

Formação em serviço com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial: análise de reflexões mobilizadas

In-service training with professionals from a Psychosocial Care Center: analysis of mobilized reflections

Formación en servicio con profesionales de un Centro de Atención Psicossocial: análisis de reflexiones movilizadas

Larissa de Almeida Rézio¹ 
Carla Gabriela Wünsch¹ 
Ranaia Luma Vitalino da Silva¹ 

¹ Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT),
Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

Autor correspondente:

Larissa de Almeida Rézio
E-mail: reziolarissa@gmail.com

Como citar este artigo: Rézio LA, Wünsch CG, Silva RLV. Formação em serviço com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial: análise de reflexões mobilizadas. Rev. Eletr. Enferm. 2024;26:76416. <https://doi.org/10.5216/ree.v26.76416> Português, Inglês.

Recebido: 12 junho 2023
Aceito: 06 novembro 2023
Publicado online: 05 junho 2024

RESUMO

Objetivo: analisar as reflexões mobilizadas com os profissionais, por meio da formação em serviço em Centro de Atenção Psicossocial. **Métodos:** pesquisa-intervenção pautada no referencial da Análise Institucional, que envolveu 12 profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial em uma capital da região Centro-Oeste do Brasil. Realizaram-se cinco encontros de formação em serviço, pautados na Educação Permanente em Saúde. O conteúdo da transcrição dos encontros e do diário do pesquisador passou por análise de conteúdo temático. **Resultados:** Emergiram duas categorias: “Resistências e dificuldades que impactam na formação em serviço e no trabalho interprofissional”; “As ressonâncias instituintes no cotidiano de trabalho e a importância do Projeto Terapêutico Singular a partir da formação”. Os movimentos de resistência, as relações hierárquicas, a centralização do cuidado no saber/poder médico e no medicamento, como principal terapêutica, são práticas instituídas. Em contrapartida, há forças instituintes em direção ao trabalho colaborativo, integrado e interprofissional, que tencionam para mudança e transformação da instituição de saúde mental em instituição de atenção psicossocial. **Conclusões:** Espaços coletivos de formação possibilitam o olhar para o mundo do trabalho, como campo de aprendizado e conscientização acerca das condições ocupacionais e dos movimentos instituintes de mudança de práticas mobilizados no cenário de trabalho.

Descritores: Saúde Mental; Educação Continuada; Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

Objective: to analyze the reflections mobilized with professionals through in-service training in a Psychosocial Care Center. **Methods:** interventional study based on the Institutional Analysis framework involving 12 professionals from a Psychosocial Care Center in a capital in the Central-West region of Brazil. Five in-service training meetings based on Continuing Health Education were held. Thematic content analysis was used to analyze the contents of the transcription of meetings and the researcher's diary. **Results:** two categories emerged: “Resistance and difficulties that impact in-service training and interprofessional work”; “The instituting resonances in daily work and the importance of the Singular Therapeutic Project based on training”. Resistance movements, hierarchical relationships, and the centralization of care on medical knowledge/power and medicine as the main therapy are established practices. On the other hand, there are instituting forces towards collaborative, integrated and interprofessional work, which aim to change and transform the mental health institution into a psychosocial care institution. **Conclusions:** collective training spaces make it

© 2024 Universidade Federal de Goiás. Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos de licença Creative Commons.



possible to look at the world of work as a field for learning and raising awareness about occupational conditions and the movements instituting changes in practices mobilized in the work scenario.

Descriptors: Mental Health; Education, Continuing; Mental Health Services.

RESUMEN

Objetivo: analizar las reflexiones movilizadas con profesionales a través de la formación en servicio en un Centro de Atención Psicosocial. **Métodos:** estudio de intervención basado en el marco de Análisis Institucional que involucró a 12 profesionales de un Centro de Atención Psicosocial de una capital de la región Centro-Oeste de Brasil. Se realizaron cinco reuniones de capacitación en servicio, basadas en la Educación Continua en Salud. Se utilizó el análisis de contenido temático para analizar el contenido de la transcripción de las reuniones y del diario del investigador. **Resultados:** Emergieron dos categorías: “Resistencias y dificultades que impactan la formación continua y el trabajo interprofesional”; “Las resonancias instituyentes en el trabajo diario y la importancia del Proyecto Terapéutico Singular basado en la formación”. Los movimientos de resistencia, las relaciones jerárquicas, la centralización de la atención en el saber/poder médico y la medicina como terapia principal son prácticas establecidas. Por otro lado, existen fuerzas instituyentes hacia el trabajo colaborativo, integrado e interprofesional, que apuntan a cambiar y transformar la institución de salud mental en una institución de atención psicosocial. **Conclusiones:** Los espacios de formación colectiva permiten mirar el mundo del trabajo como un campo de aprendizaje y sensibilización sobre las condiciones ocupacionales y los movimientos que instituyen cambios en las prácticas movilizadas en el escenario laboral.

Descriptores: Salud Mental; Educación Continua; Servicios de Salud Mental

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo social complexo, que envolve aspectos teórico-conceituais, socioculturais, jurídico-políticos e técnico-assistenciais, iniciada a partir do questionamento ao modelo psiquiátrico então vigente, caracterizado pela centralização das práticas no saber-poder médico⁽¹⁾. Esta reforma visa um cuidado em liberdade realizado por dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que se articulem e dialoguem entre si^(2,3).

