



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

ALINE LUIZA DE PAULO EVANGELISTA

**OS REFLEXOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM
SAÚDE MENTAL COLETIVA DO CEARÁ NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

FORTALEZA

2017

ALINE LUIZA DE PAULO EVANGELISTA

**OS REFLEXOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM
SAÚDE MENTAL COLETIVA DO CEARÁ NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará (UFC) como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Saúde Pública. Área de concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

Coorientadora: Prof^a. Ma. Ana Ester Maria Melo Moreira

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

E92r Evangelista, Aline Luiza de Paulo.
Os Reflexos da Implementação da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva do Ceará na Atenção Psicossocial / Aline Luiza de Paulo Evangelista. – 2017.
141 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2017.
Orientação: Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto. Coorientação: Profa. Ma. Ana Ester Maria Melo Moreira.

1. Educação Permanente em Saúde. 2. Residência Multiprofissional. 3. Saúde Mental. 4. Relações Interprofissionais. I. Título.

CDD 362.1

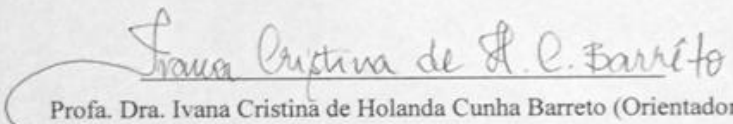
ALINE LUIZA DE PAULO EVANGELISTA

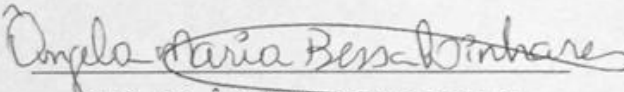
OS REFLEXOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM
SAÚDE MENTAL COLETIVA DO CEARÁ NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

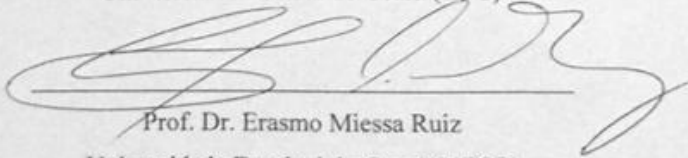
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde.

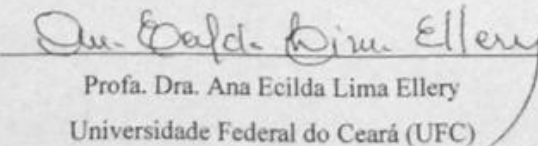
Aprovada em: 22/02/2017.

BANCA EXAMINADORA


Profª. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Ceará (FIOCRUZ-CE)


Profª. Dra. Ângela Maria Bessa Linhares
Universidade Federal do Ceará (UFC)


Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz
Universidade Estadual do Ceará (UECE)


Profª. Dra. Ana Ecilda Lima Ellery
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

Aos meus pais, João Evangelista (*in
memoriam*) e Valda Evangelista.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, à Trindade Santa e a Nossa Senhora, pois a minha fé acompanhou toda a jornada profissional vivenciada.

À minha família que sempre demonstrou orgulho de mim em toda a minha caminhada, em especial, Valda Evangelista (mainha), Isabel Evangelista (vovó), Jandson Evangelista (dedé), João Evangelista Filho (neném).

Ao meu companheiro, Renan Norjosa (mow), por todas as fases nas quais eu não acreditei em mim e você sempre acreditou, sempre me apoiou. Muito obrigada!

Ao Ministério da Saúde e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que por meio do Projeto Pró-Ensino na Saúde, possibilitaram apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio durante os 24 meses do Mestrado e o financiamento do trabalho de campo de onde foi gerada a base empírica desta pesquisa.

À Profa. Dra. Ivana Barreto, minha orientadora, pela paciência e maestria nas orientações realizadas. Fui acolhida de braços abertos, orientada e conduzida nesse mar de conhecimento que é a Saúde Coletiva. Gratidão!

À Profa. Ester Melo, coorientadora, pelas contribuições realizadas.

Aos professores participantes da banca examinadora, Prof. Dr. Erasmo Ruiz, Profa. Dra. Ângela Linhares e Profa. Dra. Ana Ecilda Ellery, por terem aceitado o convite com zelo e entusiasmo.

Aos professores do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará (UFC), pelos conhecimentos compartilhados nas disciplinas realizadas.

Aos funcionários do Departamento de Saúde Comunitária da UFC, pela disponibilidade em resolver as minhas demandas.

Aos profissionais da Escola de Saúde Pública do Ceará, pelo compromisso com a pesquisa e pela colaboração no andamento da mesma.

Aos atores sociais da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará entrevistados, pela disponibilidade em participar da pesquisa.

À Rúbia Andrade (rubinha), apoio técnico do projeto “Laboratório de Pesquisas em Ensino e Gestão do Conhecimento, da Educação e do Trabalho na Saúde”,

a quem devo imensamente o auxílio na realização e na transcrição das entrevistas dessa pesquisa. Eternamente grata!

Ao grupo bombril (bombriletes), composto por amigas do mesmo curso de mestrado, Carla da Silva, Daisy Lucena, Larissa Ferrer, Liene Ribeiro, Paula Negrão, Maryfranci Ferreira, Romênia Lima, pela ajuda prontamente e carinhosamente dada e pelos momentos compartilhados com tanta alegria. O processo ficou bem mais leve ao lado de vocês!

À turma de Mestrado, especialmente Rafael Bruno Torres (Rafa) e Max Cid Castelo Branco (Max), por todos os favores realizados.

A todos os meus amigos, essenciais em todas as etapas da minha vida, por todo o apoio demonstrado.

“A teoria sem prática vira ‘verbalismo’, assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria, tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade” (Paulo Freire).

RESUMO

Introdução e Objetivo Geral: A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi responsável pela criação das Residências Multiprofissionais em Saúde, especializações *lato sensu*, caracterizadas por ensino em serviço, educação e colaboração interprofissional na prática de equipes de saúde e metodologias ativas de aprendizagem. A Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará (RISMC-ESP/CE) iniciou a primeira turma em maio de 2013, a segunda em 2014 e a terceira em 2015, sendo disponibilizadas 53 vagas anuais. Assim, o objetivo geral foi analisar os reflexos da implementação da RISMC-ESP/CE na atenção psicossocial dos municípios de Aracati, Fortaleza, Horizonte e Iguatu-CE.

Metodologia: Estudo qualitativo descritivo, exploratório e analítico, que contou com análise documental e entrevistas semiestruturadas como técnicas para a construção das informações e considerações elaboradas. Os referidos municípios formaram o contexto do estudo, pois acolheram a primeira e a segunda turma, permitindo o alcance de uma visão mais longitudinal do processo. A amostragem intencional foi utilizada, sendo selecionados atores sociais envolvidos no processo, ao todo 34 participantes: secretários municipais de saúde, coordenadores de saúde mental, articuladores da RISMC-ESP/CE, gerentes dos serviços, preceptores de campo, profissionais dos CAPS que interagiram com os residentes e os residentes. Analisamos as informações através da Análise de Conteúdo Temática, considerando as discussões teóricas e as diretrizes nacionais da atenção psicossocial, da educação permanente em saúde e da literatura sobre educação e colaboração interprofissional. A pesquisa seguiu conforme os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Análise e Discussão dos Resultados: os reflexos da implementação da RISMC-ESP/CE na atenção psicossocial ressaltam a importância da PNEPS na formação de profissionais comprometidos com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), da Rede de Atenção Psicossocial e de competências necessárias para a promoção da saúde mental. As novas ações e os novos projetos realizados são representados pelo tripé de atuação interprofissional-integral-intersetorial. Os avanços na atenção psicossocial foram: mapeamento social e de saúde dos territórios de atuação; matriciamento em saúde mental para equipes de saúde da família; qualificação profissional tanto dos residentes quanto dos profissionais dos serviços; participação social em espaços de controle social como os conselhos de saúde; implantação de ações para gestão da clínica nos serviços; aumento da acessibilidade aos serviços psicossociais e minimização de estigmas em relação à saúde mental. Quanto aos desafios, parte decorrente da história e estrutura da Federação Brasileira, parte de fatos políticos municipais, e, dentro desta complexidade, das contradições desencadeadas pelo projeto civilizatório do SUS, temos: infraestrutura e processos organizacionais da ESP-CE e dos municípios insuficientes para garantia das condições ideais para programação teórico-prática da RISMC-ESP/CE, com destaque para a inadequação ou inexistência do incentivo financeiro aos preceptores. Apesar do esforço do núcleo de coordenação da RISMC-ESP/CE, percebemos também falhas na formação pedagógica dos preceptores e a incerteza quanto à continuidade da Residência para garantia da longitudinalidade das ações e continuação da minimização de estigmas nos territórios de atuação.

Considerações Finais: apesar dos desafios encontrados, revelamos inovações geradas pela RISMC-ESP/CE nas redes municipais de saúde, mostrando esta como uma estratégia de educação e colaboração interprofissional para a promoção da saúde mental e a viabilização da atenção psicossocial.

Palavras-chaves: Educação Permanente em Saúde, Residência Multiprofissional, Saúde Mental, Relações Interprofissionais.

ABSTRACT

Introduction and Geral Objective: The National Policy of Permanent Education in Health (NPPEH) was responsible for the creation of Multiprofessional Residences in Health, *lato sensu* specializations, characterized by in-service teaching, education and interprofessional collaboration in the practice of health teams and active learning methodologies. The Integrated Residence in Collective Mental Health of the School of Public Health of Ceará (RCMH-SPH/CE) started the first group in May 2013, the second in 2014 and the third in 2015, with 53 vacancies made available annually. Thus, the general objective was to analyze the reflexes of the implementation of RCMH-SPH/CE in the psychosocial care of the municipalities of Aracati, Fortaleza, Horizonte and Iguatu-CE. **Methodology:** Descriptive, exploratory and analytical qualitative study, which included documentary analysis and semi-structured interviews as techniques for the construction of information and elaborated considerations. The mentioned municipalities formed the context of the study, since they welcomed the first and second class, allowing the scope of a more longitudinal view of the process. Intentional sampling was used, with a selection of social actors involved in the process, 34 participants: municipal health secretaries, mental health coordinators, RCMH-SPH/CE coordinators, service managers, field preceptors, CAPS professionals who interacted with residents and residents. We analyze the information through the Thematic Content Analysis, considering the theoretical discussions and the national guidelines of psychosocial care, the permanent education in health and the literature on education and interprofessional collaboration. The research followed the ethical precepts of Resolution 466/12 of the National Health Council. **Analysis and discussion of results:** The reflexes of the implementation of RCMH-SPH/CE on psychosocial care highlights the importance of NPPEH in the training of professionals committed to the development of the Unified Health System (UHS), the Psychosocial Care Network and the skills required to promote mental health. The new actions and the new projects carried out are represented by the interprofessional-integral-intersectoral tripod. The advances in psychosocial care were: social and health mapping of the territories of action; Mental health training for family health teams; Professional qualification of both residents and service professionals; Social participation in spaces of social control such as health councils; Implementation of actions to manage the clinic in the services; Increasing accessibility to psychosocial services and minimizing stigmas in relation to mental health. Regarding the challenges, part of the history and structure of the Brazilian Federation, part of municipal political facts, and, within this complexity, of the contradictions triggered by the civilizing project of UHS, we have: infrastructure and organizational processes of SPH-CE and municipalities insufficient to Guarantee of the ideal conditions for RCMH-SPH/CE theoretical and practical programming, highlighting the inadequacy or lack of financial incentive to teachers. Despite the efforts of the coordination center of RCMH-SPH/CE, we also noticed deficiencies in the pedagogical training of preceptors and the uncertainty regarding the continuity of the Residence to guarantee the longitudinality of actions and the continuation of the minimization of stigmas in the areas of activity. **Final considerations:** Despite the challenges encountered, we revealed innovations generated by RCMH-SPH/CE in the municipal health networks, showing this as a strategy of education and interprofessional collaboration for the promotion of mental health and the viabilization of psychosocial care.

Keywords: Permanent Education in Health, Multiprofessional Residence, Mental Health, Interprofessional Relations.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Justificativa e Relevância	19
2 OBJETIVOS	22
2.1 Geral	22
2.2 Específicos	22
3 REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1 Algumas considerações históricas sobre Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial no Brasil	23
3.1.1 Crítica ao Modelo Hegemônico Hospitalocêntrico (1978-1991).....	25
3.1.2 Implantação dos Serviços Substitutivos em Saúde Mental (1991-2000)..	28
3.1.3 Após a Lei Nacional Paulo Delgado (a partir de 2001).....	29
3.2 Rede de Atenção Psicossocial do Ceará: breve histórico	33
3.3 Residências Integradas/Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil.....	35
3.4 O contexto cearense das Residências Multiprofissionais em Saúde Mental.....	45
3.5 Educação e Colaboração Interprofissional na Saúde	50
4 METODOLOGIA	64
4.1 Tipo de Pesquisa.....	64
4.2 Cenário da Pesquisa.....	65
4.3 Atores Sociais da Pesquisa.....	69
4.4 Técnicas de Construção das Informações.....	70
4.5 Técnicas de Análise das Informações.....	71
4.6 Questões Éticas da Pesquisa.....	72
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	74
5.1 A implementação da RISMIC-ESP/CE e os processos históricos, políticos e pedagógicos implicados.....	74
5.2 Os principais desafios da implementação da RISMIC-ESP/CE na Atenção Psicossocial e a necessidade de superação.....	89
5.3 Os avanços na Atenção Psicossocial e a Promoção da Saúde Mental com a implementação da RISMIC-ESP/CE.....	93
5.4 A inovação de ações e de projetos na Rede de Atenção Psicossocial.....	100
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICES	127

