da RAPS	X	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Projeto Terapêutico Singular								X					0
TOTAL DE NOVOS TIPOS DE ENUNCIADOS PARA CADA ENTREVISTA	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-

Quadro 1 de apêndice: constatação de saturação teórica para os componentes discursivos de memórias sobre o processo de trabalho em atenção psicossocial no cenário da desinstitucionalização. Percebe-se que a saturação ocorreu na oitava entrevista.

Legenda: X – novo tipo de enunciado; * - novo tipo de recorrência.

**APÊNDICE D – COREQ CHECKLIST UTILIZADO PARA GUIAR A
PROPOSTA DE PESQUISA DESTA DISSERTAÇÃO**

ITEM	GUIDE QUESTIONS/DESCRIPTION	REPORTED ON PAGE
Domain 1: Research team and reflexivity		
<i>Personal Characteristics</i>		
1. Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?	Results
2. Credentials	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	Results
3. Occupation	What was their occupation at the time of the study?	Results
4. Gender	Was the researcher male or female?	Male
5. Experience and training	What experience or training did the researcher have?	Methods
<i>Relationship with participants</i>		
6. Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?	Methods
7. Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	Methods
8. Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	Methods
Domain 2: study design		
<i>Theoretical framework</i>		
9. Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Methods
<i>Participant selection</i>		
10. Sampling	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	Methods
11. Method of approach	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	Methods
12. Sample size	How many participants were in the study?	Results and Methods
13. Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	Methods
<i>Setting</i>		
14. Setting of data collection	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	Methods

15. Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	Results
16. Description of sample	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	Results
<i>Data collection</i>		
17. Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Methods
18. Repeat interviews	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	N/A
19. Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Methods
20. Field notes	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	Methods
21. Duration	What was the duration of the inter views or focus group?	Methods
22. Data saturation	Was data saturation discussed?	Methods
23. Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	N/A
Domain 3: analysis and findings		
<i>Data analysis</i>		
24. Number of data coders	How many data coders coded the data?	Methods
25. Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?	N/A
26. Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?	Methods
27. Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	N/A
28. Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	N/A
<i>Reporting</i>		
29. Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	Results
30. Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	Relationship to existing knowledge
31. Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	Results
32. Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Discussion

Quadro 2 de apêndice: informações apresentas por este estudo guiada pelo *Coreq checklist*.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: memórias sobre o processo de trabalho em saúde na atenção psicossocial

Pesquisador: Mikael Lima Brasil

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 00454818.1.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.060.845

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Dissertação de Mestrado do aluno Mikael Lima Brasil, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Social, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, CCS/ UFPE sob orientação da prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli e Co-orientadora Profª. Dra. Telma Maria de Albuquerque Gonçalves de Melo, intitulado Desinstitucionalização: memórias sobre o processo em saúde na atenção psicossocial apresentando ao Comitê de Ética e Pesquisa para avaliação e aprovação.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Analisar as produções de memórias sobre o processo de trabalho em Saúde na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Recife-PE, sob a perspectiva de profissionais, e sua relação com a produção/funcionamento do trabalho em rede.

Objetivos Específicos

Compreender os elementos trazidos pelos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial em relação aos processos de trabalho na RAPS

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.060.845

Refletir sobre o discurso dos trabalhadores dos CAPS quanto aos processos de trabalho na RAPS.