Enquanto movimento de transformação constante da realidade, sob a perspectiva do referencial de Análise Institucional, a Reforma Psiquiátrica Brasileira é uma das forças instituintes que busca transformar a prática/cuidado em saúde mental. Nesse sentido, a saúde mental, enquanto instituição, se apresenta em sua dimensão imaterial, com normatizações e regras implícitas e explícitas; e, na dimensão material, se concretiza por meio das organizações e/ou estabelecimentos⁽⁴⁾.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são equipamentos/serviços de referência especializada, se constituem como articuladores da RAPS. Podem englobar diferentes modalidades de serviços definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, e constituir CAPS I, CAPS II e CAPS III. Eles são compostos por diversas categorias profissionais, que devem atuar sob uma lógica interprofissional, visando possibilitar a reinserção social e reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento mental^(5,6).

No entanto, os CAPS, como equipamento estratégico na garantia de transformações nos âmbitos do

processo social complexo, vêm sendo impactados pela escassez de investimentos em recursos materiais e humanos, com a desarticulação da rede e por retrocessos no âmbito jurídico-político⁽⁷⁻⁹⁾, que representam forças instituintes pautadas na contrarreforma psiquiátrica. Ademais, nesses espaços evidenciam-se fragilidades nos âmbitos técnico-assistencial e teórico-conceitual, pois a formação dos profissionais, em sua maioria, está direcionada a lógica uniprofissional e abordagens pedagógicas ancoradas no modelo biomédico, que não contribuem para a construção de práticas colaborativas^(10,11).

Outra problemática é a institucionalização dos sujeitos em serviços criados para serem substitutivos ao modelo biomédico e manicomial. Essas práticas podem estar instituídas em serviços/equipamentos que possuem a profecia inicial de serem substitutivos ao hospital psiquiátrico. Nesse contexto, é preciso mobilizar processos instituintes para promoção de autoanálise, reflexão coletiva sobre o cotidiano de trabalho, para a institucionalização do cuidado em saúde mental, que supere os estigmas da loucura e as práticas excludentes e isoladoras⁽⁷⁾, para um cuidado em liberdade e pautado nos direitos humanos.

Diante disso, compreende-se que a formação em serviço com profissionais, ao ser pautada nos princípios da Educação Permanente em Saúde, possibilita transformação e qualidade da assistência em saúde mental, além do reconhecimento do profissional como sujeito autônomo neste processo, visto o potencial da Educação Permanente em Saúde para ser um caminho de superação do instituído: hierarquização, hegemonia e fragmentação

das ações de cuidado e processos decisórios nas instituições^(12,13). Além disso, a Educação Permanente em Saúde possibilita coparticipação e cogestão do processo de aprendizagem, em que os sujeitos possam repensar modos estabelecidos de organização e planejamento tanto das formações em serviço, quanto das atividades e cotidiano de prática.

Nesse sentido, o objetivo do estudo foi analisar as reflexões mobilizadas com os profissionais, por meio da formação em serviço em Centro de Atenção Psicossocial.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa-intervenção pautada no referencial teórico da Análise Institucional. A pesquisa-intervenção possui caráter político de transformações dos diversos sentidos instituídos⁽¹⁴⁾. Por sua vez, a Análise Institucional é uma das bases que sustenta a proposta da Educação Permanente em Saúde, pois busca compreender uma determinada realidade social e organizacional⁽¹⁵⁾.

A Análise Institucional compreende a instituição a partir da relação dinâmica e dialética entre três momentos – instituído, instituinte e institucionalização – em que a instituição não se configura como algo estático, mas sim um sistema de normas que estruturam e regulam o funcionamento de determinados grupos sociais, como, por exemplo, família, saúde/saúde mental e educação. As forças instituintes propiciam mudanças e também resultam em um produto denominado instituído, assim, para a Análise Institucional, instituído é a força estática resultado de um movimento dinâmico instituinte^(4,15). Desta forma, utilizar a Análise Institucional enquanto referencial teórico para balizar a formação em serviço, por meio da Educação Permanente em Saúde, pode potencializar o aprendizado, ao provocar reflexões acerca do processo de trabalho, bem como possibilitar ampliação do processo analítico do pesquisador⁽¹⁶⁾.

O estudo foi realizado em um CAPS I de uma capital da região Centro-Oeste do Brasil.

Em conformidade com a portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002⁽¹⁷⁾, CAPS I é aquele com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Sob coordenação do gestor local, responsabiliza-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território, tem capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial; pode coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

supervisiona e capacita as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; realiza e mantém atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/Gabinete do Ministro (GM)/Ministério da Saúde (MS) nº 1077, de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/)/Ministério da Saúde (MS) nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial.

Em conformidade com a referida Portaria, no CAPS I, a assistência prestada ao paciente inclui atividades tais como: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social.

Nos CAPS I, a equipe técnica mínima, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, deve ser composta por um médico com formação em saúde mental; um enfermeiro; três profissionais de nível superior (psicólogo ou assistente social ou terapeuta ocupacional ou pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico); quatro profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

O CAPS, no qual foi realizada a presente investigação, foi selecionado por conveniência, por constituir cenário de inserção de atividades de ensino de uma das pesquisadoras, que realiza atividades de práticas em serviço com discentes da graduação.

Nesse local, todos os 24 trabalhadores atuantes no serviço, desde o setor administrativo, recepção, serviços gerais e assistencial, foram pessoalmente convidados a participar, sendo excluídos os que estavam em afastamento. Destes, doze recusaram participar, três devido à indisponibilidade no horário e dia da semana escolhido pela maioria para espaço de formação em serviço, e nove por não terem interesse. Assim, 12 profissionais participaram no total.