Apêndice-A. Roteiro de entrevista semiestruturada para secretários municipais de saúde.....	127
Apêndice-B. Roteiro de entrevista semiestruturada para coordenadores da saúde mental do município.....	128
Apêndice-C. Roteiro de entrevista semiestruturada para articuladores da RIS-ESP-CE.....	129
Apêndice-D. Roteiro de entrevista semiestruturada para gerentes e trabalhadores de serviços de saúde mental.....	130
Apêndice-E. Roteiro de entrevista semiestruturada para preceptores de campo.....	131
Apêndice-F. Roteiro de entrevista semiestruturada para residentes.....	132
Apêndice-G. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Secretário (a) Municipal de Saúde.....	134
Apêndice-H. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Coordenador (a) de Saúde Mental.....	135
Apêndice-I. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Articulador (a) da RIS-ESP/CE.....	136
Apêndice-J. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Gerente de Saúde Mental.....	137
Apêndice-K. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Preceptor (a) da RIS-ESP/CE.....	138
Apêndice- L. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Trabalhador (a) dos serviços.....	139
Apêndice-M. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Residente de Saúde Mental da RIS-ESP/CE.....	140

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Rede de Atenção à Saúde Mental na concepção do Ministério da Saúde. Fonte: BRASIL (2004e)	32
Figura 2:	Elementos determinantes das lógicas da profissionalização e da colaboração interprofissional. Fonte: Adaptado por Furtado (2009) de D'amour et al. (1997, p.22).....	55
Figura 3:	Combinação Ótima para Serviços de Saúde Mental. Fonte: Adaptado por OMS e WONCA (2008) de WHO (2006).....	60
Figura 4:	Processos históricos, políticos e pedagógicos da RISM-C-ESP/CE....	75
Figura 5:	Marcos Históricos Nacionais e Estaduais para a implementação da RIS-ESP/CE.....	76
Figura 6:	Divisão da carga horária segundo atividade pedagógica envolvida e os cenários de ensino-aprendizagem da RIS-ESP/CE. Fonte: adaptado pela autora de Ceará, Escola de Saúde Pública (2012).....	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Ceará	46
Quadro 2:	Distribuição de vagas da RISMIC-ESP/CE de 2013 a 2015	48-49
Quadro 3:	Módulos Específicos da RISMIC-ESP/CE	49-50
Quadro 4:	Distribuição de vaga por categoria profissional dos residentes da RISMIC-ESP/CE em Aracati	66
Quadro 5:	Distribuição de vagas por categoria profissional dos residentes da RISMIC-ESP/CE em Fortaleza	67
Quadro 6:	Distribuição de vagas por categoria profissional dos residentes da RISMIC-ESP/CE em Horizonte.....	68
Quadro 7:	Distribuição de vagas por categoria profissional dos residentes da RISMIC-ESP/CE em Iguatu	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde
ART - Articulador (a) da RISMIC-ESP/CE
CAIPE - Centro para o Avanço da Educação Interprofissional
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST - Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRMS - Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde
CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
COPAS - Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde
COOR – Coordenador (a) de saúde mental
DOU - Diário Oficial da União
EaD - Educação à Distância
EPS - Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
ESP-CE - Escola de Saúde Pública do Ceará
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
GER - Gerente de serviço de saúde mental
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPC - Instituto de Psiquiatria do Ceará
MEC - Ministério da Educação
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
MS - Ministério da Saúde
NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial
NASFs - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NUSAM - Núcleo de Atenção à Saúde Mental
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-americana da Saúde
PET - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PREC - Preceptor (a) da RISMIC-ESP/CE

PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RDA - Rede de Docente-Assistencial

RES - Residente

RESMULTI - Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde

RIS-ESP/CE - Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará

RISMIC-ESP/CE - Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará

RMS - Residência Multiprofissional em Saúde

RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira

RMSM - Residências Multiprofissionais em Saúde Mental

SAEE - Sistema Autônomo de Água e Esgoto

SEC - Secretário (a) de Saúde

SESA - Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

SMC - Saúde Mental Coletiva

SRTs - Serviços Residenciais Terapêuticos

UECE - Universidade Estadual do Ceará

UFC - Universidade Federal do Ceará

UNI - Uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade

UVA - Universidade Estadual Vale do Acaraú

SMSE - Sistema Municipal de Saúde Escola

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRAB - Trabalhador (a) dos serviços

1 INTRODUÇÃO

A luta pela garantia do direito universal à saúde através do Movimento da Reforma Sanitária começou no final dos anos de 1970, apresentando como proposta a reorientação do sistema de saúde voltado para questões que superassem o processo saúde-doença, tomando como base ações e serviços amplos que se contrapunham ao modelo biologicista de assistência à saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é apresentado na Constituição Federal Brasileira de 1988 através do Capítulo VIII da Ordem social e na seção II referente à Saúde no artigo 196 no qual afirma que “A saúde é direito de todos e dever do estado” (BRASIL, 1988), tendo sido regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1991).

Assim, a saúde passou a ser definida de forma mais ampla, apresentando a proposta de uma Saúde Coletiva preocupada com o bem-estar social, assumindo que a saúde possui fatores determinantes e condicionantes para além da doença, como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1988).

Ao abordar as conquistas da Reforma Sanitária para construção da Saúde Coletiva, cabe pensar sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) que ocorria concomitante a partir da década de 1980, defendendo a substituição do modelo de Saúde Mental baseado em hospitais psiquiátricos para um modelo centrado nos serviços comunitários com a inserção no território, mostrando as fortes discussões para desconstrução dos manicômios e construção de espaços coletivos capazes de promover cidadania das pessoas com transtornos mentais e não apenas o cuidado da doença (AMARANTE et al., 1995; VASCONCELOS, PASCHE, 2012).

O redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental acima referido e os direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais estão garantidos na Lei nº 10.216, que foi sancionada em 2001, sendo que a partir do Decreto Presidencial nº 7.508/2011 e da Portaria nº 3088/2011 a RAPS foi ampliada, integrando um conjunto de redes com equipamentos substitutivos ao modelo manicomial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2001a, 2001b, 2002c, 2011a, 2011b, 2013).

Dentro do contexto abordado é de suma importância considerar a relação da educação na saúde no que diz respeito à construção de um SUS realmente universal, integral e coletivo, não fragmentado por ações individuais, considerando tal intersectorialidade em seu contexto social, político e cultural no qual os profissionais dos serviços de saúde estão inseridos cotidianamente (CARVALHO & CECCIM, 2012; CECCIM, 2005b, 2009; MOROSINI et al., 2009).

Os profissionais de saúde necessitam compreender, segundo Morosini et al. (2009), a potencialidade educativa existente nos vários atos promovidos nas ações e nos serviços de saúde, podendo compreender todos os trabalhadores da saúde como educadores, e estes, junto com a população atendida, sujeitos do processo de produção dos cuidados em saúde.

Uma condição indispensável para o profissional de saúde mudar ou incorporar novos elementos à sua práxis é o sentimento de indignação e o desconforto com a realidade (CECCIM et al., 2009), realidade esta composta pelo contexto dos serviços públicos de saúde, em que a infraestrutura precária, o subfinanciamento crônico e o descompromisso de alguns gestores públicos alimenta a postura de acomodação e, por vezes, até mesmo desonesta, de alguns, dentre os milhões de profissionais de saúde do Brasil.

Tais profissionais necessitam dialogar entre si com base interdisciplinar e interprofissional para alcançarem a interação necessária à intervenção nas demandas apresentadas pelos usuários dos serviços de saúde, tendo em vista o alcance da integralidade entendida como a abordagem do indivíduo em sua totalidade (MATTOS, 2006). O diálogo aqui falado refere-se ao alcance da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade na qual a hierarquia do conhecimento é desconstruída, priorizando os diversos saberes para uma educação crítica e transformadora da realidade (FREIRE, 1987).

A formação profissional na área da saúde passou a ser também uma atribuição do SUS na Constituição Federal Brasileira de 1988. A partir da década de 1990, fortaleceu-se a preocupação com a Educação Permanente em Saúde (EPS), gerando discussões e ações do Ministério da Saúde (MS), tendo em vista a necessidade de formar profissionais capazes de atuar na realidade do sistema de saúde público brasileiro. Dentro deste contexto, surge a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004a) que assume a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde como uma estratégia do SUS.

Considerando que a EPS tem o desafio de relacionar a teoria e a prática, a formação e o cotidiano de trabalho, de maneira tal que supere a lógica da mera capacitação, os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) surgem no Brasil como processo formativo na prática de equipes de saúde, utilizando-se de metodologias ativas e participativas a partir da centralidade da Educação Permanente (BRASIL, 2006a).

A RMS passa a ser considerada a partir da Portaria Interministerial Ministério da Saúde/Ministério da Educação nº 45 como um curso de especialização destinado aos profissionais de saúde, sendo constituído como ensino de pós-graduação *lato sensu*, possuindo em sua metodologia o ensino em serviço (BRASIL, 2007a). Ela é diferente das residências historicamente destinadas aos profissionais de Medicina por proporcionar que outras categorias profissionais da saúde, através da educação pelo trabalho, possam ter uma formação multiprofissional e não especializada de cunho uniprofissional.

Os programas de RMS são compostos por atividades teórico-práticas, completando uma carga horária de 60 (sessenta) horas semanais em regime de dedicação exclusiva no período de 2 (dois) anos. As atividades práticas devem compor 80% da carga horária semanal, pois o ensino em serviço tem a sua centralidade no trabalho, sendo que as demais atividades, as teóricas, compõem os 20% restantes. Frisamos que as atividades acontecem sob a supervisão de preceptores, tutores e coordenadores (BRASIL, 2010).

Dentro desse cenário de educação pelo trabalho, a Resolução da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS) nº 02, de 13 de abril de 2012, considera que um programa de RMS é composto por no mínimo três categorias profissionais da saúde, sendo compartilhado o mesmo processo formativo, enquanto um programa composto apenas de uma categoria profissional de saúde é considerado como Residência em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2012a).

A RMS é capaz de proporcionar aos residentes o desenvolvimento de competências profissionais dentro do campo de prática que estão inseridos, compartilhando conhecimentos e práticas que ultrapassam o mero fazer técnico, com potencial para proporcionar transformações no cotidiano dos serviços de saúde a partir da prática colaborativa, já que neste processo educacional os profissionais aprendem “com, para e sobre” os outros profissionais visando à melhoria da colaboração e da qualidade dos cuidados (CAIPE, 2002).

Consideramos as RMS como estratégias de educação interprofissional e prática colaborativa inseridas mais profundamente no encontro do campo formativo e do trabalho, sendo inseparáveis e interdependentes de tal modo que os profissionais residentes são mais que estudantes, eles são trabalhadores do sistema público de saúde, sendo assim, podem produzir um impacto da Educação no Trabalho mais direto e concreto (D'AMOUR, et al. 2005; D'AMOUR, OANDASAN, 2005).

A educação interprofissional em saúde é fundamental na formação dos profissionais de saúde do século XXI (CAIPE, 2002; FRENK, 2010), pois esta contribui positivamente para uma abordagem ampla das demandas em saúde (OMS, 2010). No caso da Saúde Mental, temos a otimização da atenção psicossocial a partir da prática colaborativa (OMS, 2006, 2010; OMS & WONCA, 2008).

Desse modo, partimos da consideração que as Residências Multiprofissionais em Saúde Mental constituem-se tanto em uma estratégia de educação e colaboração interprofissional quanto uma estratégia de consolidação da atenção psicossocial decorrente das discussões da RPB, rompendo com a centralidade da Saúde Mental como especialidade da Psiquiatria, formando assim profissionais que irão compor o corpo profissional da rede de serviços psicossociais (GAMA & ZANERATO, 2010).

É exigido que os profissionais compreendam em sua formação o contexto social, econômico, político e cultural que as pessoas acometidas por transtornos mentais estão inseridas juntamente com as suas famílias. É necessário compreender a singularidade e a subjetividade dos indivíduos, partindo da concepção de que a existência dos mesmos acontece a partir disto. Logo, os profissionais da saúde que são comprometidos com a questão da Saúde Mental precisam reconhecer o seu papel político e a sua função educativa, exercitando assim a análise crítica da realidade (BASAGLIA, 1998).

1.1 Justificativa e Relevância do Estudo

A minha aproximação enquanto pesquisadora com a temática das Residências Multiprofissionais em Saúde como estratégias de educação e colaboração interprofissional em saúde, mais precisamente na Saúde Mental, iniciou quando me inseri no grupo de pesquisa “Educação e Colaboração Interprofissional para o SUS e Estratégia Saúde da Família” e no projeto “Laboratório de Pesquisas em Ensino e

Gestão do Conhecimento, da Educação e do Trabalho na Saúde”, coordenados pela Prof^a. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto e vinculados ao Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Neste caminho foi possível participar da pesquisa intitulada “Residência Integrada em Saúde com ênfase em Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará: um Estudo de Caso”, possibilitando o acesso aos diversos atores sociais envolvidos (profissionais residentes, preceptores, coordenadores e tutores) no desenvolvimento das duas ênfases pesquisadas.

Mesmo sem ter passado pela experiência de ser profissional residente, o meu comprometimento com a educação na saúde é proveniente das vivências e dos conhecimentos adquiridos enquanto integrante do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/Vigilância em Saúde) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) nos anos de 2010 a 2012, o que contribuiu para ampliar o meu olhar profissional dentro da complexidade da Saúde Coletiva, com foco neste estudo, na educação para profissões da saúde.

A Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE) com ênfase em Saúde Mental Coletiva (RISMC-ESP/CE) despertou admiração pelo perceptível tensionamento existente entre o modelo de atenção manicomial e o modelo de atenção psicossocial, tendo em vista que a minha formação acadêmica em Serviço Social é baseada historicamente nos tensionamentos existentes na sociedade e não seria possível dissociar a base crítica proveniente de um curso das Ciências Sociais Aplicadas diante da realidade complexa vivenciada na prática profissional de saúde.

A implementação da RIS-ESP/CE nas Redes de Saúde do Estado do Ceará de cunho Comunitário é composta pelas residências com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental Coletiva e Saúde Coletiva. As primeiras turmas da RIS-ESP/CE iniciaram as atividades em maio de 2013, a segunda turma em maio de 2014 e a terceira em março de 2015, sendo que para a ênfase em Saúde Mental Coletiva foram disponibilizadas 53 vagas para cada turma, totalizando 159 residentes na RAPS do Ceará (CEARÁ, 2014).

A RIS-ESP/CE de base comunitária inicialmente foi disponibilizada para 23 municípios cearenses, são estes: Brejo Santo, Fortaleza, Casavel, Horizonte, Iguatu, Aracati, Canindé, Maracanaú, Quixadá, Jaguaruana, Tauá, Caucaia, Baturité, Itapipoca, Russas, Limoeiro do Norte, Sobral, Acaraú, Tianguá, Crateús, Icó, Crato e Juazeiro do

Norte. Para a RISMIC-ESP/CE, o processo inicial de interiorização deu-se em Aracati, Horizonte, Jaguaruana e Iguatu, durante o ano de 2013.