Visibilizar os modos como os profissionais dos CAPS lidam com os aspectos relacionados aos processos de inclusão e reinserção social do usuário da RAPS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o pesquisador os riscos do estudo serão o desconforto, constrangimento ou a identificação do profissional, a identidade dos participantes da pesquisa será preservada em todas as etapas da estruturação e divulgação dos dados. Como benefícios a compreensão de como se dão as dinâmicas de trabalho que estruturam as demandas da RAPS a partir de suas memórias, sob a ótica daqueles que vivenciaram esse processo e atuam em CAPS, assim como os reflexos que a lógica observada no passado pode tencionar nos mecanismos de entendimento sobre como se operacionalizam as práticas de saúde mental no município de Recife.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador apresenta o estudo como qualitativo, o local da pesquisa serão três Centros de Atenção Psicossociais da cidade do Recife: Centro de Prevenção Tratamento e Recuperação do Alcoolismo (CPTRA), CAPS Galdino Loreto e Centro Especializado Médico Psicopedagógico Infantil (CEMPI). Os espaços acima foram eleitos em virtude de serem os serviços mais antigos do municípios, acreditando-se em suas histórias e atendimentos diversos na atenção psicossocial local. Os sujeitos que comporão a pesquisa se farão de profissionais que atuam em CAPS da cidade de Recife e estejam exercendo suas práticas profissionais há mais de 5 anos. Para fins de sinalização do número sugestivo de indivíduos entrevistados, apresenta-se a quantidade de no mínimo 10 informantes para os dados desse trabalho. Critérios de inclusão e exclusão: Serão incluídos nessa proposta profissionais que atuam nos CAPS citados, maiores de 18 anos, de nível médio ou superior, com mais de 5 anos de serviço e que expressem o desejo em participar da pesquisa. Apontam-se como critérios de exclusão o tempo inferior a 5 anos no serviço, a inacessibilidade do profissional à participação da pesquisa após três tentativas de achá-lo, bem como a recusa de termo de consentimento. A coleta de dados se dará com a realização de uma Revisão Sistemática de Literatura (RSL) tomando como base o protocolo PRISMA, e de entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados com os profissionais dos CAPS de Recife. As entrevistas serão registradas em áudio por um gravador simples e arquivadas sob domínio exclusivo do pesquisador, sendo transcritas com o auxílio do programa Express Scribe Transcription Software para a formulação de um banco de dados para

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.060.845

análise. A coleta se dará de forma não-probabilística, cujos profissionais serão apontados a partir da técnica “bola de neve”, uma forma de amostra que utiliza cadeias de referência para pesquisar grupos a partir de informantes-chave (sementes) que orientarão quais sujeitos poderão participar da pesquisa dentro dos critérios deste estudo (VINUTO, 2014). Assim, os sujeitos convidados a partir da indicação de colegas de trabalho pertencentes àquele espaço. A análise dos dados será realizada pelo software Iramuteq versão 0.7 alfa 2

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam dos termos de apresentação obrigatória os seguintes documentos:

1. Currículo lattes das pesquisadoras;
2. Termo de compromisso;
3. Folha de rosto data e carimbada;
4. TCLE;
5. Carta de anuência da PCR;
6. Projeto Word;
7. Projeto PDF
8. Declaração de vínculo com a pós-graduação

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio da Notificação com o Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via “Notificação”, pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link “Para enviar Relatório Final”, disponível no site do CEP/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.060.845

participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1232033.pdf	08/10/2018 08:59:17		Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	02/10/2018 15:40:56	Mikael Lima Brasil	Aceito
Outros	DeclaracaoMestradoSaudeColetivaMikael.pdf	02/10/2018 13:06:45	Mikael Lima Brasil	Aceito
Outros	TermoDeConfidencialidadeMikael.pdf	02/10/2018 13:05:50	Mikael Lima Brasil	Aceito
Outros	AnuenciaPrefeituraRecife.pdf	02/10/2018 13:05:26	Mikael Lima Brasil	Aceito
Outros	CurriculoLattesTelmaCoorientadora.pdf	02/10/2018 13:05:01	Mikael Lima Brasil	Aceito
Outros	CurriculoLattesPetronioOrientador.pdf	02/10/2018 13:04:41	Mikael Lima Brasil	Aceito
Outros	CurriculoLattesMikael.pdf	02/10/2018 13:04:22	Mikael Lima Brasil	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMaioresDezoitoAnos.docx	02/10/2018 13:03:25	Mikael Lima Brasil	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhdo.docx	02/10/2018 13:02:57	Mikael Lima Brasil	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.060.845

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 06 de Dezembro de 2018

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DO RECIFE



CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Mikael Lima Brasil**, pesquisador do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolver pesquisa no CAPS AD Centro de Prevenção Tratamento e Reabilitação de Alcoolismo – CPTRA, CAPS Galdino Loreto e CAPS CEMPI – Centro Médico Psico Pedagógico Infantil, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **“Desinstitucionalização: memórias sobre o processo de trabalho em saúde na atenção psicossocial”**, sendo orientado por Petrônio José de Lima Martelli e coorientação de Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

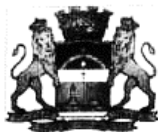
Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 01 de outubro de 2018.