Ocorreram cinco encontros de formação em serviço, coordenados por uma doutora experiente em pesquisa-intervenção e dois alunos de graduação, de modo presencial, nos quais foram seguidos os protocolos de biossegurança estabelecidos para proteção contra a Covid-19. Os temas abordados versaram sobre o Projeto Terapêutico Singular, desde os elementos e conceitos

que compõem esta ferramenta, sua construção coletiva, e o olhar crítico para o instrumento usado anteriormente pela equipe, denominado equivocadamente como Projeto Terapêutico Singular.

Os encontros aconteceram entre julho a novembro de 2022, às segundas-feiras, com intervalos quinzenais. Duraram aproximadamente duas horas cada um, e foram gravados em áudio para posterior transcrição e análise. Utilizou-se o diário do pesquisador, que se trata da narrativa do pesquisador no seu contexto histórico-social, refletindo sua atividade diária de pesquisa^(18,19). Dessa forma, as unidades de registros foram vinculadas aos encontros de formação em serviço e ao diário do pesquisador.

Os dados foram analisados a partir dos princípios da Análise Institucional⁽¹⁶⁾ e da Educação Permanente em Saúde⁽²⁰⁾. Trata-se de uma estratégia de educação que busca a transformação das práticas e do próprio processo de formação ao se orientar pelo sujeito como protagonista do seu aprender, considerando as circunstâncias em que ele está inserido, a fim de possibilitar no trabalhador ações contextualizadas e baseadas em reflexões críticas⁽²⁰⁾. Para a análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo temática⁽²¹⁾. Com o recurso do *Microsoft Word*® (2016, *Microsoft Corporation*, Estados Unidos da América) para organização dos dados, seguiram-se três etapas para a análise: 1) a leitura flutuante do diário do pesquisador e das transcrições dos encontros; 2) a separação/ decodificação dos temas, por meio de frases/falas que mais se destacaram, emergindo inicialmente sete codificadores dos dados; 3) agrupamento dos temas por semelhança e construção das categorias temáticas.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética - CAAE nº 29310620.1.0000.8124). Seguindo a preservação do anonimato dos participantes, os nomes dos profissionais foram identificados pela letra P, seguido de números arábicos crescentes. O diário do pesquisador foi identificado como DP.

RESULTADOS

Participaram do estudo 12 profissionais, sendo quatro enfermeiros, três psicólogos, um farmacêutico, um educador físico, dois assistentes sociais e um gerente da unidade, com formação em jornalismo. Todos possuíam contrato temporário de dois anos, com possibilidade de prorrogação por 12 meses. A média de tempo de trabalho no CAPS era de um ano. Apenas uma psicóloga e uma enfermeira participaram de todos os encontros, enquanto o gerente da unidade esteve presente somente

no primeiro. Os demais participaram de pelo menos três encontros cada um.

As discussões foram permeadas de reflexão acerca das atividades desenvolvidas nos serviços e da prática interprofissional/colaborativa, abarcando aspectos referentes ao conhecimento e formação pautada na educação interprofissional, no trabalho colaborativo em equipe, para que no coletivo identificassem as limitações e possíveis intervenções pautadas na atenção psicossocial.

Os temas derivados das duas fontes de dados (transcrição dos encontros e diário do pesquisador) foram agrupados em duas categorias temáticas: “Resistências e dificuldades que impactam na formação em serviço e no trabalho interprofissional”; “As ressonâncias instituintes no cotidiano de trabalho e a importância do projeto terapêutico singular a partir da formação”.

Resistências e dificuldades que impactam na formação em serviço e no trabalho interprofissional

Inicialmente, alguns profissionais apresentaram resistência em participar da pesquisa-intervenção e avançar no processo de autoanálise; manifestaram incertezas e inseguranças, mesmo após esclarecimentos. Questionavam a motivação da pesquisa, a sua relevância para a equipe e para os pesquisadores, e destacavam uma possível sobrecarga que a formação traria, em relação às atividades que deveriam ser desenvolvidas.

Mas como é que essa educação continuada vai se encaixar na nossa dinâmica de trabalho? Porque assim, a realidade que a gente tem na unidade é que nós somos “afogados” de trabalho. [...] Qual é a proposta assim geral para que nós profissionais tenhamos algum ganho também? Porque a ideia da educação continuada é interessantíssima, é muito legal e a gente precisa. Porém, qual é o foco, qual é a interação? (P6)

[...] P6, muitas vezes foi ríspido questionando a autenticidade da pesquisa. P4 invalidou as problemáticas levantadas tentando mostrar as mudanças da equipe/unidade. Parecia que a pesquisa gerava um incômodo e alguns profissionais estavam na “defensiva”, não querendo avançar para o processo de autoanálise. (DP)

Ao serem questionados sobre esta primeira análise e os movimentos de resistência, eles referiram medo em relação ao risco de demissão, devido ao vínculo frágil de trabalho e que a continuidade da formação que poderia ser interrompida devido à alta rotatividade dos trabalhadores.

[...] tinham medo, muitas vezes, de modo velado, de verbalizar qualquer coisa, e serem demitidos. (DP)

É um medo normal, eu acho, porque no papel que a gente está, na situação que pode mudar, a gente pode sair... entendeu? É um medo que você entende, né? (P5)

Os participantes indicaram que o serviço apresentava à alta rotatividade, o que era fator restritivo para maior envolvimento com a pesquisa.

Outro ponto também é o tempo desse profissional na unidade, porque assim, tem alguns profissionais que são concursados e vai ficar um tempão aqui, a gente do seletivo não, fica aqui por dois anos e aí só Deus sabe [...] Para que melhorar se daqui alguns meses eu vou embora? (P6)

Outras reflexões mobilizadas nos profissionais diziam respeito ao modo de trabalho e a centralização no saber médico. Um dos profissionais mencionou a possibilidade de melhorar as discussões no estudo a partir da presença do médico.