É fato conhecido que o SUS sofre com um sub-financiamento crônico e problemas de gestão o que afeta os serviços da RAPS. Desse modo, por exemplo, a primeira turma de residentes da RISMIC-ESP/CE iniciou no ano de 2013 quando a mídia expunha que a RAPS no município de Fortaleza-CE encontrava-se funcionando de maneira deficiente em relação à falta de profissionais nos CAPS, falta de medicamentos psicotrópicos e falta de leitos em hospitais psiquiátricos (TRIBUNA DO CEARÁ EM JORNAL JANGADEIRO, 2015; DIÁRIO DO NORDESTE, 2013, 2015). Questionei em seguida como tais profissionais residentes estariam inseridos diante da realidade desafiadora da Saúde Mental nos 184 municípios do Estado de Ceará.

Dessa forma, considerando a necessidade da educação para profissões da saúde, a justificativa e a relevância do estudo proposto na presente pesquisa são baseadas na importância de analisar o processo de implementação da RISMIC-ESP/CE frente o contexto da RAPS no Estado do Ceará, tendo em vista o subfinanciamento e os problemas estruturais dos serviços do SUS, sabendo que a operacionalização da rede tem responsabilidades em cada esfera de governo (BRASIL, 2014b; 2011; 2002).

Outros aspectos que compõem a justificativa e a relevância do estudo são as contribuições da implementação da RISMIC-ESP/CE como estratégia de educação e colaboração interprofissional para a promoção da saúde mental e para o fortalecimento da atenção psicossocial, produzindo fundamentos para futuras intervenções na melhoria da formação profissional e da qualidade dos serviços de Saúde Mental, sabendo que a necessidade de mudança ou transformação vem da percepção de que a realidade está insatisfatória diante dos desafios do trabalho em saúde (CECCIM et al., 2009).

Frisamos ainda a importância do fato deste estudo apresentar reflexões sobre o campo da Educação Permanente em Saúde e das Residências Multiprofissionais em Saúde Mental, considerando a existência de poucas publicações na referida área de conhecimento, fomentando o desenvolvimento da produção científica.

Diante deste contexto, apresentamos como perguntas norteadoras: quais os reflexos da implementação da RISMIC-ESP/CE na atenção psicossocial nos municípios do Ceará, mais especificamente, em Aracati, Fortaleza, Horizonte e Iguatu-CE? Qual a percepção dos atores sociais envolvidos nessa implementação sobre os avanços e os desafios na atenção psicossocial? Quais as novas ações e os novos projetos implementados nesses municípios através RISMIC-ESP/CE?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar os reflexos da implementação da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará na atenção psicossocial nos municípios de Aracati, Fortaleza, Horizonte e Iguatu-CE.

2.2 Específicos

- Compreender os processos históricos, políticos e pedagógicos implicados na RISMIC-ESP/CE;
- Compreender a percepção dos atores sociais envolvidos sobre os avanços e os desafios na atenção psicossocial com a implementação da RISMIC-ESP/CE;
- Identificar as novas ações e os novos projetos desenvolvidos no processo de implementação da RISMIC-ESP/CE, a partir da percepção dos atores sociais envolvidos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Algumas considerações históricas sobre a Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial no Brasil

Ao pensarmos sobre a RPB é necessário considerarmos a historicidade dos processos responsáveis pela sua construção, incluindo as conquistas e os desafios inerentes à mesma. É importante analisar e compreender a questão da Saúde Mental no Brasil a partir do seu contexto histórico, tendo em vista a dinamicidade presente na realidade social e política do país (SCHECHTMAN & ALVES, 2014).

Assim, partimos da consideração da RPB enquanto um processo político e social complexo que apresenta em sua composição diferentes impasses, instituições, atores, movimentos, práticas, valores e demais aspectos referentes à transformação do modelo hospitalocêntrico tradicional da Psiquiatria (AMARANTE et al., 1995; BRASIL, 2005d; LANCETTI & AMARANTE, 2012).

Antes de nos determos ao início das discussões antimanicomiais na realidade brasileira, faz-se importante resgatar as discussões internacionais sobre tal temática, mais precisamente a experiência em Gorizia e Trieste na Itália, pois estas repercutiram no Brasil e influenciaram diretamente as mudanças ocorridas no modelo de atenção psicossocial para além dos paradigmas da Psiquiatria Tradicional (LANCETTI & AMARANTE, 2012).

Com base em Foucault (1978) temos que a loucura passa a ser apropriada pela Medicina no final do século XVIII e início do século XIX, sendo transformada em doença mental para tratamento através da Psiquiatria. O louco passa a ser doente mental, recebendo atenção focada no modelo hegemônico hospitalocêntrico, preservando a segregação social inerente à história social da loucura. Merece ser destacado que antes desse caráter médico-científico, os Hospitais Gerais e Santas Casas de Misericórdia abrigavam leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos e todos os que representassem ameaças à lei e a ordem social (AMARANTE et al., 1995).

No Brasil, em 1852, o Imperador Dom Pedro II ordenou a criação do primeiro hospital psiquiátrico na cidade do Rio de Janeiro, Hospício D. Pedro II, sendo inicialmente um espaço marcadamente religioso dirigido por Santa Casa de Misericórdia, em 1886 passou a ser dirigido por médicos psiquiátricos com a proposta

do tratamento moral de Pinel (COSTA, 2007; DEVERA & COSTA-ROSA, 2007; SCHECHTMAN & ALVES, 2014).

A figura do médico clínico surgiu em 1793 apresentando Philippe Pinel como sua principal expressão, organizando o espaço asilar e impondo uma prática terapêutica pautada no tratamento moral, transformando o ambiente em instituição médica e não mais social/filantrópica, desenvolvendo o saber psiquiátrico (AMARANTE et al., 1995).

Não retirando a importância do avanço proporcionado pela iniciativa de Pinel, mas o modelo de hospital psiquiátrico criado por ele passou a receber críticas de maus-tratos, de violências e de violação de direitos humanos das pessoas internadas, passando a entrar no contexto as discussões sobre reformas psiquiátricas, principalmente no final e após a Segunda Guerra Mundial, pois os europeus assemelharam os hospícios aos campos de concentração (LANCETTI & AMARANTE, 2012).

Com as discussões e ações sobre as reformas psiquiátricas internacionais que se contrapunham ao modelo asilar gerador de exclusão social, temos as principais experiências na Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional inglesa, na Psiquiatria da Comunidade norte-americana, na experiência francesa da Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva, além da Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática italiana articulada principalmente por Franco Basaglia, sendo esta a principal influência da RPB (AMARANTE et al., 1995).

Ao falar sobre a psiquiatria e o tratamento da loucura, Basaglia (1979, p. 57) afirma que “a psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença”, com isso esta psiquiatria afastou-se das pessoas com sofrimento psíquico, priorizando o tratamento das doenças como se fosse uma infecção ou um traumatismo, mas o que Basaglia propõe é colocar a doença abstrata entre parênteses, a partir daí tratar e lidar com os sujeitos concretos que estão sofrendo (LANCETTI & AMARANTE, 2012).

Em Trieste, no ano 1971, Franco Basaglia inicia o processo de desmontagem do aparato manicomial italiano, defendendo novos espaços e novas formas de lidar com a loucura e a doença mental, priorizando a base territorial (AMARANTE et al., 1995). Essa experiência da Psiquiatria Democrática buscou superar os conceitos como alienação mental, isolamento e tratamento moral,

característica esta não presente nas reformas psiquiátricas anteriores (LANCETTI & AMARANTE, 2012).

Vale ressaltar que essa prática crítica à Psiquiatria Tradicional tem início na década de 1960 em um hospital psiquiátrico em Goriza - Itália quando Basaglia realiza um trabalho de humanização e revela a conexão entre os interesses político-sociais e a instituição ciência psiquiátrica (AMARANTE et al., 1995).

Tanto a experiência em Goriza quanto em Trieste são intensificadas com a Lei nº 180 aprovada em 13 de maio de 1978, Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana ou Lei Basaglia, rompendo com o paradigma clínico e instituindo serviços substitutivos de Atenção à Saúde Mental com base territorial (na comunidade), prescrevendo a extinção dos manicômios italianos (LANCETTI & AMARANTE, 2012). Franco Rotelli (1990) utiliza o termo desinstitucionalização para mostrar que essas mudanças na Atenção à Saúde Mental compõem um processo social complexo que não deve ser reduzido ao mero conceito de desospitalização.

As experiências retratadas influenciaram as discussões da RPB podendo ser dividida em três fases para melhor organização do levantamento histórico aqui realizado: a crítica ao modelo hegemônico hospitalocêntrico (1978-1991), a implantação da rede extra-hospitalar (1991-2000) e após a Lei Nacional Paulo Delgado (a partir de 2001) (BRASIL, 2005d), ressaltando que tais fases não ocorrem isoladamente, mas sim de forma contínua até os dias atuais.

Apresentamos a seguir tais fases.

3.1.1 Crítica ao Modelo Hegemônico Hospitalocêntrico (1978-1991)

Ao abordar a trajetória da RPB o autor Paulo Amarante (1995) apresenta o ano de 1978 como marco inicial das principais reivindicações acerca da superação do modelo hospitalocêntrico, justamente pela chamada “Crise da DINSAM”, Divisão Nacional de Saúde Mental, após denúncias de condições precárias, clima de ameaças e violências a profissionais e aos pacientes das instituições psiquiátricas, além das denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas que também marcam tal período (AMARANTE et al., 1995).

Na década de 1970 o Movimento de Reforma Psiquiátrica acontece concomitantemente com as discussões do Movimento de Reforma Sanitária (SCHECHTMAN & ALVES, 2014), este lutando pela garantia de direito universal à

saúde, apresentando como proposta a reorientação do sistema de saúde voltado para a democratização da sociedade, a universalização do direito à saúde, um sistema de saúde de natureza pública e descentralizada, integrando ações curativas e preventivas, contando com participação do povo (BORBA, 1998).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto por militantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, ganha visibilidade neste período de 1978, principalmente no Congresso Brasileiro de Psiquiatria realizado em Camboriú, Santa Catarina (BRASIL, 2005d; SCHECHTMAN & ALVES, 2014).

É este o movimento que protagoniza as denúncias de violência dos hospitais psiquiátricos, da mercantilização da loucura e da hegemonia de uma rede privada de assistência às pessoas com transtornos mentais, construindo coletivamente críticas ao modelo hospitalocêntrico e ao seu chamado saber psiquiátrico (BRASIL, 2005d). O MTSM apresenta como as suas principais bandeiras de luta: a humanização da assistência, a denúncia da baixa qualidade do atendimento, dos custos elevados e das condições de trabalho (SCHECHTMAN & ALVES, 2014).

Durante a década de 1980 ocorrem diversos eventos para a reorientação do modelo de assistência à Saúde Mental. Temos em 1987 no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), opondo-se à lógica hospitalocêntrica e recomendando a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares com a temática “Mudança do Modelo Assistencial” (AMARANTE et al., 1995; BRASIL, 2005d; SCHECHTMAN & ALVES, 2014).

No mesmo ano realiza-se o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru no Estado de São Paulo onde se concretiza o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil com a construção do lema “Por uma sociedade sem manicômios”, mostrando o caráter político do Movimento de Reforma Psiquiátrica, ressaltando que é possível abordar a questão da loucura de outras maneiras (AMARANTE et al., 1995; BRASIL, 2005d; SCHECHTMAN & ALVES, 2014).

Essa nova etapa dos anos de 1980 repercutiu no modelo assistencial, na ação cultural e na ação jurídico-política. Quanto ao âmbito do modelo assistencial este momento é marcado pelo surgimento de novas modalidades de atenção que são apresentadas como alternativas reais ao modelo psiquiátrico tradicional. Podemos citar a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no ano de 1987 em São

Paulo que recebeu o nome de Professor Luiz da Rocha Cerqueira, sendo uma forte influência em todo o país para criação e transformação dos serviços de Atenção à Saúde Mental (AMARANTE et al., 1995).

A RPB ganhou repercussão nacional em 3 de maio de 1989 com a intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) no hospital psiquiátrico privado Casa de Saúde Anchieta, pois nesta instituição foram constatadas barbaridades, incluindo óbitos de pacientes (AMARANTE et al., 1995). No mesmo local uma equipe de saúde liderada pelo psiquiatra Roberto Tykanori começou a gerenciar o hospital que contava com aproximadamente quinhentos pacientes, bem como vários profissionais de saúde entraram no hospício para cuidar das pessoas que ali se encontravam em estado de saúde lamentável (LANCETTI & AMARANTE, 2012).

A partir dessa experiência no município de Santos são implantados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com funcionamento 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os pacientes egressos do hospital e associações, demonstrando a possibilidade dos serviços alternativos/substitutivos ao modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005d).

Os NAPS além de estarem instalados com base no território surgem articulados de tal forma que fez de Santos a primeira cidade do Brasil sem manicômios, mostrando ser possível cuidar de pessoas com sofrimento mental intenso sem o hospital ser o centro do cuidado. No ano de 1989 existiam treze NAPS ou CAPS e oitenta mil leitos hospitalares, mostrando o avanço significativo da RPB (LANCETTI & AMARANTE, 2012).

Um ano depois da promulgação da Constituição Federal Brasileira no ano de 1988 e da criação do SUS, o Congresso Nacional recebe o Projeto de Lei 3.657/89 do deputado Paulo Delgado (PT/MG) propondo a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados do país, mostrando o avanço da Reforma Psiquiátrica no âmbito jurídico-político (AMARANTE et al., 1995; BRASIL, 2005d).

O Brasil é país signatário no ano de 1990 em Caracas-Venezuela na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde convocada pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). A Declaração de Caracas é elaborada, defendendo a reestruturação e as reformas da assistência à saúde mental nas Américas (JORGE & FRANCA, 2001).

Durante esse mesmo período, a Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) adota em 1991 os Princípios para a Proteção dos Enfermos Mentais e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental, dando visibilidade aos direitos das pessoas que necessitam de tratamento psiquiátrico (JORGE & FRANCA, 2001).