Atenciosamente,


Tulio Romério Lopes Quirino
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Tulio Romério Lopes Quirino
Chefe de Div. de Educação na Saúde
UFES / UEGTES / SESAU
Mat. 100.473-5

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS EM SERVIÇO

**PREFEITURA DO
RECIFE**

SECRETARIA DE SAÚDE

**Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
Divisão de Educação na Saúde**

CI nº. 331 / 2018 – DES/UFES/DEGTES/SESAU

Recife, 06 de dezembro de 2018.

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que **Mikael Lima Brasil**, pesquisador do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, **está autorizado** a desenvolver pesquisa neste serviço, sob o título "**Desinstitucionalização: memórias sobre o processo de trabalho em saúde na atenção psicossocial**".

Solicitamos agendamento com o pesquisador para definição do cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Tempo estimado para coleta de dados e/ou execução do projeto: dezembro de 2018 a maio de 2019.

Cordialmente,

Túlio Romério Lopes Quirino
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Túlio Romério Lopes Quirino
Chefe da Div. de Educação na Saúde
UFES / DEGTES / SESA
Mat. 100.473-5

Ilmo. Sr.
Manoel Ferreira
Coordenação de Saúde Mental

ANEXO D – NORMATIZAÇÃO PARA SUBMISSÃO NO PERIÓDICO PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA

Escopo e política

Physis: Revista de Saúde Coletiva, revista trimestral publicada pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e o Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva (CEPESC), tem por objetivo geral divulgar a produção acadêmica em Saúde Coletiva. Está classificada como B1 na área de Saúde Coletiva, segundo os critérios Qualis da CAPES.

A versão online SciELO da revista, que utiliza modalidade contínua de publicação, inclui os textos completos dos artigos e está disponível gratuitamente, com acesso aberto. Está indexada também nas bases de dados: Directory of Open Access Journals, EBSCO Publishing, LILACS, PubMed, Scopus, Sociological Abstracts, REDALYC e PROQUEST - Social Science Journals.

A linha editorial de *Physis* enfatiza abordagens interdisciplinares, críticas e inovadoras em temas atuais no campo da Saúde Coletiva. A revista é composta basicamente de artigos originais de demanda livre e seções de resenhas, entrevistas, cartas e comentários. O Conselho Editorial poderá, ocasionalmente, propor temas específicos considerados relevantes, e publicar trabalhos de autores convidados especialistas no tema, e que também irão passar por um processo de revisão por pares.

Physis conta com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (www.cnpq.br) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, através do Programa de Incentivo à Editoração e Publicação de Periódicos Científicos Brasileiros (www.capes.gov.br)

Forma e preparação de manuscritos

A Revista *Physis* publica artigos nas seguintes categorias:

Artigos originais por demanda livre (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. A publicação é decidida pelo Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (*double-blind peer review*) - e conforme disponibilidade de espaço.

Artigos originais por convite (até 8.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. O Conselho Editorial e o editor convidado podem tanto solicitar a autores de reconhecida experiência que encaminhem artigos originais relativos a temáticas previamente decididas, conforme o planejamento da revista, quanto deliberar, ao receber os artigos, com base em pareceres (*double-blind peer review*), sobre a publicação. Revisões e atualizações são em geral provenientes de convite. Artigos que, devido a seu caráter autoral, não podem ser submetidos anonimamente a um parecerista, são analisados, com ciência do autor, com base em pareceres em que só o parecerista é anônimo (*single-blind peer review*). O número de autores será limitado ao

máximo de dois por manuscrito, sendo que cada autor só poderá figurar em um único artigo por número.