Mas aqui, se falta médico, o trem desanda, porque o paciente em si ainda está muito ligado à medicação, [...] o médico faz muita diferença sim, até mesmo para o trabalho fluir. (P1)

[...] dois profissionais paralisaram a expressão facial (comunicação não verbal) como se nunca tivessem refletido sobre isso até aquele momento que se apresentava como uma oportunidade de repensar. (DP)

Essa afirmação foi problematizada e várias reflexões foram promovidas.

Vai ter que melhorar, porque agora estamos recebendo mais um colega na nossa equipe, que é o residente de psiquiatria e provavelmente ele vai participar dos estudos de casos, então o estudo de caso vai ter que ser melhor do que já são feitos, pois vai ter a presença do médico, terá que ter bem mais resolutividade do que só abrir e fechar casos. (P8)

A gente fala assim, “não sei o que, não passou pelo médico, pro médico avaliar e a gente não pode fazer tal coisa”. Não é bem assim, o médico não é um saber totalizante, não é um saber supremo, acima de todos os outros saberes e ele não bate o martelo. (P6)

[...] A fala de um dos participantes, provocando o grupo a refletir, possibilitou o olhar para a organização do trabalho. (DP)

Os profissionais refletiram acerca do modo de atuação uniprofissional, confrontando com os objetivos do serviço, além da falta de comunicação, especialmente com o profissional médico, apontada como uma das problemáticas que dificultam o trabalho interprofissional.

Quando você chega aqui, a maioria do profissional chega viciado em fazer tudo sozinho. Quando a gente começa a entender que a lógica do CAPS é o trabalho em conjunto, e é a troca, a construção do saber coletivo, a gente fica engatado em várias coisas porque você já tem a sua construção de profissão, a sociedade tem uma construção sobre a sua profissão. (P6)

Não é que tenha uma resistência, mas é que não é o hábito de conversar com o médico as coisas aqui. (P1)

Digamos, meio tímido, o relacionamento com o colega médico. Não é P8? é meio tímido. (P9)

Outro aspecto que mobilizou a reflexão dos profissionais foi o distanciamento entre o modelo teórico de atenção psicossocial e a prática realizada no cotidiano de trabalho, assim como a não utilização e/ou desconhecimento de instrumentos de cuidados essenciais para produção de autonomia da pessoa em sofrimento mental.

O que é o acolhimento, o CAPS, o porquê a pessoa está ali, tudo isso, às vezes a pessoa chega crua aqui, sem saber essas coisas, e quando chega na sala você fica sem saber o que está fazendo aqui, não sabe como conduzir, então a gente precisa saber o que o CAPS faz e o que não faz, tem que ter embasamento teórico. (P5)

Ao propor iniciar a formação a partir de um PTS [Projeto Terapêutico Singular] já existente no serviço, os profissionais informaram que não realizavam Projeto Terapêutico Singular, nunca tinha, ou desconheciam mais informações sobre esta estratégia.

A gente não faz o projeto singular terapêutico ou individual, pelo menos desde que eu cheguei aqui, não tá fazendo. (P9)

Um dos participantes referiu que o Projeto Terapêutico Singular

... se resumia a um check-list de sinais e sintomas e quais atividades grupais/ oficinas o usuário participaria. (DP)

Reconheceram a falta de clareza sobre a natureza do Projeto Terapêutico Singular.

É porque a gente tinha a definição errada do que era [o projeto terapêutico singular], né? (P1)

As ressonâncias instituintes no cotidiano de trabalho e a importância do projeto terapêutico singular a partir da formação

Apesar das fragilidades, identificou-se que há um movimento instituinte em direção ao trabalho colaborativo, integrado e interprofissional, evidenciado por mais discussão entre os profissionais, mesmo fora da reunião de discussão de casos.

Várias vezes eu me sentei fora do estudo de caso para discutir caso com eles, antes deles atenderem [...] não sei se é o meu jeito, mas eu converso diretamente com eles em questão de caso. (P5)

Às vezes, eu fiz um acolhimento e eu escutei “isso, isso e isso” e aí você acaba passando batido, mas são detalhes importantes [...], é aquilo de prestar atenção em todas as informações que todos os profissionais estão passando. (P6)

Algumas reflexões vão na direção contrária ao que está instituído no serviço, de modo a pensar em um cuidado considerando o vínculo e outras possibilidades terapêuticas.

A gente tem as oficinas, os atendimentos individuais, tem a equipe multiprofissional, e sim, nesses pontos entra o médico e a medicação, mas não é centrado apenas nisso. (P1)

Quando eles começam a vir nos grupos, eles entendem isso, quando eles começam a vir aos grupos eles começam a perceber [que a medicação não é o único “tratamento”]. [...] A gente não pode esquecer também que quando o paciente entra aqui, ele estabelece um vínculo, ele transfere algo, ele coloca algo nessa relação, ele tem um afeto aqui. (P6)

A partir das discussões, alguns profissionais compreendem a potencialidade do acolhimento e da escuta para o cuidado na atenção psicossocial, assim como o reconhecimento da importância das formações. Com-

preendeu-se que ela acontece fundamentada no cotidiano de trabalho e é fundamental para a crítica e transformação de práticas manicomialis.