3.1.2 Implantação dos Serviços Substitutivos em Saúde Mental (1991-2000)

O compromisso firmado pelo Brasil na Declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental marcam a década de 1990, pois passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais de regulamentação da implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, além das primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005d).

O Ministério da Saúde (MS) em 1991 cria a Portaria GM/MS nº 189 referindo-se ao financiamento dos serviços de Saúde Mental para além das internações em hospitais psiquiátricos, incluindo procedimentos para a mudança do modelo assistencial (SCHECHTMAN & ALVES, 2014). A Portaria GM/MS nº 222/1992 é também publicada pelo MS, estabelecendo normas mínimas de funcionamento para todos os serviços de Saúde Mental, recadastrando todos os estabelecimentos psiquiátricos do Brasil (SCHECHTMAN & ALVES, 2014).

A participação social no campo da Saúde mental e nas demais políticas de saúde marca a história da saúde pública brasileira a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, das leis federais nº 8.880/1991 e nº 8.142/1992, garantindo que a comunidade tenha acesso à gestão do SUS. As Conferências Nacionais de Saúde Mental que são realizadas desde 1987 são exemplos das possibilidades da inserção dos atores sociais nas discussões e construções das políticas de Saúde Mental e atenção psicossocial (AMARANTE, 2007).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais são respaldados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado conseguindo aprovar as primeiras leis estaduais que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de Atenção à Saúde Mental (BRASIL, 2005d). No entanto, é preciso lembrar que ao falarmos de cidadania e de direitos não basta apenas aprovar leis, sabendo que o campo da Saúde Mental e atenção psicossocial é um processo social complexo, necessitando mudar mentalidades, atitudes e relações sociais (AMARANTE, 2007).

Enquanto a lei nacional ainda era debatida, são listadas a seguir as leis estaduais de reforma psiquiátrica: Lei nº 9.716 de agosto de 1992 no Rio Grande do Sul; Lei nº 12.151 de 29 de julho de 1993 no Ceará; Lei nº 11.065 de 16 de maio de 1994 em Pernambuco; Lei nº 6.758 de 4 de janeiro de 1995 no Rio Grande do Norte; Lei nº 11.802 de 18 de janeiro de 1995 em Minas Gerais; Lei nº 11.189 de 9 de novembro de 1995 no Paraná; Lei nº 975 de 12 de dezembro de 1995 no Distrito Federal e Lei nº 5.267 de 10 de setembro de 1996 no Espírito Santo (AMARANTE, 2007).

Considerando tais avanços na legislação brasileira, merece destaque a Portaria/MS nº 106 em 2000, instituindo e definindo os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) como lares abrigados ou pensões protegidas capazes de mostrarem a possível substituição dos hospitais psiquiátricos (SCHECHTMAN & ALVES, 2014). Tais serviços são destinados às pessoas com transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência sem vínculos familiares, visando inserir essas pessoas ao convívio social e à vida comunitária (BRASIL, 2000).

3.1.3 Após a Lei Nacional Paulo Delgado (a partir de 2001)

Apenas no ano de 2001 temos a chamada Lei Paulo Delgado sancionada, Lei Federal nº 10.216, tornando-se determinante para a consolidação da RPB. A referida lei dispõe, dentre outros aspectos, sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, regulamentando a assistência psiquiátrica no Brasil, deixando explícita a intervenção em hospitais psiquiátricos como último recurso a ser utilizado (BRASIL, 2001a; SCHECHTMAN & ALVES, 2014).

No mesmo ano a Organização Mundial da Saúde (OMS) elegeu 2001 como o ano da Saúde Mental, lançando a campanha “Cuidar sim, excluir não”, contribuindo para este ser o tema da III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001b), ocorrida em Brasília sob a égide da Lei Paulo Delgado (SCHECHTMAN & ALVES, 2014). Essa Conferência elaborou propostas e estratégias para efetivação de um modelo de Atenção em Saúde Mental humanizado, de qualidade, com participação e controle social, buscando transformar as formas de lidar com a loucura, podendo produzir novas possibilidades de vida e de relações sociais (BRASIL, 2001b, 2002c).

Tanto a Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001a) quanto a III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002c) consolida a adesão do Governo Federal aos princípios da Reforma Psiquiátrica, fazendo da mesma política pública brasileira. Dessa

forma, em 2002, o Ministério da Saúde publica duas portarias que até hoje norteiam a atenção psicossocial, são estas: Portaria GM/MS nº 336/2000 e a Portaria GM/MS nº 251/2002. A primeira trata da ampliação e regulamentação do funcionamento dos CAPS com foco no caráter territorial, enquanto a segunda trata da regulamentação do funcionamento e remuneração dos hospitais psiquiátricos (SCHECHTMAN & ALVES, 2014).

No ano de 2003, temos a Lei nº 10.708 regulamentando o artigo 5º da Lei Paulo Delgado que determina o cuidado especial no processo de desospitalização às pessoas com internação prolongada (SCHECHTMAN & ALVES, 2014). A Lei nº 10.708 surge instituindo o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, implantando e integrando o programa "De Volta Para Casa", coordenado pelo MS (BRASIL, 2003; SCHECHTMAN & ALVES, 2014).

Outro aspecto de importante relevância é a Portaria GM/MS nº 52 de 20 de janeiro de 2004 que institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004, enfatizando a mudança no modelo assistencial em Saúde Mental com a redução dos leitos hospitalares e fortalecimento do modelo comunitário (BRASIL, 2004a, 2004b, 2005d).

Conforme acima exposto, a década de 2000 marca a concentração de esforços para ampliação e consolidação da rede de serviços comunitários, na realização de encontros e seminários dos diversos serviços, como em 2004 o I Encontro Nacional de CAPS e em 2005 o I Encontro Nacional de Serviços Residenciais Terapêuticos; na ampliação dos programas de capacitação e no fomento a pesquisas e estudos de avaliação da nova rede de cuidados (SCHECHTMAN & ALVES, 2014).

No ano de 2011 temos o Decreto Presidencial nº 7.508/2011 e a Portaria do Ministério da Saúde nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, regulamentando a RAPS como porta de entrada às ações e aos serviços do SUS (BRASIL, 2011a), sendo esta constituída não apenas pela atenção psicossocial especializada, mas também pela atenção básica, atenção de urgência e emergência, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011b).

Com os dispositivos citados temos que as políticas de Saúde Mental e a atenção psicossocial devem ser organizadas em “rede”, permitindo a formação de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e de atores sociais envolvidos (AMARANTE, 2007). Percebemos a implementação e a

qualificação da RAPS pautada na RPB na qual encontramos a reformulação do modelo de Atenção à Saúde Mental, mostrando o comprometimento com a luta antimanicomial que retira o foco do tratamento do modelo hospitalocêntrico da Psiquiatria e passa a incentivar serviços comunitários e abertos.

Na concepção do MS sobre a Rede de Atenção à Saúde Mental, os serviços devem incentivar a reinserção social e familiar das pessoas com sofrimento mental e/ou transtornos decorrentes do crack, álcool e outras drogas, possibilitando ações que retirem o foco da hospitalização nas intervenções. Consideramos essa concepção como um avanço na atenção psicossocial, tendo em vista a necessidade de superar a exclusão dessas pessoas dentro da sociedade, passando a desenvolver ações territoriais com foco na inclusão.

No lugar dos hospitais psiquiátricos, a RAPS ganha espaços intersetoriais, incluindo o campo da saúde mental, da saúde em geral, das políticas públicas e da sociedade civil como um todo (AMARANTE, 2007). De acordo com Amarante (2007, p.88), que essa rede “pode ser bem mais ampla e complexa, de acordo com as possibilidades locais e a criatividade de cada serviço ou equipe”, demonstrando a importância do conhecimento dos dispositivos disponíveis nos territórios de atuação profissional.

Destacamos as ações na Atenção Básica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, os Ambulatórios, os leitos em Hospitais Gerais e os Centros de Convivência. Quanto à estratégia psicossocial, temos o quantitativo em 2014 de 2209 CAPS habilitados no Brasil comparado ao ano de 1998 que possuía 148 centros, segundo a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2015).

A seguir apresentamos a referida concepção do MS, ressaltando a constituição dessa rede através de “recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer” (BRASIL, 2004e, p.11), como mecanismos capazes de potencializar as equipes de saúde para o cuidado e reabilitação psicossocial.

Figura 1. Rede de Atenção à Saúde Mental na concepção do Ministério da Saúde



Fonte: BRASIL (2004e).

Desse modo, mostramos a continuidade da luta antimanicomial, pois a mesma não cessou com as conquistas até então alcançadas. Temos a defesa da desinstitucionalização, da implantação e melhoria dos serviços psicossociais de base comunitária e da transformação da percepção da loucura como exemplos de pautas recorrentes nas discussões e ações realizadas para o fortalecimento da atenção psicossocial no Brasil. Isso mostra que os profissionais de saúde inseridos nesse cenário necessitam focar no trabalho interprofissional e intersetorial, permitindo o diálogo e o comprometimento com os princípios da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica.

3.2 Rede de Atenção Psicossocial do Ceará: breve histórico

Considerando que a Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará (RISMC-ESP/CE) está inserida na RAPS cearense, é de suma importância apresentar a composição desta em seu cenário atual a partir dos dados disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), pela Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (COPAS) e pelo Núcleo de Atenção à Saúde Mental (NUSAM).

Antes de nos determos ao contexto dos dispositivos cearenses, merece ser destacada a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.647, de 2 de outubro de 2015, assinada pelo Ministro Arthur Chioro, na qual são disponibilizados recursos financeiros, mais precisamente, R\$ 36,4 milhões para a área de Saúde Mental em vinte estados brasileiros, são estes: Amazonas, Bahia, Ceará, Goiás, Espírito Santo, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe, São Paulo e Tocantins.

No Ceará, segundo a SESA (2015b), 3% da população sofre com transtornos mentais severos e persistentes, mais de 6% apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas, bem como 12% necessita de algum atendimento em saúde mental seja por sofrimento psíquico contínuo ou eventual.

A RAPS do Ceará conta com 62 CAPS I, 29 CAPS II, 03 CAPS III, 07 CAPSi Infante Juvenil, 21 CAPS ad habilitados e 03 CAPS ad III, totalizando 125 Centros de Atenção Psicossocial implantados nos diversos municípios cearenses. Existem ainda no Ceará 05 Residências Terapêuticas, 01 Unidade de Acolhimento, 04 hospitais psiquiátricos e um Manicômio Judiciário (CEARÁ, 2015).

As modalidades do CAPS são estabelecidas na Portaria/ GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002b), ficando estabelecido CAPS I e II para atendimento diário de adultos com transtornos severos e persistentes, sendo o I para população de 20.000 a 70.000 habitantes e o II entre 70.000 e 200.000. O CAPS III para atendimento diário e noturno de adultos durante os sete dias da semana; o CAPSi voltado para atendimento diário de crianças e adolescentes com transtornos mentais,

bem como o CAPS ad para usuários e dependentes de substâncias psicoativas como o álcool e outras drogas (BRASIL, 2002; CEARÁ, 2015b).

Podemos considerar que a construção da RAPS no Ceará iniciou a partir de sua regulamentação com a Lei Mário Mamede, Lei Estadual nº 12.151/1993, pois esta é anterior a Lei Federal 10.216/2001 e desde então dispôs sobre a extinção progressiva de unidades (hospitais) psiquiátricas por outros mecanismos assistenciais que não isolassem as pessoas em sofrimento psíquico do convívio social e familiar (CEARÁ, 1993).

Desse modo, temos na Lei Estadual nº 12.151, de 29 de julho de 1993, o prazo de cinco anos para a extinção de leitos psiquiátricos e a implantação dos serviços substitutivos, proibindo ainda a construção e a ampliação de hospitais psiquiátricos no Ceará independentemente de serem públicos ou privados (CEARÁ, 1993). Nesse mesmo ano, o Hospital Santo Antônio de Pádua foi fechado no município de Fortaleza-CE, reduzindo o número de leitos de 1.620 para 1.300, pois não havia condições de funcionamento.

A Casa de Repouso Guararapes, Sobral-CE, foi fechada no ano 2000, após a repercussão do caso Damião Ximenes Lopes. Este paciente foi morto na referida instituição psiquiátrica, em outubro de 1999, após sofrer violência, demonstrando as torturas e os maus-tratos realizados nos hospitais psiquiátricos que desencadearam as lutas da RPB. A morte tomou repercussão internacional, gerando a primeira condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos com sentença condenatória contra o Estado brasileiro proferida em 4 de julho de 2006 (MONTEIRO, 2015).

Destacamos o fato de em nove meses, a estrutura hospitalocêntrica de Sobral-CE ter sido desmontada, dando lugar aos serviços substitutivos em saúde mental, passando a construir uma RAPS reorganizadora do modelo de atenção às pessoas em sofrimento psíquico (MONTEIRO, 2015). O processo foi complexo e repleto de tensionamentos políticos, tendo em vista que o referido hospital era propriedade de um membro da família Ferreira Gomes, família do Prefeito na época do caso, Cid Ferreira Gomes.

O Estado do Ceará vem realizando a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos. Temos 403 leitos a menos no período de 2011, sendo 80 do Instituto de Psiquiatria do Ceará (IPC), 103 da Clínica de Saúde Mental Doutor Suliano, 160 do Hospital Mira y López e 60 do Hospital São Gerardo (OLIVEIRA, 2011). Em contrapartida, atualmente existem 82 leitos habilitados em 31 Hospitais Gerais para

pessoas com transtornos mentais e/ou que fazem uso prejudicial de drogas (CEARÁ, 2015), porém esses serviços ainda não são resolutivos para as necessidades cearenses de Saúde Mental.

Passaram-se mais de 20 anos e ainda contamos com leitos psiquiátricos, mas os avanços são visíveis e crescentes na RAPS cearense. Desde a década de 1990 os CAPS estão sendo implantados no Estado do Ceará, como nos municípios de Iguatu (1991), Canindé e Quixadá (1993), Icó e Cascavel (1995), Aracati (1997) e Fortaleza (1998), representando as primeiras unidades psicossociais cearenses (ACIOLY, 2006).