Resenhas (até 4.000 palavras, incluindo notas e referências): podem ser provenientes de demanda livre ou convite. O Conselho Editorial decide quanto à publicação, levando em conta temática, qualidade, boa redação e disponibilidade de espaço. Só serão aceitas resenhas com um único autor.

Seção de Entrevistas (até 4.000 palavras): publica depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista.

Seção de Cartas (até 1.500 palavras): publica comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores.

Seção de Comentários (até 1.500 palavras): publica ensaios curtos e notas ou opiniões sobre temas relevantes para a Saúde Coletiva.

Instruções para encaminhamento de textos:

1. O processo de submissão é feito apenas online, no sistema *ScholarOne Manuscripts*, no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>. Para submeter originais, é necessário se cadastrar no sistema, fazer o *login*, acessar o "Author Center" e dar início ao processo de submissão. Todos os autores dos artigos aprovados para publicação a partir de 2018 (inclusive) deverão, obrigatoriamente, associar seu número de registro no ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*, <https://orcid.org/>) ao seu perfil no ScholarOne e informa-lo na declaração de autoria (ver modelo adiante).
2. Os artigos devem ser digitados em *Word* ou *RTF*, fonte Arial ou Times New Roman 12, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção, que compreende o corpo do texto, as notas e as referências. Resumos são considerados separadamente. **O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria;** os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão.
3. Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir a **informação referente à aprovação por comitê de ética** na pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Os autores devem indicar se a **pesquisa é financiada**, se é **resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado** e se há **conflitos de interesse** envolvidos na mesma. Informações sobre financiamento devem constar no item **Agradecimentos**, ao final do artigo ou em nota de fim.
4. Os artigos devem ser escritos em português (preferencialmente), inglês ou espanhol. A Editoria reserva-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. Eventualmente, serão aceitos artigos traduzidos, já publicados em outro idioma, que, pela sua relevância, possam merecer maior divulgação em língua portuguesa. **Os textos são de responsabilidade dos autores**, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.
5. O resumo do artigo e as palavras-chave em português devem ser incluídos **nas etapas indicadas do processo de submissão** (primeira e segunda, respectivamente). Resumo e palavras-chave em inglês devem ser incluídos no corpo do artigo, **após as referências** (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Contendo, cada um **até 200 palavras**, devem destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo. Devem

ser incluídas de **3 a 5 palavras-chave em português e inglês**. O título completo do artigo também deverá ser traduzido. A revista poderá rever ou refazer as traduções.

6. Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 12x15 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte Arial ou Times New Roman 10. Tabelas e gráficos-torre podem ser produzidos em *Word* ou similar. Outros tipos de gráficos devem ser produzidos em *Photoshop* ou *Corel Draw* ou similar. **Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados** e serão inseridas no sistema no sexto passo do processo de submissão, indicadas como "image", "figure" ou "table", com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

7. As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. **As notas devem ser exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível**. Não há restrições quanto ao número de notas.

8. As **referências devem seguir a NBR 6023 da ABNT (de agosto de 2002)**. No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos do número da página no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética. **Os autores são responsáveis pela exatidão das referências**, assim como por sua correta citação no texto.

9. Os trabalhos publicados em *Physis* estão registrados sob a licença **Creative Commons Attribution CC-BY**. A submissão do trabalho e a aceitação em publicá-lo implicam cessão dos direitos de publicação para a Revista *Physis*. Quando da reprodução dos textos publicados em *Physis*, mesmo que parcial e para uso não comercial, **deverá ser feita referência à primeira publicação na revista. A declaração de autoria deverá ser assinada por todos os autores**, digitalizada e inserida no sexto passo do processo de submissão, e indicada como "supplemental file not for review", de modo que os avaliadores não tenham como identificar o(s) autor(es) do artigo. Quaisquer **outros comentários ou observações encaminhados aos editores** deverão ser inseridos no campo "Cover letter".

10. Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a *Physis*, **o número máximo de autores está limitado a quatro**, e só com justificativas excepcionais será aceito número maior. Além disso, será avaliada com bastante rigor a contribuição efetiva de cada autor. A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios sobre este item, e/ou solicitar a remoção de participantes sem contribuição substancial. As responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas na "Declaração de responsabilidade" (vide modelo a seguir), conforme o *International Committee of Medical Journal Editors*. Essa declaração também deverá ser assinada pelos autores, digitalizada e encaminhada como documento suplementar no sexto passo do processo de submissão. Poderá ser incluído no final do corpo do artigo ou como nota de fim um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de coautoria.

11. Em atendimento às normas da SciELO, a identificação da afiliação de cada autor deverá restringir-se a nomes de entidades institucionais, cidade, estado e país. O endereço eletrônico poderá ser informado.

12. Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas, mesmo que eles tenham sido aprovados no mérito (pelos pareceristas). Os editores se reservam o direito de solicitar que os autores adequem o artigo às normas da revista, ou mesmo descartar o manuscrito, sem nenhuma outra avaliação. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser encaminhados no campo "Cover letter".

13. A Revista *Physis* não cobra taxa de submissão e avaliação de artigos.

14. Em caso de artigo já aceito para publicação, será possível publicá-lo em inglês também, se for de interesse do autor. No entanto, a tradução deverá ser feita por empresa qualificada (ou recomendada pela Editoria de *Physis*), e os custos de tradução correrão por conta do autor.

15. A revista adota sistema de detecção de plágio.

16. Todo conteúdo publicado nos artigos e resenhas é de inteira responsabilidade dos autores.

17. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Editorial.

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

(Enviar no sexto passo do processo de submissão, indicada como "*supplemental file not for review*")

A contribuição de cada autor para o artigo/a resenha
_____ foi a seguinte:

autor 1 (0000-0000-0000-0000)*: (atividades
desempenhadas)

autor 2 (0000-0000-0000-0000)*: (atividades
desempenhadas)

autor *n* (0000-0000-0000-0000)*: (atividades
desempenhadas)

O texto é um trabalho inédito e não foi publicado, em parte ou na íntegra, nem está sendo considerado para publicação em outro periódico, no formato impresso ou eletrônico.

Em caso de aceitação deste texto por parte de *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, concordo(amos) que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da revista e, em caso de reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, farei(emos) constar os respectivos créditos.

*ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*)

Assinaturas:

PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva

Instituto de Medicina Social - UERJ

Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º andar, bl. D - Maracanã

20550-013 - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (21) 2334-0504 ramal 205

Endereço eletrônico: publicacoes@ims.uerj.br

Web: <http://www.ims.uerj.br>

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ANEXO E - NORMATIZAÇÃO PARA SUBMISSÃO NO PERIÓDICO TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

Instruções aos autores

Escopo

Trabalho, Educação e Saúde publica contribuições originais com o intuito de desenvolver o estudo sobre temas relacionados à educação profissional em saúde.

Política Editorial

A política editorial da revista consiste em discutir a área da educação profissional em saúde sob a ótica da organização do mundo do trabalho, de uma perspectiva crítica, sistemática e interdisciplinar.

Não há cobrança de taxas de submissão de manuscritos, nem de publicação de artigos.

Cabe a todo pesquisador observar e zelar pela integridade ética em pesquisa. Pesquisas que envolvam seres humanos devem obrigatoriamente ter seguido os preceitos da resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e sido aprovadas por comitês de ética em pesquisa. Essa aprovação deve ser mencionada no corpo do texto, na seção sobre a metodologia empregada, incluindo o nome do comitê institucional, o número do processo e a data de aprovação. A *Trabalho, Educação e Saúde* é afiliada e segue orientações do Committee on Publication Ethics (COPE - <http://publicationethics.org>).

Segundo o International Committee of Medical Journals Editors (ICMJE), o conceito de autoria baseia-se na contribuição substancial de cada pessoa listada como autor no que se refere a: concepção do projeto de pesquisa; análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica; e concordar em ser responsável por todos os aspectos do trabalho ao assegurar que questões relacionadas à acurácia e integridade de quaisquer partes do trabalho sejam propriamente investigadas e resolvidas. Não se justifica a inclusão como autores de pessoas cuja contribuição não se enquadre nesses critérios; essas podem ser mencionadas nos Agradecimentos, juntamente com a breve descrição da colaboração ao artigo.