Aqui dentro do CAPS tem que saber ouvir o paciente, principalmente quando ele fala para você, que está muito bem, você vê que ele não está nada bem. Tem que saber ouvir, fazer a escuta certa, enquanto eu melhor direcioná-los, menos chances de o paciente retroceder no tratamento. (P2)

A formação continuada, ela é um sonho, acho que de toda instituição, você ter um trabalho de educação continuada, mas não é uma realidade. É o ideal, todo profissional deveria ter esse espaço, inclusive, toda sexta feira era para esse ambiente de formação, só que nunca aconteceu, para mim é novidade. (P6)

Entre as fragilidades identificadas coletivamente, a que foi discutida por mais encontros foi a construção do Projeto Terapêutico Singular. Ao longo do processo de formação em serviço, foram observadas repercussões relacionadas aos seus elementos, a sua efetivação e relevância para melhoria do cuidado interprofissional em saúde mental, que repercutiu diretamente no trabalho em equipe.

Eu melhorei meu acesso com a equipe no geral, pedir opinião quando estou com dúvida. Colocar o paciente nessa responsabilização do cuidado dele, mudou bastante já. (P1)

O jeito quando faço o acolhimento, quando atendo uma pessoa, já penso que isso faz sentido quando eu quero colocar em prática, estou aprendendo ainda, mas já penso. (P5)

Por exemplo, o PTS [Projeto Terapêutico Singular] é uma coisa que eu estou tentando fazer pelo menos. (P6)

Mediante as reflexões mobilizadas, percebeu-se a abertura para a transformação do atendimento aos usuários no CAPS.

No penúltimo encontro, dois enfermeiros e um assistente social solicitaram suporte e esclarecimento para organização e estruturação de um projeto terapêutico singular que haviam iniciado no serviço com uma usuária. (DP)

DISCUSSÃO

A formação em serviço, pautada na Educação Permanente em Saúde, tem a capacidade de evidenciar as práticas instituídas e cristalizadas no cotidiano de trabalho, despertando, assim, reflexões, incômodos e/ou resistências. Quando se propõe modos participativos que promovem a autoanálise e reflexão coletiva, provocando o profissional a repensar sobre sua prática, é esperado que haja relutância⁽²²⁾.

As resistências podem se apresentar como movimentos de comodismo, retaliação, ou o oposto, sendo um meio de sustentar boas práticas em um cenário de precarização⁽²³⁾. Os participantes possuíam contrato temporário, o que precariza as condições laborais e expõe o profissional à instabilidade e insegurança financeira e emocional. Dentre as diversas formas de precarização, a mais proeminente está relacionada às formas irregulares de contratação, mas não somente. A precarização é um conceito utilizado para discutir a desregulamentação e o aumento da carga de trabalho, a deterioração das condições laborais, a extensão das horas de trabalho, a crescente falta de proteção social, o aumento e intensificação do sofrimento físico e/ou mental relacionado ao trabalho e o desemprego⁽²⁴⁾.

O trabalho precarizado é uma realidade nacional que se estende para além dos CAPS^(25,26), inclusive com administração terceirizada dos serviços, falta de recursos humanos, relação desproporcional entre número de profissionais e usuários atendidos, o que provoca um fluxo tensionado - aumento da produtividade com o quantitativo de recursos humanos mínimo, resultando não só na impossibilidade de trabalho interprofissional⁽²⁵⁾, como também na conservação de práticas manicomialistas instituídas.

Por meio das resistências identificadas na pesquisa-intervenção, é nítido que os movimentos de comodismo ou retaliação e a precarização convergem e coexistem na equipe. As decisões centralizadas e pouco compartilhadas, assim como a postura inicial dos profissionais que contestam e julgam a educação em serviço e proposta de pensar e refletir sobre o cotidiano de práticas como uma “tarefa a mais”, são exemplos de resistências que caminham ao passo da conservação do que está instituído. Por outro lado, as tentativas de trabalho colaborativo e o interesse de alguns profissionais em participarem ativamente dos encontros, representam movimentos instituintes que buscam maneiras diferentes de cuidado.

A formação em serviço ainda é capaz de provocar reações diversas no campo das emoções, como o medo diante do novo/do desconhecido. Toda mudança em que o sujeito gera ou se submete, está suscetível à tensão que o “novo” propõe, podendo resultar em ansiedade, excitação, angústia e medo⁽²⁴⁾.

O medo do novo, como identificado neste estudo, não está relacionado somente às forças instituintes por meio de reflexões/autoanálises e mudanças no cotidiano de trabalho; como um espaço de formação que questiona práticas instituídas e reproduzidas, automaticamente provoca desterritorialização no profissional, não somente no âmbito do cuidado, mas também na conscientização de poucas possibilidades de enfrentamento diante de vínculos empregatícios frágeis, que se configuram como uma das materializações da política neoliberal⁽²⁴⁾. Ela tem imposto um modo de produção que reconfigura a organização do trabalho, que inclui práticas tais como a flexibilização de contratos, ocasionando sobrecarga de trabalho, alta rotatividade e desconstrução da identidade profissional⁽²⁶⁾. A desregulamentação do emprego, redução de salário, deterioração das condições de trabalho e crescente desproteção social, repercutem em sofrimento mental/físico, relacionados ao trabalho, em procura e permanência em diversos empregos e tipos de vínculos frágeis⁽²⁷⁻²⁹⁾, o que impossibilita o envolvimento afetivo e efetivo acerca do olhar crítico para o cotidiano de práticas.

Essas repercussões conduzem à perda da subjetividade e do prazer, restringindo o trabalho a um meio de sobrevivência, não integrado à vida, resultando em alienação no trabalho⁽²⁷⁾, tornando-os menos propensos a se envolverem no processo de formação crítico-reflexiva, devido ao sentimento de desvalorização e insegurança no contexto do trabalho, que resulta em medo de enfrentamentos para mudança, perda da identidade individual e coletiva, preocupação em preservar seu vínculo empregatício. Este cenário de precarização do trabalho restringe a institucionalização de um cuidado em saúde mental pautado no modelo de atenção psicossocial.