3.3 Residências Integradas/Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil

Considerando as temáticas da educação interprofissional, da prática colaborativa e da educação permanente na saúde, mais precisamente, no campo da Saúde Mental Coletiva, percebemos a importância de abordar brevemente o histórico e a formação das Residências Integradas em Saúde (RIS) /Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), tendo em vista que estas além de constituírem uma modalidade de Educação Interprofissional na Saúde, surgiram devido à preocupação do SUS com a Educação Permanente na Saúde (EPS), tendo em vista a ordenação que foi dada a este em formar os profissionais de saúde (BRASIL, 1988).

As RMS e RIS apresentam o mesmo propósito de formação profissional na saúde, no entanto a maioria dos programas existentes no Brasil utiliza a nomenclatura RMS. Frisamos aqui a importância de ao falarmos sobre RIS, estamos dando ênfase na integração necessária entre as diferentes ênfases e conhecimentos (campos e núcleos) de tais residências, a integração ensino-serviço-gestão-comunidade e a integração entre saúde, trabalho e educação (SILVA et al., 2007).

Compreendemos por “integrada” a perspectiva apontada por Ceccim et al. (2011) ao mostrar a ligação com a integralidade na atenção à saúde, pois a aprendizagem ocorre de forma coletiva dentro de uma equipe multiprofissional centrada no usuário, indo além da soma de várias categorias profissionais, logo, essa modalidade de Residência não se detém às especialidades profissionais, mas se preocupa com a educação das profissões de saúde em sua amplitude, em seu coletivo para o SUS.

Não podemos omitir o fato da existência de diferenças entre as RMS que se dão tanto na natureza (pública, privada, filantrópica) quanto na estrutura da instituição de ensino responsável e da relação desta com os serviços do SUS (relação ensino-

serviço), existindo diferenciação na qualificação da preceptoria, na participação dos atores sociais envolvidos na construção dos programas, na avaliação, no financiamento e nas propostas que envolvem cada programa de RMS (RAMOS et al., 2006).

Assim, identificamos o antagonismo entre a principal finalidade dessa modalidade de formação e as contradições da sociedade capitalista neoliberal, atingindo os princípios do SUS e fragilizando as políticas públicas (SARRETA, 2009). Segundo Ramos et al. (2006), temos no Brasil programas de RMS vistos como possibilidade de mão-de-obra barata para os serviços da rede, ao mesmo tempo existem experiências obtidas como estratégia para consolidação do SUS capaz de promover a práxis nos serviços envolvidos para além da formação dos residentes.

Um importante referencial teórico na discussão da Educação Permanente em Saúde no Brasil é Ricardo Burg Ceccim, este traz a centralidade da EPS em sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde, considerando a ligação política desta com a formação dos perfis profissionais e dos serviços (CECCIM, 2005b), ou seja, a sua centralidade deve estar comprometida com o pensamento de mudanças na realidade da saúde, tendo em vista a crescente complexidade de problemas da saúde exigindo profissionais interdependentes e resolutivos (D'AMOUR et al. 2005).

Desse modo, precisamos constituir equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras e de fortalecimento e consistência de práticas uns dos outros nessa mesma equipe, tomando como orientação a maior resolutividade dos problemas de saúde, ao contrário a qualidade do nosso trabalho enquanto profissional de saúde corre risco, pois segundo Ceccim (2005b, p.163), “sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades em direitos à saúde”.

Diante dessa concepção de que os profissionais de saúde não possuem o saber por completo, no contexto da saúde mental e da abordagem da loucura temos a problematização de Franco Rotelli (2015, p. 38) ao questionar:

De qual formação podemos falar, então, se o nosso ponto-de-vista principal é o de não saber nada? E, por outro lado, como podemos não dizer que não sabemos nada sobre a loucura se aqueles consideravam saber tudo sobre ela produziram aquelas coisas que são chamadas de manicômios.

Com a complexidade existente no campo da saúde o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho baseados no aprender a aprender, no

trabalho em equipe e na construção de cotidianos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional é crucial (CECCIM, 2005b). Encontramos na EPS a operacionalização do Quadrilátero da Formação (formação, atenção, gestão e controle social) em saúde, mostrando que a formação na área da saúde deve ter como objetivos a transformação das práticas profissionais, da organização do trabalho, focando no acolhimento e no cuidado das necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM & FEUERWERKER, 2004a).

A EPS valoriza a aprendizagem através do trabalho, tornando-se necessária para a articulação do Quadrilátero da Formação acima referido, possibilitando a construção do modelo assistencial na saúde por meio de uma educação crítica e reflexiva comprometida com a integralidade da atenção (SARRETA, 2009). Apesar do SUS carecer de dispositivos implementadores da colaboração profissional de modo a honrar essa integralidade (FURTADO, 2007), temos na EPS um mecanismo de transformação do modelo de atenção que fortalece a promoção e a prevenção em saúde, tendo a atenção integral como referência do trabalho (SARRETA, 2009).

O SUS sistematiza a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde encontrada na Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004), sendo instituída após a criação em 2003 da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) na estrutura do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2006a). As RMS surgem apresentando como objetivo tanto a formação de profissionais quanto a contribuição para a mudança do desenho tecnoassistencial do SUS (BRASIL, 2006a).

Merece ser ressaltado o fato da EPS ganhar maior visibilidade a partir da 12ª Conferência Nacional de Saúde realizada no ano de 2003 (BRASIL, 2004b). Somente após esta a educação é considerada como componente estratégico da gestão no SUS com o objetivo de gerar transformações efetivas na formação dos profissionais de saúde, superando o modelo atual de ensino, aproximando este aos serviços de saúde e à realidade dos usuários (SARRETA, 2009).

A EPS busca aliar teoria e prática através da formação no cotidiano de trabalho superando a lógica da mera capacitação profissional. A EPS como estratégia sistemática e global pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação, mas não acontece o vice-versa, pois todo processo de EPS exige

elaboração, desenho e execução a partir de análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere (BRASIL, 2009).

As ações de EPS tratam da construção de conhecimentos em uma vinculação horizontal, intersetorial e interdisciplinar e isso já difere da lógica da capacitação ou de treinamento, priorizando ainda a relação ensino-aprendizagem dentro de um contexto de debates e de discussões críticas diante dos serviços de saúde, partindo dos problemas da realidade concreta (SARRETA, 2009).

Podemos afirmar que a partir do ensino em serviço com o uso de metodologias ativas, participativas e a EPS surgem os programas de RMS como processo formativo na prática de equipes de saúde (BRASIL, 2006a), ressaltando a RMS como curso de especialização, pós-graduação *lato sensu*, (BRASIL, 2007a), tendo foco na equipe, mostrando o cunho da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade, expandindo a atuação dos profissionais para além de suas especialidades, mas com respeito a estas.

As RMS foram criadas pela promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que também traz a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Na Resolução nº 02 da CNRMS, de 13 de abril de 2012, temos que um programa de formação composto por apenas uma categoria profissional é considerado como Residência em Área Profissional da Saúde, como exemplo mostramos as Residências Médicas que foram pioneiras na formação de residentes. Para constituir-se programa de RMS é necessária a composição de no mínimo três categorias profissionais da saúde que irão passar pela mesma formação (BRASIL, 2012a).

Na Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12 de janeiro de 2007, temos disposições sobre RMS em seu 1º artigo, sendo estas caracterizadas como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* como dito anteriormente, sob forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde (BRASIL, 2014).

O mesmo artigo traz a carga horária de sessenta horas semanais e duração mínima de dois anos, em regime de dedicação exclusiva, abrangendo os profissionais das seguintes áreas: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e Física Médica (BRASIL, 2014).

Merece destaque o Fórum Nacional de Residências em Saúde (FNRS) pela realização desde 2011 de encontros nacionais em defesa dos programas de residências em saúde de acordo com os princípios do SUS. O FNRS é uma instância organizativa com atuação aberta e descentralizada através de Coletivos Estaduais, Regionais, Locais e participações individuais, possibilitando espaço de discussões e compartilhamento de experiências para os atores envolvidos (residentes, preceptores, tutores, coordenadores) nos diversos programas de residência pelo Brasil (FNRS, 2015).

Encontramos nos temas dos Encontros Nacionais de Residências em Saúde realizados a articulação política pautada na defesa do SUS e na luta pelos avanços nos programas de residências multiprofissionais em saúde. Frisamos em tais avanços a preocupação com a Educação Permanente como ferramenta de melhoria dos serviços de saúde, conforme mostramos a seguir.

No ano de 2013 o evento sediado em Fortaleza-CE teve como tema “Educação Permanente no Brasil: desafios para as residências em um contexto de precarização e privatização do SUS”. Na cidade de Recife-PE em 2014 o tema do encontro foi “Residências em Saúde como Estratégia de Educação Permanente para o Fortalecimento do SUS”. O mais recente aconteceu no ano de 2015 na cidade de Florianópolis-SC pautado no tema “O Desafio da interdisciplinaridade e a contribuição da Residência para a (re) afirmação do SUS” (FNRS, 2015).

As RMS apresentam o potencial de romper com os paradigmas existentes na formação dos profissionais de saúde para o SUS, apresentando potencial também para contribuir para a qualificação da atenção nos serviços de saúde (BRASIL, 2006a), sendo necessário focar no trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, nas redes de atenção que são colocadas ou submetidas ao conceito de linhas do cuidado, as redes sociais e a atuação intersetorial, estabelecendo uma prática profissional na qual tenha como centro o encontro com o usuário, é esse protagonismo em rede que retira a educação da forma escolar e a reafirma a EPS pela forma da produção de mundos (CECCIM, 2010a).

A EPS é resultado do processo histórico-político brasileiro permeado de forças sociais, econômicas, culturais e políticas típicas da construção das políticas públicas, sendo uma estratégia realizada na prática dos serviços de saúde que promove reflexão das condições materiais da vida, transcendendo o pensamento tradicional (agente-corpo-hospedeiro) (SARRETA, 2009).

Voltando um pouco no tempo, merecem ser destacadas as críticas aos modelos profissionais, assistenciais, educacionais e de desenvolvimento social durante a década de 1980, reivindicando novas experiências sobre a integração ensino-serviço capazes de superar a aprendizagem em hospitais e de valorizar a aprendizagem em unidades básicas de saúde, recuperando de alguma forma a integralidade e integrando novos conteúdos das ciências sociais e humanas nas reformas curriculares, dando lugar a uma nova área de fronteira (saúde comunitária/saúde mental) (CARVALHO & CECCIM, 2012).

A partir da mesma década a Rede de Docente-Assistencial (RDA) com projetos na América Latina traz materialidade à área de ensino na saúde na articulação ensino-serviço, sendo determinante para a expansão das discussões sobre Atenção Integral à Saúde, para a integração entre formação e trabalho, entre ensino e pesquisa na Saúde Coletiva e para a invenção de projetos interprofissionais na graduação, na extensão e nas especializações, nestas aparecem as RMS (CARVALHO & CECCIM, 2012).

A RDA apresenta como finalidade a construção de um espaço de articulação ensino-serviço, visando atender à necessidade de promover mudanças no modelo de formação dos profissionais de saúde permanentemente em todos os níveis de ensino (BRASIL, 2006a), é nesse período que surgem novas RMS em especial na área da Saúde Mental, mostrando a possibilidade de tornar a rede de saúde uma rede-escola e de expandir os programas de RMS para todas as categorias profissionais da saúde (CARVALHO & CECCIM, 2012).

Durante a década de 1990, a UNI (uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade) aparece colocando como desafio a constituição de conteúdos para a formação dos profissionais de saúde para além da Saúde Pública preventivista, defendendo a interação ensino-serviço-comunidade para o alcance de uma saúde comunitária participativa (CARVALHO & CECCIM, 2012). Os projetos da RDA e da UNI foram sistematizados na América Latina, estruturando a Rede UNI-IDA (atualmente Rede Unida), trazendo a necessidade de instituir a multiprofissionalidade no ensino na saúde (CARVALHO & CECCIM, 2012).

No ano de 2005, surge o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) através da articulação entre o Ministério da Educação (MEC) e o MS por meio da Portaria Interministerial nº 2.118, de 2005, que institui a cooperação técnica entre os dois ministérios, para a formação e o

desenvolvimento de recursos humanos na saúde, envolvendo nível técnico, graduação e pós-graduação (BRASIL, 2006a; CARVALHO & CECCIM, 2012).

O Pró-Saúde comprometido com as mudanças na formação dos profissionais de saúde surge inicialmente com foco nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, baseando-se nas Diretrizes Nacionais Curriculares elaboradas no ano 2000 (BRASIL, 2006a; CARVALHO & CECCIM, 2012). Destacamos como uma das estratégias do Pró-Saúde o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (Pet-Saúde) que trouxe como objetivo a educação pelo trabalho para graduandos da área da saúde, disponibilizando bolsas mensais para tutores, preceptores e estudantes (BRASIL, 2008).

A articulação entre MEC e MS tem por objetivo incentivar transformações do processo de formação, da geração de conhecimentos e da prestação de serviços à população, alcançando assim a abordagem integral do processo de saúde-doença, salientando que apoio à RMS articula-se com as ações de estímulo a mudança nos cursos de graduação em saúde (BRASIL, 2006a). A educação na pós-graduação na saúde comprometida com tais objetivos aparece através das RMS, sendo estas um campo multiprofissional desafiador no contexto do SUS (CECCIM, 2010a).

Entre as ênfases das RMS temos a área da Saúde Mental Coletiva apresentada em um contexto social, econômico, político e cultural, demandando aos profissionais uma formação comprometida com a subjetividade das pessoas em sofrimento mental, necessitando de ações comprometidas com a criticidade da realidade para maior resolutividade de suas demandas, mostrando, portanto, o campo da formação como um dos desafios da RPB. Frisamos a Saúde Mental Coletiva como um

Processo construtor de sujeitos sociais, desencadeador de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer política, ciência e gestão no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo as segregações e substituindo certas práticas por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida (FAGUNDES, 1992, p. 54).

Desse modo, percebemos o comprometimento com a ruptura das visões das especialidades para a preocupação com os coletivos, compreendendo as RMS através do seu perfil multiprofissional que rompe com a noção de Saúde Mental enquanto especialidade da Psiquiatria ou centrada nos moldes biológicos do adoecer, passando a considerar essa área com foco na atenção psicossocial, colocando o processo saúde-doença-cuidado-proteção da cidadania em sua centralidade (CECCIM et al., 2010).