Os manuscritos devem ser submetidos pelo sistema de avaliação online da Revista, disponível na página: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br>. Primeiramente, o autor principal deve cadastrar-se no sistema e depois cadastrar seu texto.

Antes de submeter um manuscrito, é imprescindível a leitura e o atendimento das normas para publicação. Para informações adicionais, consultar os editores: revtes.epsjv@fiocruz.br

Trabalho, Educação e Saúde adota o sistema Turnitin para identificar plágio.

Trabalho, Educação e Saúde permite a publicação simultânea em sistemas de autoarquivamento ou repositórios institucionais, aplicando-se no que couber o disposto na Política de Acesso Aberto ao Conhecimento da Fundação Oswaldo Cruz, instituição mantenedora do periódico científico
<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/portaria_-_politica_de_acesso_aberto_ao_conhecimento_na_fiocruz.pdf>.

Forma e preparação de manuscritos

A revista publica contribuições inéditas nas seguintes seções:

Ensaio A convite da editoria. Produção textual de amplo alcance teórico-analítico, não conclusivo e não exaustivo.

Artigos Apresentação de resultado de pesquisa de natureza empírica ou conceitual. Tamanho entre 4.000 e 7.000 palavras, sem contar referências bibliográficas, figuras e notas.

Revisão Artigos de revisão devem apresentar análises críticas, sistematizadas e metodologicamente consistentes da literatura científica sobre um tema prioritário para o periódico. Deverão explicitar objetivos, fontes pesquisadas, a aplicações dos critérios de inclusão e exclusão. Tamanho: 4.000 a 7.000 palavras, sem contar referências bibliográficas, figuras e notas.

Debates Discussão sobre temas específicos, tanto encomendados pelos editores a dois ou mais autores, quanto advindos de colaboradores. Tamanho: até 5.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

Entrevistas Opinião ou posição de entrevistado qualificado nas áreas de conhecimento da revista.

Resenhas Crítica de livro relacionado aos campos de confluência da revista, publicado ou traduzido nos últimos três anos. Esta contribuição deve ser enviada para o email da revista (revtes.fiocruz@fiocruz.br). Tamanho: até 1.500 palavras.

Manuscritos destinados às seções Artigos e Ensaios devem ser elaborados conforme instruções a seguir e submetidos pelo sistema online de avaliação (<http://www.sistemas.epsjv.fiocruz.br/revtes>).

Apresentação do manuscrito

Colaborações devem ser digitadas no Word, na fonte Times New Roman, em corpo 12, em espaço duplo. Artigos, ensaios e debates devem ainda conter um resumo em português e em inglês (abstract) de, no máximo, 200 palavras, e título em inglês, além do título na língua original. Os manuscritos podem ser apresentados em português, espanhol, inglês e francês. O título deve ser conciso e representativo do conteúdo do texto. O(s) autor(es) deve(m) indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse.

Palavras-chave Mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas na língua original, em espanhol (*palabras clave*) e em inglês (*keywords*).

Figuras Tabelas, quadros, diagramas, fotografias, gráficos e ilustrações não devem ultrapassar o máximo de seis por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do manuscrito, caso em que o autor deverá manter uma comunicação prévia com os editores. Todas as figuras, com exceção de fotografias, devem ser numeradas e ter título, estando apenas as iniciais do título em maiúsculas. As referências devem ser feitas por números (ex. Gráfico 3) e não por expressões como “a figura abaixo”.

Notas As notas devem vir ao fim do texto, sucintas e numeradas de forma consecutiva. Não devem ser utilizadas para referências bibliográficas.

Grifos Solicita-se a não utilização de sublinhados e negritos. As aspas simples podem ser usadas para chamar a atenção para um item particular do texto. Palavras de outras línguas, que não o português, devem ser italicizadas, assim como títulos de obras mencionadas.