A política neoliberal fortalece modos de trabalho hierárquicos instituídos no serviço, que limita a participação coletiva e criativa do trabalhador. Nesse sentido, o fluxo de poder ápice-base, que também imprime no usuário essa relação verticalizada, compromete espaços dialógicos, como a formação em serviço. À medida que há limitação no processo de formação crítico-reflexivo, há prejuízo no olhar para práticas instituídas e para situações/fenômenos com sentido oculto ou não dito.

As relações hierárquicas também são manifestas pela subalternidade em relação ao poder/saber médico. As relações de poder/saber instituídas no CAPS, especialmente quando estas são centradas na figura médica, restringem os instrumentos de cuidado apenas no medicamento, portanto, se instala um cuidado centrado na doença e não no usuário-pessoa⁽³⁰⁾, contribuindo para conservar o modelo biomédico-psiquiátrico instituído no cotidiano de trabalho.

A centralidade do cuidado na medicação contempla dois pontos importantes: o reforço acerca da importância suprema do saber-poder médico e a compreensão social acerca da solução mágica do sofrimento a partir da utilização da medicação. Essa crença tem localização histórica em relação ao nascimento da saúde mental enquanto saber (nascimento da psiquiatria), que limita a pessoa em sofrimento mental à loucura e periculosidade e, portanto, com necessidade de ser curada, padronizada e normalizada.

Esse saber constituído e instituído como prática de cuidado histórica é intensificado por uma política neoliberal, que produz e institui crenças sociais relacionados ao medicamento como única solução para o seu sofrimento e, portanto, quando este não é prescrito pela medicina, é requerido pelo próprio usuário do CAPS ou qualquer outro serviço de saúde mental⁽³¹⁾. A institucionalização da saúde mental/ modelo de atenção psicossocial é resultado de forças instituintes de luta social e política para transformação do cuidado, mas também é uma luta por melhores condições de trabalho.

A ausência ou pouca comunicação entre a equipe, especialmente com o médico, pode estar ligada ao modo de atuação uniprofissional, pois, segundo os participantes, muitos ingressantes no CAPS não entendem a premissa do trabalho colaborativo. Essa lógica de atuação está relacionada ao processo de formação desses profissionais, em que o modelo instituído de educação é verticalizado, fomentando esse cuidado fragmentado, onde não há trocas, discussões e nem assistência baseada na corresponsabilização⁽³²⁾.

A formação dos profissionais, muitas vezes, está direcionada a lógica uniprofissional com abordagens pedagógicas ancoradas no modelo biomédico, que não contribuem para a construção de competências de práticas colaborativas^(10,11). Esse tipo de formação mantém e intensifica práticas manicomialistas instituídas em serviços substituíveis de saúde mental e fragiliza os âmbitos técnico-assistencial e teórico-conceitual, repercutindo, portanto, no cuidado e nas relações de trabalho.

Além disso, se há distanciamento e pouca integração de ações e saberes entre os profissionais, tanto na formação, quanto no cuidado, haverá também menor possibilidade de aprendizado no e pelo trabalho, em que a fragilidade do conhecimento pautado na atenção psicossocial é materializada em dificuldade no acolhimento e cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, inclusive pela não compreensão e/ou desconhecimento acerca do objetivo do CAPS e ferramentas existentes no serviço, como o Projeto Terapêutico Singular, que propiciam não só o trabalho integrado/interprofissional, como também a

promoção de autonomia, co-participação e reabilitação psicossocial.

Nesse sentido, é perceptível que, a pesquisa-intervenção, baseada na educação em serviço, pautada nos princípios da Educação Permanente em Saúde, possibilita, aos profissionais, o olhar analítico para a prática, identificando fragilidades, mas também, avançando no reconhecimento de potencialidades, e investindo de modo individual e coletivo no aprendizado no/pelo trabalho, que possibilite melhor assistência em saúde mental, ampliando a compreensão acerca do acolhimento e da escuta qualificada.

O acolhimento é uma importante estratégia para a construção do vínculo do usuário e da família com a instituição; por isso, é uma ferramenta extremamente potente e necessária no CAPS e que juntamente com a escuta qualificada implica na identificação das demandas da pessoa em sofrimento, considerando sua singularidade e seu território^(33,34).

A formação em serviço baseada na Educação Permanente em Saúde tem o propósito de retirar os participantes do lugar estático e vertical de conhecimento, provocar desacomodação e levar os mesmos a serem aprendizes na perspectiva do fazer para saber, questionando as posturas cristalizadas⁽³⁵⁾. Nesse sentido, os cinco encontros também provocaram incômodos e questionamentos acerca das relações de poder existentes no CAPS, de modo que em conjunto pudessem repensar a comunicação na equipe e novas articulações e modos de cuidado, considerando também o sujeito em sofrimento psíquico nesse processo.

Pensar a Reforma Psiquiátrica Brasileira como processo social complexo, requer transpor o olhar e crítica para além de processos instituídos restritos às políticas públicas que implementem e viabilizem a criação de serviços, proteção de direitos das pessoas em sofrimento mental, transformação teórico-conceitual e técnico assistencial; é necessário o fortalecimento de espaços coletivos para que o profissional da saúde tenha garantido condições de trabalho que favoreçam sua saúde física e mental, mas também, a criação de práticas colaborativas, territoriais, inclusivas, dialógicas, impulsionando a institucionalização do modelo de atenção psicossocial, transformando as políticas públicas em práticas instituídas a medida em que são efetivamente implementadas.