A partir da década de 1990, surgiram novos programas de RMS, dentre eles o Programa de Residência Integrada em Psiquiatria e Saúde Mental, do Instituto Municipal Philippe Pinel, em 1994, (RAMOS et al., 2006), possibilitando a formação de profissionais para além do paradigma psiquiátrico, apresentando uma proposta de currículo a fim de formar para o trabalho em equipe interdisciplinar nos novos dispositivos substitutivos do modelo hospitalocêntrico (CAMPOS, 2006).

No ano de 2001, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental discutindo a implantação de diretrizes básicas da formação profissional, focando as discussões no trabalho interdisciplinar e multiprofissional no campo da Saúde Mental, buscando romper com a formação histórica fragmentada por especialismos da concepção restrita de Saúde Mental.

Passaram-se mais de 10 anos dessa Conferência e a produção científica voltada para as Residências Multiprofissionais em Saúde Mental ainda é escassa. Essa afirmação tem base na breve pesquisa bibliográfica de publicações científicas no período de 2006 a 2016, não limitando o idioma, nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Periódicos CAPES.

Na Scielo, utilizando os descritores “Residência Multiprofissional” e “Saúde Mental”, não encontramos estudos, porém com os descritores “Residência” e “Saúde Mental” identificamos 16 trabalhos. Ao buscarmos na base de dados Periódicos CAPES, utilizando os descritores “Residência Multiprofissional”, “Saúde Mental” e “Residência Multiprofissional em Saúde Mental” encontramos a média de 70 estudos, no entanto, grande parte das produções voltadas para a APS, a formação de Psicólogos, os transtornos mentais e demais questões, não frisando diretamente, em sua maioria, no contexto da formação para profissões de saúde.

Ainda nos Periódicos CAPES com a utilização dos descritores “Pós Graduação em Saúde Mental” e “Residência Multiprofissional” tivemos 25 achados, sendo todos publicados nos últimos dez anos. Assim, consideramos a publicização de estudos científicos voltados para a formação em saúde mental ainda em desenvolvimento.

Aos estudarmos as RMS em saúde mental, estamos diante da proposta de um programa de residência voltado para os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, preconizando intervenções nos CAPS (FRICHEMBRUDER et al., 2006), logo, mostrando a prioridade na base comunitária e não mais na centralidade hospitalar, destacando que as residências deveriam ajudar cada especialidade em qualquer serviço

da rede de atenção, não apenas no serviço onde a residência está sediada (CECCIM, 2010a).

Os profissionais precisam compreender a epistemologia do que discutem para não serem meros reprodutores das ideias, não será possível a superação de paradigmas psiquiátricos mais tradicionais se não houver tal compreensão, conseqüentemente os profissionais formados nas residências vão atuar não se sentindo na produção do conhecimento, mas apenas reproduzindo (AMARANTE, 2010) e esse não é o objetivo de transformação da formação profissional na Saúde Mental.

Para Lancetti (2010), não existe separação entre o processo de produção científica e o processo de produção de Saúde Mental, ou seja, no mesmo momento que você produz Saúde Mental, você produz saber. Tal produção está diante dos questionamentos da ciência.

Não podemos desconsiderar as questões sobre a loucura, sobre a subjetividade e sobre a vida, sendo estas transplantadas no terreno da técnica (LANCETTI, 2010), pois a Saúde Mental coloca a cultura em relação à ciência, não que esta seja dispensável, no entanto é preciso a valorização do contexto cultural (LOBOSQUE, 2010).

A formação na pós-graduação aqui representada pelas Residências Multiprofissionais em Saúde Mental Coletiva representa uma estratégia de consolidação da atenção psicossocial pautada nos princípios da RPB, estando orientada pela perspectiva de uma formação especializada no campo da Saúde Mental no SUS não encontrada na formação generalista, formando futuros profissionais do corpo profissional da rede de serviços psicossociais (GAMA & ZANERATO, 2010).

A EPS na qual integra a educação na saúde pelo trabalho e pelo ensino no serviço diante da Saúde Mental garantida pelo SUS passa a transformar as práticas de formação e de atuação profissional historicamente arraigadas no país, aproximando os profissionais de saúde à loucura e ao sofrimento psíquico. Desse modo, gerando a aproximação do trabalho com as expressões da subjetividade, a realização de projetos de vida e de participação social dos mais diversos sujeitos, visando à possibilidade de superar o sofrimento, bem como a superação do paradigma da racionalidade, da fragmentação do real e da neutralidade (GAMA & ZANERATO, 2010).

Podemos compreender a questão do sofrimento psíquico como possibilidade de efetivar a cidadania dessas pessoas que sofrem e não mais centralizar as intervenções profissionais na finalidade do tratamento e da cura como previsto nos modelos psiquiátricos tradicionais. Os programas de RMS aparecem como avanços dos princípios antimanicomiais encontrando esse espaço como o seu solo fértil (GAMA & ZANERATO, 2010).

Identificamos desafios nesse contexto da educação na Saúde Mental, mais precisamente,

Trabalhar com a informação, mas com a genealogia dos conceitos, não sua armadura; trabalhar com as abordagens psicoterápicas, mas com sua localização a partir dos encontros, não com a prescrição de condutas; trabalhar com a desospitalização, mas não apenas relativamente à internação, e sim em relação aos modelos de segregação e institucionalização de todos os tipos; trabalhar com a invenção em potência de ética de criação de mundos, com a potência que o cuidado em Saúde pode associar (CECCIM, 2010, p. 88).

Ao analisarmos a formação através das RMS temos divisões entre campo e núcleo de conhecimento, mas na Saúde Mental o conhecimento não é restrito à produção dentro das especialidades profissionais, pois este envolve um conhecimento mais amplo e mais complexo que é a Atenção à Saúde e a Educação na Saúde, identificando nesse cenário a integralidade e possíveis transformações da cultura, ultrapassando os aspectos curativos que tratam as doenças e não as pessoas em suas expressões coletivas, daí a expressão Saúde Mental Coletiva (CECCIM et al., 2010).

Através das RMS com ênfase no campo da Saúde Mental Coletiva poderemos formar profissionais comprometidos com os projetos ético-políticos reformistas, considerando essas residências em sua metodologia dialógica, problematizadora e participativa, permitindo aos profissionais a aprendizagem significativa através do ensino em serviço (RAMOS et al., 2006), mostrando-se capaz de formar sujeitos para além dos moldes biologicistas e hospitalocêntricos do tratamento da loucura, viabilizando estratégias de integralidade da atenção e da gestão.

Com isso, a multiprofissionalidade, a interdisciplinaridade e as interações educação-trabalho-cidadania podem desenvolver o trabalho no campo da Saúde Mental Coletiva, não anulando os saberes dos especialistas, mas considerando certa intercomplementaridade, qualificando práticas e expandindo saberes para atuar com as pessoas e suas histórias de vida, deslocando a atenção da rede técnica de serviços para as linhas de cuidado (CECCIM et al., 2010).

3.4 O Contexto Cearense das Residências Multiprofissionais em Saúde Mental

A partir da compreensão das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) como estratégia de Educação Permanente Interprofissional na Pós-Graduação com enfoque no ensino-aprendizagem no trabalho e voltada para o trabalho, apresentamos o contexto das Residências Multiprofissionais em Saúde Mental (RMSM), tendo em vista que no Estado do Ceará essa modalidade de educação interprofissional está em crescente desenvolvimento, favorecendo a formação dos profissionais de saúde e influenciando na melhoria dos serviços que recebem tais residências.

O Ceará conta com programas de RMSM fomentados através do Hospital Universitário Walter Cantídio ligado à Universidade Federal do Ceará, da Escola de Saúde da Família de Sobral Visconde de Sabóia e a da Escola de Saúde Pública do Ceará que é uma autarquia vinculada à Secretaria de Saúde do Estado Ceará (SESA).

Todos os programas selecionam os profissionais residentes através de editais públicos e cada seleção tem a duração de dois anos. Para facilitar a compreensão desses diferentes programas, detalhamos os mesmos por instituição promotora, área de atuação, local de realização das atividades e categorias profissionais alcançadas através do quadro a seguir.

Programa de Residência	Instituição Promotora	Área de Atuação em Saúde	Local de Realização das Atividades	Categorias Profissionais Incluídas
Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde (RESMULTI) com ênfase em Assistência em Saúde Mental	Universidade Federal do Ceará (UFC)	Atenção Hospitalar	Complexo Hospitalar da UFC (Hospital Universitário Walter Cantídio-HUWC e Maternidade Escola Assis Chateaubrian-MEAC) em Fortaleza-CE	Enfermagem Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional
Residência	Escola de	Saúde Mental	RAPS de Sobral-	Educação Física

Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM)	Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia		CE com lotação nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	Enfermagem Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional
Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva (RISMC)	Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE)	Saúde Mental Coletiva	Rede de Assistência em Saúde Mental de 11 municípios: Acopiara, Aracati, Brejo Santo, Crateús, Eusébio, Fortaleza, Horizonte, Iguatu, Jaguaruana, Maracanaú e Tauá.	Educação Física Enfermagem Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional

Quadro 1. Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Ceará.

No ano de 2009, a Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde (RESMULTI) foi iniciada pela Universidade Federal do Ceará (UFC), sendo dividida em Assistência em OncoHematologia, Assistência em Saúde da Mulher e da Criança, Assistência em Terapia Intensiva, Assistência em Transplante, Assistência em Saúde Mental e Assistência em Diabetes. Percebemos na RESMULTI a primeira turma de residência no Ceará com o olhar voltado para a questão da saúde mental, apesar do caráter hospitalar, significou grande avanço para a formação em saúde no referido Estado. As categorias alcançadas pelas vagas disponibilizadas foram Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Em março de 2013, a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia iniciou com dez vagas a primeira turma de RMSM no município de Sobral-CE, sendo a formação baseada à luz da clínica ampliada, da atenção psicossocial, dos serviços socioassistenciais e da Rede de Atenção Integral em Saúde Mental para ampliação e consolidação da Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental no Ceará. Destacamos o fato dessa residência ter sido a primeira RMSM no interior cearense, abrindo vagas para as mesmas categorias que a RESMULTI, no entanto abrangendo a Educação Física como categoria primordial na base comunitária.

Desde maio de 2013, o contexto cearense das Residências Multiprofissionais em Saúde Mental conta com a ampliação das vagas destinadas a essa formação em serviço e com a interiorização da Educação Permanente Interprofissional em Saúde Mental através da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará (RISMC-ESP/CE), quando esta abriu a primeira turma com cinquenta e três vagas distribuídas para as categorias de Educação Física, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional nos municípios de Aracati, Fortaleza, Horizonte, Iguatu e Jaguaruana.

A RISMC-ESP/CE faz parte do Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS-ESP/CE) composto por outras residências, sendo esse programa de caráter interfederativo, interinstitucional, interprofissional, intersetorial e interiorizado, concebido no ano de 2011 e inaugurado no ano de 2013 com as primeiras turmas de cada ênfase, sendo a Escola de Saúde Pública do Ceará a responsável pela condução político-pedagógica (CEARÁ, 2016).

Merece destaque o fato de que no período de 2013 a 2016 foram implementadas três turmas, totalizando 876 profissionais de saúde-residentes matriculados e inseridos em 22 municípios e 7 hospitais do Estado do Ceará. Em março de 2017, tem-se a previsão de início da quarta turma com 327 profissionais de saúde-residentes lotados em 16 municípios e 7 hospitais cearenses (CEARÁ, 2016).

Como o foco do presente estudo é a RISMC-ESP/CE, faz-se necessário apresentar que esta iniciou o processo de interiorização dos programas de residência, tendo em vista a exigência por um trabalho em Saúde Mental pautado nos novos moldes estabelecidos pela RPB. O caráter interdisciplinar e intersetorial das práticas é uma condição do trabalho baseado na multiprofissionalidade e na educação interprofissional em saúde como ferramenta essencial para a formação de profissionais que lidarão com pessoas em sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais.

A formação em Saúde Mental precisa atravessar as especializações profissionais por outros saberes considerados como disciplinas do conhecimento e por práticas que serão organizadoras das profissões, atravessando a isto, é necessário ainda que as especialidades sejam permeadas pelas políticas públicas e pelos movimentos sociais que estão inseridos no cotidiano dos serviços de saúde e representam os coletivos (CECCIM, 2010a; CECCIM et al., 2010).

A operacionalização do Quadrilátero da Formação (formação, atenção, gestão e controle social) aparece aqui demonstrando a interação necessária entre

educação-trabalho-cidania (CECCIM & FEUERWERKER, 2004a). Os profissionais de Saúde Mental do Ceará são incentivados com a RISMC-ESP/CE a desenvolverem tecnologias assistenciais comprometidas com os princípios e as diretrizes reformistas.

O currículo dos programas de residências multiprofissionais da ESP-CE são baseados em competências transversais comuns a todas as ênfases, competências de campo comuns às profissões da mesma ênfase e competências de núcleo para as categorias profissionais distintas. Esse currículo é dividido em atividades teóricas, teórico-práticas e práticas, todas realizadas pelos residentes, além de serem acompanhadas pelos tutores e preceptores responsáveis.

As atividades teóricas ocorrem através de aulas presenciais realizadas mensalmente na ESP-CE e por estudos individuais na modalidade de Educação à Distância (EaD) (coordenadores e tutores responsáveis), enquanto as teórico-práticas são facilitadas semanalmente pelos preceptores dentro dos serviços nos quais se encontram os residentes. Essa metodologia é chamada por Roda, sendo realizada por campo e também por núcleo, considerando os conteúdos priorizados pela coordenação e pela tutoria de cada ênfase de residência. As atividades práticas são efetivadas no cenário de práticas onde os residentes estão imersos (preceptores de campo e núcleo responsáveis) nos mais diferentes municípios do Ceará (CEARÁ, 2014).