Citações Citação no corpo do texto deve vir marcada com aspas duplas, com sobrenome do autor, ano e página, como no exemplo (Bourdieu, 1983, p. 126); citação com autor incluído no texto deve vir Gramsci (1982); citação com autor não incluído no texto será (Frigotto e Ciavatta, 2001). No caso de citação com três autores, todos devem ser nomeados; mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer no texto, como em Spink et al. (2001). Se a citação exceder três linhas, deverá vir com recuo à esquerda equivalente a um parágrafo, em corpo 11.

Referências Para elaboração das referências, *Trabalho, Educação e Saúde* baseia-se na norma NBR 6023, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), com modificações. Todas as referências citadas, inclusive nas notas, nos quadros e nas figuras, deverão compor as referências bibliográficas ao fim do texto, em ordem alfabética, sem numeração de entrada e sem espaço entre elas. Nas referências serão citados, no máximo, até três autores com todos os nomes. No caso de mais de três autores, citar apenas o primeiro, seguido da expressão et al.

O primeiro nome dos autores deve ser escrito por extenso nas referências. Diferentes títulos de um mesmo autor publicados no mesmo ano deverão ser distinguidos, adicionando-se uma letra (a, b, c...) em minúscula após a data, tanto nas citações no corpo do texto quanto na lista de referências bibliográficas. Observem-se os exemplos a seguir:

Artigo

AROUCA, Antônio S. Quanto vale a saúde dos trabalhadores. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 243-265, dez. 1995-mar. 1996.

SPINK, Mary J. P. et al. A construção da Aids-notícia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-862, 2001.

Livro e tese

GRAMSCI, Antonio. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo B.. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho do médico*. 253fl. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 1979.

Capítulo de livro

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (Org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155.

Resumo de congressos

LAURELL, Asa C. O Estado e a garantia do direito à saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8., 2006, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. 1 CD-ROM.

Dados fornecidos por agências governamentais (Secretarias, Ministérios, IBGE etc.)

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). *Dados sobre acidentes ocupacionais com material biológico*. Rio de Janeiro: SMS-RJ, 2000.

Leis, decretos, portarias etc.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção I, p. 27.839.

Relatórios técnicos

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

Relatórios final ou de atividades

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final das atividades*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

Jornal

a. Sem indicação de autoria: O GLOBO. Fórum de debates discute o projeto Educando o Cidadão do Futuro. *O Globo*, Rio de Janeiro, 6 jul. 2001. Caderno 1, p. 18.

b. Com autoria: TOURAINE, Alain. Uma resistência possível. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 3 jul. 2001. Mais, Caderno 7, p. 18-20.

Internet

a. Texto em periódico eletrônico: AZZARÀ, Stefano G. Crítica ao liberalismo, reconstrução do materialismo. Entrevista com Domenico Losurdo. *Crítica Marxista*, Campinas, n. 35, p. 157-169, 2012. Disponível em: <http://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/entrevista19Entrevista.pdf>. Acesso em: 7 out. 2013.

b. Texto em jornal eletrônico: NUBLAT, Johanna. 38,7% dos usuários de crack das capitais do país estão no Nordeste. *Folha de S. Paulo*, Seção Cotidiano, São Paulo, 19 set. 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1344256-40-dos-usuarios-de-crack-das-capitais-do-pais-estao-no-nordeste.shtml>>. Acesso em: 27 set. 2013.

c. Texto disponível (fora de revista ou jornal): Disponível em: BRASIL. Ministério da Educação. Portal Educação. *Educação profissional*: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico - área Saúde. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/saude.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2013.

Copidesque

A revista se reserva o direito de sugerir alterações em usos informais da língua e de corrigir variantes não padrão do português.

A responsabilidade pela revisão profissional de idioma é dos autores, a ser realizada por profissional dentre uma lista de revisores habilitados pela revista. A tradução para outro idioma é opcional.