Sem um contexto de condições adequadas de trabalho, tais como, salário justo, adequação de quantitativo de RH, estabilidade e benefícios trabalhistas, não é possível avançar em discussões que transformem práticas instituídas, bem como aspectos de compreensão cultural e social. Qual a possibilidade de posicionamento crítico no que concerne à manicomialização do “cuidado”

como prática instituída diante de um cenário de vínculo frágil de trabalho? De risco de perda de estabilidade financeira? Como ampliar o olhar para o sujeito e seu sofrimento, incluindo os determinantes sociais nesse processo, se o trabalho é realizado a partir do fluxo tensionado, com sobrecarga de trabalho?

Pensar a saúde mental enquanto instituição é compreender as forças instituintes que possibilitam a institucionalização do cuidado pautado na atenção psicossocial, mas também é atentar-se para a tensão estabelecida entre forças instituintes e o instituído, em que o instituinte desafia e questiona também conquistas resultantes de lutas políticas e sociais, produzindo retrocessos trabalhistas, com perdas de direitos já garantidos.

Os retrocessos ocorridos nos últimos anos da Política de Saúde Mental no Brasil, como a remanicomialização e as tendências neoliberais mencionadas, são forças instituintes que desconstroem garantias sociais e trabalhistas já instituídas. A ênfase em políticas que enfraquecem a atenção integral à saúde mental limita a exposição dos profissionais a abordagens inovadoras e baseadas em direitos humanos e, portanto, preserva aquilo que já existe/está instituído no serviço.

No que se refere às limitações do estudo, aponta-se a baixa adesão e a rotatividade da participação nos encontros, que impossibilitou avançar na profundidade e abrangência de análises coletivas. Contudo, apesar dessa parcialidade, foi possível produzir reflexões importantes.

Nesse sentido, reitera-se a formação em serviço, baseada na Educação Permanente em Saúde, como espaço potente de aprendizagem coletiva por meio do olhar crítico-reflexivo, não só para práticas, com inclusão de novas abordagens de cuidado baseadas em direitos humanos⁽⁸⁾, mas também para o olhar para o mundo do trabalho, podendo fortalecer movimentos instituintes de lutas coletivas por melhores condições de trabalho.

CONCLUSÕES

As reflexões mobilizadas com os profissionais, por meio da formação em serviço de saúde mental, revelam forças instituintes que buscam transformar a instituição saúde mental, produzidas no próprio cenário do trabalho, por ser este um espaço de autoanálise e reflexão coletiva, que pode avançar em novas perspectivas de cuidado pautado na atenção psicossocial.

O aprendizado por meio do mundo do trabalho, a partir da perspectiva da formação em serviço baseada na Educação Permanente em Saúde, provoca desterritorialização no profissional e se configura como movimento instituinte na produção de transformação das práticas manicomialmente instituídas em um processo de institu-

cionalização da saúde mental-atenção psicossocial. Em contrapartida, identifica-se que a precarização do trabalho, que dificulta estes movimentos de mudança e agem em prol do instituído.

Nesse sentido, este estudo possibilitou a produção de ressonâncias e movimentos instituintes de mudança de práticas, mobilizados no próprio cenário do trabalho, por ser um espaço de autoanálise e reflexão coletiva, podendo avançar em novas perspectivas de cuidado pautado na atenção psicossocial.

A participação de profissionais de áreas distintas, ainda que não de forma assídua, é imprescindível para o fomento e a profundidade das discussões, assim como na contribuição para a construção do conhecimento coletivo, que são estratégias potentes para romper relações de poder, saberes cristalizados e centralizados no modelo biomédico- psiquiátrico. Além disso, espaços coletivos de formação, possibilitam o olhar para o mundo do trabalho como campo de aprendizado e de conscientização acerca das condições de trabalho, que pode favorecer a luta coletiva.

Financiamento

Esta pesquisa não recebeu apoio financeiro.

Conflito de Interesses

Nenhum.

Agradecimentos

As autoras gostariam de agradecer a contribuição das alunas de graduação, Ana Karolina Lobo da Silva e Mirelly Thaina de Oliveira Cebalho, pela colaboração na pesquisa.

Contribuições dos autores - CRediT

LAR: concepção; curadoria de dados; análise formal de dados; investigação; metodologia; administração do projeto; supervisão; validação; visualização; escrita – rascunho original e escrita - revisão e edição.

CGW: concepção; análise formal de dados; investigação; supervisão; validação; visualização; escrita – rascunho original e escrita - revisão e edição.

RLVS: investigação e escrita – revisão e edição.

REFERÊNCIAS

1. Ramos DKR, Paiva IKS, Guimarães J. Pesquisa qualitativa no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: vozes, lugares, saberes/fazer. *Ciênc Saúde Colet*. 2019 Marc;24(3):839-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.00512017>
2. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc Saúde Colet*.