Por ser uma modalidade de residência de base comunitária, a atenção psicossocial é evidenciada dentro dos serviços substitutivos do modelo hospitalocêntrico, favorecendo o fortalecimento da RAPS do Ceará. O quadro 2 a seguir mostra, de acordo com os editais regulamentadores dos processos seletivos, a organização da RISMC-ESP/CE nos diversos municípios que receberam esse programa nos anos de 2013, 2014 e 2015, contando como cenário de lotação a RAPS e distribuindo as vagas disponibilizadas entre as seguintes categorias profissionais: Educação Física, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Municípios	Turma I 2013	Turma II 2014	Turma III 2015	Vagas por Município
Acopiara	-	5	5	10
Aracati	10	6	-	16
Brejo Santo	-	5	10	15

Canindé	-	-	4	4
Crateús	-	4	9	13
Eusébio	-	5	5	10
Fortaleza	17	8	-	25
Horizonte	11	5	-	16
Icapuí	-	-	5	5
Iguatu	10	5	-	15
Jaguaruana	5	-	-	5
Maracanaú	-	5	-	5
Maranguape	-	-	10	10
Tauá	-	5	5	10
Vagas por Turmas	53	53	53	159

Quadro 2. Distribuição de vagas da RISMIC-ESP/CE de 2013 a 2015.

No que concerne a RISMIC-ESP/CE os residentes passam por Estágio em Rede e Estágio de Percurso, considerando a necessidade de compreender as múltiplas expressões da realidade dos usuários e dos serviços de saúde, entendendo que isso ultrapassa os muros institucionais, conforme é defendido pelas ideias da RPB. Como exemplo, encontramos o Estágio de Rede subdividido em Rede de APS (Saúde da Família), Rede Hospitalar (Plantões), Rede Gestão/Regulação e Rede Intersetorial, mostrando as possíveis linhas de cuidado na RAPS.

Na RISMIC-ESP/CE são apresentados módulos específicos que dialogam com os módulos transversais das demais residências. Essa parte específica é dividida conforme o quadro abaixo.

Módulo	Temática
I	Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial

II	Atenção Psicossocial a Criança e ao Adolescente
III	Psicopatologia no contexto da Atenção Psicossocial
IV	Atenção Integral ao usuário de álcool e outras drogas
V	Saúde Mental e Cidadania

Quadro 3. Módulos Específicos da RISMIC-ESP/CE.

Além dos módulos acima apresentados, podemos identificar o incentivo à interprofissionalidade, à integralidade e a intersetorialidade no processo de formação dos residentes, pois o exercício da área profissional de cada especialidade não é limitada ao conhecimento de núcleo e a intervenção uniprofissional. Caso essa limitação ocorresse, o risco de tratar a doença e não as pessoas ganharia existência, mas sabemos do fato da existência e dos significados das doenças serem adquiridos nas pessoas, logo a centralidade deve estar nas pessoas (CECCIM, 2010a; CECCIM et al., 2010).

Desse modo, a RISMIC-ESP/CE organiza-se para atuar de forma interprofissional, integral e intersetorial, favorecendo o desenvolvimento de competências profissionais para os residentes serem formados com embasamento teórico e prático dentro das perspectivas da Saúde Mental Coletiva a partir do aprofundamento dos ideários da RPB, das discussões sobre o modelo de atenção psicossocial e das tecnologias disponíveis para o cuidado nesse campo complexo.

3.5 Educação e Colaboração Interprofissional na Saúde.

Antes de aprofundarmos nosso estudo sobre educação e colaboração interprofissional na saúde é necessário considerar a construção da saúde pública brasileira, incluindo as questões da Saúde Mental, e a sua relação com a Saúde Coletiva, entendendo que ambas são distintas, mas se complementam dentro de um movimento ideológico dinâmico para o alcance do conceito amplo de saúde e não do restrito aos aspectos biomédicos, entendendo a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988).

O conceito de Saúde Coletiva, segundo Nunes (1996), passou a ser utilizado no Brasil em meados de 1979 quando teóricos do campo da saúde pública e da medicina preventiva e social discutiram a necessidade da existência de um campo científico

composto de ideias teóricas, metodológicas e políticas que considerassem o campo social como categoria analítica. Este novo olhar é perceptível nos Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1987, afirmando a necessidade da prevenção, do diagnóstico e do tratamento não apenas do fator biológico identificado, mas de todas as complexidades que acompanham os sujeitos sociais (BRASIL, 1987).

Nessa conjuntura do Movimento Sanitário, bem como as discussões e conquistas da RPB, a questão saúde passa a demonstrar o seu caráter político e democrático, saindo das discussões apenas dos técnicos e intelectuais. A Saúde Coletiva ao incorporar o pensamento social ao pensamento sanitário resgata a tradição marxista na qual a subjetividade surge da necessidade coletiva dos sujeitos coletivos, entendendo estes como componentes dos setores da sociedade como o Estado, as organizações de classe e as comunidades (CARVALHO, 1996).

Dentro desse contexto, a Saúde Coletiva aparece como campo científico e movimento ideológico, sendo notória a ampliação do conceito saúde para além da inexistência de doenças e com uma relação direta com o social. De acordo com Giovanella et al. (2009), existe enfoque nas dimensões promoção, prevenção e recuperação da saúde, superando os processos de saúde-enfermidade e as desigualdades sociais em saúde.

O campo da Saúde Coletiva é uma área de produção de conhecimentos possuindo como objeto as práticas e os saberes em saúde, sendo um campo coletivo estruturado de relações sociais onde a doença adquire significação (FLEURY, 1985). Diante disto, podemos perceber a saúde relacionada ao campo social e considerando as relações coletivas existentes, mostrando a saúde como o

[...] resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um “viver desimpedido”, um modo de “andar a vida”, prazeroso, seja individual, seja coletivamente (CANUTO, et. al., 2004, p. 68).

Desse modo, cabe pensarmos sobre a interação existente nos serviços entre os profissionais de saúde, compreendendo que a colaboração interprofissional surge como um tipo de estratégia do trabalho em equipe no qual existem relacionamentos mútuos e recíprocos entre estes, considerando a relação de tal estratégia com ética do cuidado no cotidiano dos serviços de saúde (FEELEY et al., 2005).

Ao pensarmos sobre essa interação não podemos deixar de frisar que a formação profissional na saúde é ordenada pelo SUS na Constituição Federal Brasileira

de 1988 (BRASIL, 1988), no entanto é uma das áreas menos problematizadas até hoje e o campo carece de formulações construídas intelectualmente desde a Gestão em Saúde (CECCIM & FEUERWERKER, 2004b).

Consideramos o conceito de colaboração como um processo complexo, voluntário e dinâmico composto de cinco conceitos interligados: partilha, parceria, interdependência, poder e processo. Ou seja, envolve os profissionais de saúde por meio de comunicação aberta com confiança e respeito mútuo comprometidos com objetivos comuns ou resultados específicos, estando cada profissional atento para valorizar as contribuições e perspectivas dos outros profissionais (D'AMOUR et al., 2005).

Utilizamos o conceito de interprofissionalidade considerando o trabalho com os profissionais em seus campos de práticas, tendo em vista que essa conceituação possui dimensão pragmática, sabendo que a interdisciplinaridade está mais situada no campo dos saberes no plano epistemológico, não deixando de considerar a complementariedade das duas conceituações (ELLERY, 2014; FURTADO, 2009).

Temos a interdisciplinaridade mais situada no campo do conhecimento de várias disciplinas, enquanto a interprofissionalidade preocupa-se com as competências profissionais em seu espaço de prática (D'AMOUR & OANDASAN, 2005). A interdisciplinaridade está voltada para a compreensão dos fenômenos, enquanto a interprofissionalidade para a solução de problemas empíricos específicos, sem negar que na prática seja difícil encontrar tipos “puros”, pois teoria e prática interagem e se realimentam, mas o sufixo “disciplinar” é relativo ao campo dos saberes e o “profissional” ao das equipes e seus serviços (FURTADO, 2007).

A verdadeira educação, aquela sem hierarquização dos saberes, considera o sujeito social como um ser histórico-cultural inacabado que ao encontrar a liberdade poderá concluir a sua própria formação para em seguida transformar o mundo. O início do caminho para o ser tornar-se livre é através do diálogo e da problematização, desenvolvendo uma postura crítica entre o educador e o educando para compreender o porquê da latente transformação (FREIRE, 1987).

Neste sentido o conhecimento é concebido em uma relação dinâmica e construtiva entre os sujeitos envolvidos no processo de aprendizagem, rompendo com a tradição da mera transmissão do saber, tendo em vista que não existe um detentor do saber. Logo, a base Freireana traz o educador para além daquele que apenas educa, ou melhor, o educador é aquele que enquanto educa também é educado em constante diálogo com o ser educado (FREIRE, 1987).

Para a colaboração interprofissional é necessária a disponibilidade dos profissionais para este modelo de educação no qual é indispensável o abandono da competitividade e da hierarquia entre as diversas áreas de conhecimento. É preciso considerar as disciplinas como auxiliares (COLET, 2002). A noção de interprofissionalidade permite-nos focar a nossa atenção para o surgimento de uma prática interprofissional mais coesa e menos fragmentada, mostrando um meio pelo qual os profissionais de saúde podem praticar suas ações de forma colaborativa (D'AMOUR & OANDASAN, 2005).

Não é essencial oprimir o conhecimento de outro, mas ao contrário, é indispensável colaborar para juntos e com base na coletividade promover uma melhor assistência à saúde dos usuários dos serviços de saúde. A colaboração interprofissional juntamente com a educação permanente e o trabalho são caminhos a seguir para usuários e famílias serem colocados em primeiro lugar no SUS (RIBEIRO & BARRETO, 2014).

Os profissionais de saúde não possuem a mesma cultura profissional, dificultando a interação entre os mesmos devido à disputa pelo poder e também devido à geração de conflitos entre as diferentes concepções na atuação em saúde (HALL, 2005), considerando historicamente a formação pela lógica da profissionalização (FURTADO, 2009).

Atualmente no Brasil, segundo a Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde, temos 14 áreas profissionais de saúde em nível superior, são estas: Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Todas possuem formação específica, mostrando a fragmentação existente na formação em saúde no país (BRASIL, 1997).

Mesmo diante da criação das Diretrizes Nacionais Curriculares nos anos 2000 que buscam orientar a prática profissional voltada para a integralidade da atenção à saúde e o trabalho em equipe (CARVALHO & CECCIM, 2012), os desafios para a formação das profissões de saúde continuam (CECCIM & FEUERWERKER, 2004b).

Os autores Ceccim e Feuerwerker (2004a) propõem o quadrilátero da formação para a área da saúde, sendo este composto por ensino, gestão, atenção e controle social, destacando a indissociabilidade de tais componentes, estando em constante relação, afirmando que o componente serviço não pode estar restrito às práticas de atenção, ou seja, também deve estar na composição de uma estrutura

condutora das políticas, das gestões e dos conhecimentos no campo da saúde (SILVA et al., 2007).

A proposta desse quadrilátero é a construção e a organização de uma educação responsável pelos processos interativos e de ação na realidade, sendo capaz de executar mudanças, mobilizando caminhos e protagonistas nesse processo, identificando a realidade (a paisagem interativa) dinâmica dos indivíduos, dos coletivos e das instituições, compreendendo isto como cenário de conhecimentos e invenções (CECCIM & FEUERWERKER, 2004a).

Trabalhar através da colaboração interprofissional não é negar uma especificidade profissional duramente alcançada, mas é buscar estabelecer interações entre posições inicialmente antagônicas. Entendemos que quanto maior o nível de colaboração interprofissional, menor a autonomia individual de cada profissional, tornando desafiante compreender e buscar a autonomia da equipe (FURTADO, 2009). As transformações do modelo hegemônico de formação e de gestão na saúde trazem exigências que vão além das mudanças tecnicistas, é preciso mudar questões éticas, políticas e culturais para a Atenção Integral à Saúde.

Consideramos importante assinalar o antagonismo entre a lógica da profissionalização e a lógica da colaboração, sendo que esta requer ou promove relações e interações nas quais os profissionais podem partilhar seus conhecimentos, suas experiências e habilidades, visando a melhor atenção aos pacientes, tudo isso com base em valores humanistas (FURTADO, 2007).

D'amour (1997) apresenta em sua tese de Doutorado essa diferenciação entre tais lógicas antagônicas e ao mesmo tempo complementares, o estudo foi realizado no Canadá e vem sendo discutido por diversos autores brasileiros pela realidade que se apresenta na formação para profissões de saúde. A figura a seguir mostra a ideia da autora adaptada por Furtado (2007), considerando as diversas determinações que influenciam a prática profissional na saúde.

Figura 2. Elementos determinantes das lógicas da profissionalização e da colaboração interprofissional

Quadro 1 - Elementos determinantes das lógicas da profissionalização e da colaboração interprofissional*



Fonte: Adaptado por Furtado (2009) de D'amour et al. (1997, p.22).

Na lógica da profissionalização temos a presença de corporações profissionais, visando garantir o mercado de trabalho, definindo a atuação profissional, buscando possibilitar a inviolabilidade da área de atuação, garantir a expansão dos territórios profissionais e aumentar o grau de autonomia em detrimento da dominação exercida sobre outras categorias profissionais (FURTADO, 2007).

Enquanto o pólo representado pela lógica da colaboração profissional volta-se para a necessidade de atuar com a priorização do compartilhamento de objetos comuns, mais precisamente, a existência da partilha de conhecimentos, especialidades, experiências, habilidades e da intersubjetividade (FURTADO, 2007), mostrando a atuação de dois ou mais profissionais voltada para o aperfeiçoamento das ações em

saúde baseadas na coletividade e não pautadas em projetos individuais regidos pela lógica do mercado capitalista neoliberal.

A Saúde Coletiva tem preocupação com os perfis dos novos profissionais porque a sua pergunta não é a proporção dos diplomas emitidos, mas sim da capacidade de impacto das profissões de saúde na qualidade de vida das pessoas (CARVALHO & CECCIM, 2012), pois é necessário superar o modelo pedagógico hegemônico de ensino representado pela centralidade nos conteúdos fragmentados em especialidades (CECCIM & FEUERWERKER, 2004b).

Logo, a colaboração interprofissional surge para recolocar os profissionais em torno da pessoa e não em torno de territórios de especialização (FURTADO, 2007) em uma visão fragmentada. Podemos dizer que não cabe mais a uma profissão parte do diagnóstico e do tratamento das doenças, mas sim a detecção e oferta de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e produção da saúde e da vida (CARVALHO & CECCIM, 2012).