Processo de Avaliação

A primeira etapa de avaliação é realizada pelas editoras, que julgam a adequação temática e científico-metodológica, considerando o projeto editorial do periódico; esta etapa pode demorar de um até dez dias. Uma vez aceito nesta primeira fase, o texto passará pela avaliação por pares duplo cego (double blind peer review). Nesta fase, as editoras escolhem no mínimo dois pesquisadores de áreas correlatas ao tema para avaliar o manuscrito (pareceristas ad-hoc externos e internos à Fiocruz); os pareceristas têm até 20 dias para enviar o parecer. Depois de expirado o prazo de envio, enviamos até três lembretes, e se ainda não tivermos resposta, convidamos outro parecerista indicado pela editora. Os pareceres podem indicar uma das quatro opções:

- a) publicação na presente forma
- b) publicação condicionada à realização de pequenas alterações
- c) publicação condicionada à realização de importantes alterações
- d) não deve ser publicado neste periódico

No caso de divergência entre os pareceres, é solicitado um terceiro parecer para a decisão da Editoria, também com o prazo de 20 dias. Manuscritos que recebem a indicação de “importantes alterações” devem vir acompanhados, na versão reformulada, de uma carta resposta para cada recomendação dos pareceres e o tratamento que foi dado a elas pelos autores, em especial atenção as que não foram incorporadas. Cada parecer deve ser comentado separadamente.

Os autores podem acompanhar o processo de avaliação do manuscrito pelo sistema de avaliação online.

Os originais apresentados à *Trabalho, Educação e Saúde* não devem ter sido publicados e não devem ser submetidos simultaneamente a outra revista. Originais submetidos à revista não devem, sob hipótese alguma, ser retirados depois de iniciado o processo de avaliação.

Tempos de avaliação

A avaliação se dá primeiramente pelos editores, em uma pré-análise, cuja duração não deve exceder dez dias. Se aceitos na pré-análise, os editores designam ao menos dois revisores ad-hoc para avaliar o manuscrito. O tempo médio para avaliação por pares, com base no ano 2017, é de oito meses. A publicação do texto, após aprovado, também com base no ano de 2017, é de 13 meses.

A taxa de recusa de manuscritos, com base no ano 2017, foi de 72%.

Direitos autorais

Exceto nos casos em que estiver indicado o contrário, em consonância com a Política de Acesso Aberto ao Conhecimento da Fundação Oswaldo Cruz, ficam cedidos e transferidos, total e gratuitamente, à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e à Fundação Oswaldo Cruz, em caráter permanente, irrevogável e não exclusivo, todos os direitos autorais patrimoniais não comerciais referentes aos artigos científicos publicados na revista *Trabalho, Educação e Saúde*, inclusive os direitos de voz e imagens vinculados à obra. A cessão abrange

reedições e traduções. Os textos assinados são de responsabilidade dos autores, não representando, necessariamente, a opinião dos editores e dos membros do Conselho Editorial da revista.

Submissão de manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos pelo sistema de avaliação de manuscritos da Revista, disponível na página:

<<http://www.sistemas.epsjv.fiocruz.br/revtes/>>. Primeiramente, o autor principal deve cadastrar-se no sistema e depois cadastrar o manuscrito.

Solicitamos aos autores que observem e sigam as instruções para apresentação do manuscrito.

Para informações adicionais, consultar os editores:

<revtes.epsjv@fiocruz.br>

**ANEXO F – CAPACITAÇÃO REALIZADA PELO PESQUISADOR
REFERENTE À TEMÁTICA DESTA DISSERTAÇÃO**



CERTIFICADO DE CONCLUSÃO

A Universidade Federal do Maranhão (UFMA), por meio da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), certifica que

Mikael Lima Brasil

concluiu o curso **“Processos de Trabalho e as Redes de Atenção à Saúde”**, produzido pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), na categoria de curso de extensão, com carga horária de **45** horas.


 Christiana Salgado
 Coordenadora do curso
 UNA-SUS/UFMA


 Ana Emilia Figueiredo de Oliveira
 Coordenadora Geral
 UNA-SUS/UFMA

São Luís, 25/08/2018






MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL



Emitido via Plataforma Arouca (arouca.unasus.gov.br). Código para consulta de autenticidade: EPYQCHQA-HIVXBAAA.