- 2018 June;23(6):2067-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
3. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saude Publica*. 2021 Apr 07;37(3):e00042620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>
4. Lourau R. *A Análise institucional*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
5. Querino RA, Borges RS, Almeida JCP, Pauli AJC, Oliveira JL, Souza J. Qual o elemento central na Rede de Atenção Psicossocial de um município de Minas Gerais?. *Rev. eletrônica enferm*. 2020 Aug 31;22:59352. <https://doi.org/10.5216/ree.v22.59352>
6. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011 (BR) [Internet]. Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2011 Dec 23 [cited 2022 May 10]. Available from: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
7. Bongiovanni J, Silva RAN. Desafios da desinstitucionalização no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. *Psicol. soc*. 2019 Apr 04;31:e190259. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31190259>
8. Nota Técnica de n.º 11/2019, de 04 de fevereiro de 2019 (BR) [Internet]. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. 2019 Feb 04 [cited 2022 Apr 20]. Available from: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
9. Guimarães TAA, Rosa LCS. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*. [Internet]. 2019 May [cited 2022 May 15];21(44):111-38. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/5522/552264340005/html/>
10. Costa MV, Freire Filho JR, Brandão C, Silva JAM. A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2018;22(Suppl 2):1507-10. <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0636>
11. Sousa PF, Maciel SC, Medeiros KT. Paradigma biomédico x psicossocial: onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico? *Temas psicol*. 2018 June;26(2):883-95. <https://doi.org/10.9788/TP2018.2-13Pr>
12. Rézio LA, Ceccim RB, Silva AKL, Cebalho MTO, Borges FA. A dramatização como dispositivo para a Educação Permanente em Saúde mental: uma pesquisa-intervenção. *Interface (Botucatu)*. 2022 Mar 14;26:e210579. <https://doi.org/10.1590/interface.210579>
13. Emerich BF, Onocko-Campos R. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. *Interface (Botucatu)*. 2019 Feb 14;23:e170521. <https://doi.org/10.1590/Interface.170521>
14. Renault L, Ramos J. Participar da análise, analisar a participação: aspectos metodológicos de uma pesquisa-intervenção participativa em saúde mental. *Saúde Soc*. 2019 Oct;28(4):61-72. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190699>
15. Kasper M, Fortuna CM, Braghetto GT, Marcussi TC, Feliciano AB, L'Abbate S. Institutional analysis in scientific health production: an integrative literature review. *Rev. esc. enferm. USP*. 2020;54:e03587. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018046203587>
16. Rézio LA, Fortuna CM, Borges FA. Tips for permanent education in mental health in primary care guided by the Institutional Socio-clinic. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27:e3204. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3217.3204>
17. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BR) [Internet]. 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*. 2002 Feb 19 [cited 2023 Nov 01]. Available from: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
18. Borges FA, Silva ARN. O diário de pesquisa como instrumento de acompanhamento da aprendizagem e de análise de implicação do estudante/pesquisador. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24:e190869. <https://doi.org/10.1590/Interface.190869>
19. Dórbies DV. Em busca de agentes inquietantes para os coletivos: uma revisão conceitual articulada à Análise Institucional. *Mnemosine*. 2022;18(1):214-39. <https://doi.org/10.12957/mnemosine.2022.66396>
20. França T, Medeiros KR, Belisario SA, Garcia AC, Pinto ICM, Castro JL, et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. *Ciênc. saúde colet*. 2017;22(6):1817-28. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.30272016>
21. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 1. ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
22. Tavares CM, Mesquita LM. Sistematização da assistência de enfermagem e clínica ampliada: desafios para o ensino de saúde mental. *Enferm. Foco [Internet]*. 2019 [cited 2022 Nov 15];10(7):121-6. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2810/560>
23. Dórbies DV, L'abbate S. A resistência como analisador da saúde mental em Campinas (SP): contribuições da Análise

- Institucional. *Saúde Debate*. 2016 Jul;40(110):120-33. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611009>
24. Costa TD, Gonçalves LC, Manhães LSP, Tavares CMM, Cortez EA. Contribuindo para a educação permanente na saúde mental. *Biológicas & Saúde*. 2017 Marc 23;7(23). <https://doi.org/10.25242/88687232017647>
25. Jafelice GT, Silva DA, Marcolan JF. Potencialidades e desafios do trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2022 Jan-Mar;18(1):17-25. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2022.172106>
26. Rezio LA, Oliveira E, Queiroz AM, Sousa AR, Zerbetto SR, Marchetti PM, et al. O Neoliberalism and precarious work in nursing in the COVID-19 pandemic: repercussions on mental health. *Rev. esc. enferm. USP*. 2022 Jan 14;56:e20210257. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0257>
27. Nunes FC, Caixeta CC, Pinho ES, Souza ACS, Barbosa MA. Group technology in psychosocial care: a dialogue between action-research and permanent health education. *Texto contexto - enferm*. 2019 Oct 14;28:e20180161. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0161>
28. Pochmann M. Tendências estruturais do mundo do trabalho no Brasil. *Ciênc. saúde colet*. 2019 Oct 8;25(1):89-99. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29562019>
29. Morosini MVGC. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. *Trab. educ. saúde*. 2016 Nov;14(supl. 1):5-7. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00131>
30. Cebalho MTO, Rézio LA, Silva AKL, Borges FA, Bittencourt MN, Martins FA, et al. Trabalho interprofissional em saúde mental: compreensão dos profissionais e o cotidiano de trabalho. *Revista Baiana Enferm*. [Internet]. 2022 Feb 23 [cited 2023 Nov 01];36:e46762. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/46762>
31. Oliveira WF. Medicalização da vida: reflexões sobre sua produção cultural. In: Amarante P, Pitta AMF, Oliveira WF, editors. *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política*. São Paulo: Zagodoni; 2018. p. 11-5.
32. Ogata MN, Silva JAM, Peduzzi M, Costa MV, Fortuna CM, Feliciano AB. Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2021 June;55:e03733. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>
33. Moreira CP, Torrenté MON, Jucá VJS. Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica. *Interface (Botucatu)*. 2018 Oct;22(67):1123-34. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0500>
34. Duarte LPA, Moreira DJ, Duarte EB, Feitosa ANC, Oliveira AM. Contribuição da escuta qualificada para a integralidade na atenção primária. *Rev. Gest. Saúde* [Internet]. 2018 Marc 18 [cited 2022 Dec 12];8(3):414-29. Available from: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/10312>
35. Leite LS, Rocha KB. Educação Permanente em Saúde: Como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. *Estud. psicol. (Natal)* 2017 June;22(2):203-13. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20170021>