A colaboração interprofissional exige profissionais interdependentes e que isso surja de um desejo comum de resolver as necessidades dos problemas de saúde de forma coletiva e não mais individual. Quando os membros da equipe se tornam conscientes de tais interdependências, as contribuições individuais são maximizadas, sendo que o conjunto torna-se muito maior que apenas a soma das contribuições individuais (D'AMOUR et al., 2005).

Assim, a colaboração interprofissional precisa ser compreendida em seu esforço coletivo e ampliado com os agentes envolvidos neste processo (profissionais, gestores e usuários), pois não depende apenas do esforço individual e pessoal do profissional de saúde, mesmo sabendo da relação da colaboração entre profissionais com o sentido dado pelos mesmos ao seu papel no trabalho compartilhado (MATUDA, 2012).

A prática profissional no cotidiano dos serviços de saúde apresenta situações imprevisíveis e complexas relacionadas a fatores múltiplos como biológicos, psicológicos e sociais, exigindo a colaboração interprofissional para os profissionais imersos nessas demandas (ELLERY, 2014). Podemos confirmar que não é simplesmente juntando profissionais em equipes que existirá a colaboração, pois estes precisam confiar uns nos outros para estabelecimento de processos colaborativos (D'AMOUR et al., 2005).

Diante disto, a colaboração interprofissional requer relações e interações nas quais os profissionais poderão partilhar seus conhecimentos, especializações, experiências profissionais e demais habilidades entre si. Essa lógica é baseada em valores humanistas nos quais se busca recolocar profissionais em torno da pessoa, podendo proporcionar melhor atenção ao paciente (FURTADO, 2007). Logo, é perceptível a necessidade da colaboração interprofissional está sendo incentivada na relação educação e saúde, podendo proporcionar avanços no que diz respeito ao sistema público de saúde brasileiro.

Considerando a temática da educação interprofissional e prática colaborativa, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) lançou o Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa no qual mostra esse eixo educacional na saúde maximizando os pontos fortes e as habilidades dos profissionais de saúde, permitindo a atuação dos mesmos em sua capacidade máxima.

Os sistemas de educação e saúde devem refletir as necessidades locais, indicando que a educação interprofissional proporciona a efetiva prática colaborativa, otimizando os serviços de saúde e seus resultados, bem como o fortalecimento dos sistemas de saúde. A força de trabalho de saúde tem o desafio de prestar serviços de saúde frente a problemas de saúde cada vez mais complexos, sendo que as equipes interprofissionais de saúde compreendem como otimizar as habilidades de seus membros, compartilhando o gerenciamento de casos e prestando serviços de saúde de melhor qualidade aos pacientes e à comunidade (OMS, 2010).

Anterior a este Marco discussões sobre a Educação Interprofissional (EIP) na saúde já existiam desde a década de 1960, tendo a OMS criado um grupo de estudos para tal temática no ano de 1978, relacionando a mesma ao contexto da APS e estruturando em 1988 o documento “Learning Together to work together for health”, abordando a importância dos profissionais aprenderem juntos a trabalharem em equipe, ou seja, a educação interprofissional na saúde como estratégia educacional capaz de responder as diversas demandas da população (WHO, 1988).

No ano de 2006 a OMS baseada nos estudos até então realizados publicou o relatório “Working Together for Health”, trazendo discussões acerca da EIP e da prática colaborativa como estratégia de superação da crise dos cuidados em saúde, mais detalhadamente, das dificuldades que os trabalhadores de saúde sofrem no cotidiano de trabalho, abordando as necessidades urgentes da saúde e mostrando a importância de trabalhadores motivados e qualificados (WHO, 2006).

Diante disto, tomamos como referencial teórico no presente estudo, o conceito da educação interprofissional proporcionada quando os profissionais de duas ou mais categorias aprendem a partir dos outros, ou melhor, sobre os outros, com os outros e entre si, possibilitando a efetivação da colaboração que é capaz de melhorar os resultados da saúde (CAIPE, 2002).

O CAIPE, Centre for the Advancement of Interprofessional Education - “Centro para o Avanço da Educação Interprofissional”, é uma organização localizada no Reino Unido que desde 1987 visa promover e desenvolver a educação interprofissional, sendo referência internacional. A partir do CAIPE temos os princípios, os processos e os resultados da educação interprofissional (BARR, LOW, 2011).

Quanto aos princípios destacamos: incide as necessidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades para melhoria dos resultados em saúde; aplicação da igualdade profissional, excluindo as diferenças e as relações de poder entre as profissões; respeito à individualidade, diferenças e diversidades dentre, entre as profissões e com todos que elas aprendem e trabalham; sustento à identidade e a experiência de cada profissional; promoção de paridade entre as profissões no ambiente de aprendizagem; incide de valores e perspectivas interprofissionais na aprendizagem uniprofissional e multiprofissional (BARR, LOW, 2011).

Nos aspectos do processo de educação interprofissional temos: continuidade do aprendizado com participação ativa dos alunos, incentivando os mesmos a participar de todas as etapas de aprendizagem; permissão para as profissões aprenderem com, para e sobre a outra, otimizando a troca de experiência e conhecimento; aplicação da teoria à prática, desenvolvendo a reflexão crítica sobre a atuação profissional; aplicação de critérios de avaliação consistentes e participação dos usuários de serviços no ensino-aprendizagem (BARR, LOW, 2011).

Como resultados são apresentados: capacitação interprofissional; melhoria da prática profissional para colaborar com as demais profissões; desenvolve habilidades para a prática colaborativa, melhorando a qualidade dos serviços de saúde e as ações prestadas aos usuários, às famílias e às comunidades, instigando as mudanças necessárias para o cuidado em saúde (BARR, LOW, 2011).

A educação interprofissional tem sido amplamente introduzida na base comunitária de cuidados em saúde, sendo relevante nos cuidados agudos e crônicos para melhoria da prestação de serviços e da qualidade de vida dos usuários (BARR, LOW, 2013). A qualidade dessa formação não pode responder apenas às dimensões do

aprender a aprender, do aprender a fazer, do aprender a ser e do aprender a conviver, pois ela deve estar implicada com o papel social e político do trabalho em saúde (CARVALHO & CECCIM, 2012).

É importante entender como trabalhar de forma interprofissional, preparando os estudantes/os profissionais para entrar no local de trabalho como membro da equipe de prática colaborativa (OMS, 2010), entendendo também essa colaboração como um processo complexo, voluntário e dinâmico que envolve várias habilidades (D'AMOUR et al., 2005), bem como percebendo essa formação como a condição de refazer permanentemente as relações profissionais com o usuários através de responsabilidade e comprometimento (CARVALHO & CECCIM, 2012).

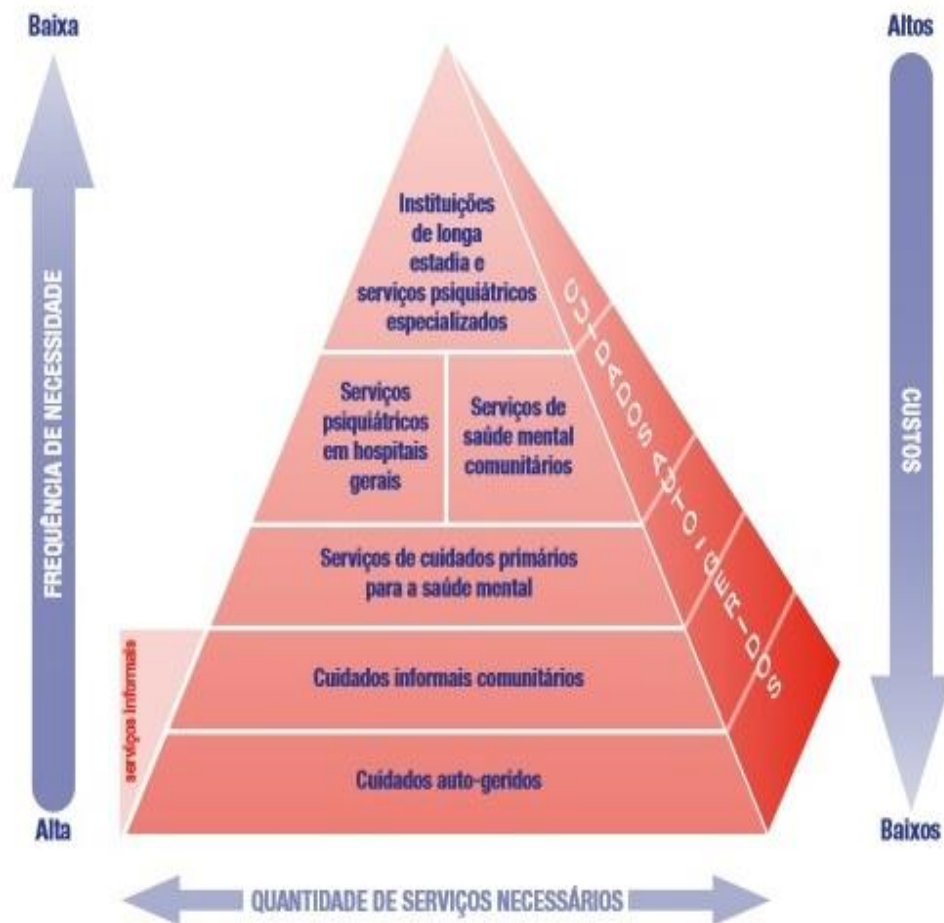
A temática da educação interprofissional e da prática colaborativa nos últimos anos vem crescendo através de diversas associações locais, nacionais e regionais, além de centros acadêmicos de excelência que tratam de discussões sobre a colaboração interprofissional (OMS, 2010). Relacionando essa realidade ao contexto da Saúde Mental, temos que a educação interprofissional e a prática colaborativa contribuem de forma positiva para uma abordagem mais abrangente na prevenção e no tratamento (OMS, 2010).

Segundo a OMS a prática colaborativa apresenta condições de aumentar a satisfação dos pacientes e dos profissionais, promover melhor aceitação do tratamento e reduzir a duração do mesmo, reduzir os custos assistenciais, reduzir a incidência de suicídios e melhorar o tratamento para condições psiquiátricas, além de reduzir o número de consultas ambulatoriais, mostrando assim a relação da interprofissionalidade diante da base comunitária da Saúde Mental (OMS, 2010).

As mudanças no currículo, nos métodos de ensino e nos modelos de formação já apareciam no documento “The world health report 2006: working together for health”, abordando as mudanças como um desafio para os profissionais de saúde em aceitarem as mesmas como uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento tanto pessoal quanto profissional (WHO, 2006).

A OMS no ano de 2006 propôs um modelo ótimo de Atenção à Saúde Mental baseado no princípio de um único serviço não contemplar todas as necessidades de Saúde Mental da população, sendo necessários o apoio, a supervisão, a colaboração, a partilha da informação e a educação nos diferentes níveis de cuidado (OMS & WONCA, 2008).

Figura 3. Combinação Ótima para Serviços de Saúde Mental



Fonte: Adaptado por OMS e WONCA (2008) de WHO (2006).

A figura 3 mostra a interação desejada entre as instalações de longa permanência e serviços especializados, os custos, os serviços comunitários, os serviços psiquiátricos em hospitais gerais, os serviços de saúde mental através de cuidados de saúde primários, os cuidados comunitários informais, os cuidados pessoais e o quantitativo dos serviços necessários.

O foco na base comunitária do modelo baseado na centralidade dos usuários dentro de seu território e com autogestão aparece como novos paradigmas de cuidados em Saúde Mental, exigindo formação da força de trabalho nessa área, superando a formação tradicional dos profissionais, esta considerada insuficiente (WHO, 2006). O trabalho em equipe nesse campo necessita de diálogo e interação constante entre os profissionais, podendo corrigir e ajustar a atuação com base nos efeitos produzidos pelas intervenções nos sujeitos, considerando os saberes adquiridos com outros pontos de vista (LEAL & MUÑOZ, 2014).

Com o modelo aqui apresentado fica evidente a preocupação mundial com a Atenção à Saúde Mental, entendendo que essas mudanças desafiantes trazem consigo a necessidade de mudar a formação dos profissionais de saúde, não parecendo possível reorganizar as práticas de saúde sem repensar o aspecto formativo (FEUERWERKER, 2006). Somado a isto temos o fato de que certas ações no campo da saúde exigem trocas intersubjetivas, mostrando a necessidade da interação entre disciplinas e profissões (FURTADO, 2007).

A educação e a colaboração interprofissional na Saúde Mental Coletiva podem ser abordadas através de exemplos das equipes de referência nos serviços de saúde que são pautadas na interdisciplinaridade, podemos utilizar como exemplo a convergência da psiquiatria, da psicologia, da psicanálise, da sociologia e da saúde coletiva, operada pelas iniciativas desenvolvidas nos serviços comunitários de atenção às pessoas com demandas mentais graves (FURTADO, 2007).

Consideramos a partir daqui o conceito de Saúde Mental Coletiva devido à sua inserção no campo da Saúde Coletiva (FAGUNDES, 2009), podendo ser compreendido como processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores das transformações nos modos de pensar, de sentir e de fazer política, ciência e gestão dentro do cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, capaz de extinguir e substituir práticas tradicionais por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida (FAGUNDES, 1995).

A elaboração desse conceito foi publicizada no ano de 1993, mas diversos cursos de formação em serviço já recebiam o nome de Saúde Mental Coletiva no Rio Grande do Sul (1988-1996), sinalizando o objetivo de formação para a elaboração e implementação de políticas públicas. Os cursos de capacitação e de especialização transformaram-se em espaço de construção do pensamento criativo, constituindo-se como estratégia de mudança da Política Nacional de Saúde Mental para produzir mudanças éticas, políticas e conceituais (FAGUNDES, 2009).

O campo da Saúde Mental Coletiva através da RPB retirou a centralidade da atenção dos manicômios dando lugar ao atendimento de base comunitária, exigindo como consequência mudanças nas formas de abordar a loucura por parte dos profissionais (AMARANTE et al., 1995). A loucura era objeto exclusivo da psiquiatria e passou a ser aberta para os demais campos do saber, ocasionando necessariamente reorientações no processo de formação profissional dos profissionais de Saúde Mental, tendo em vista a incorporação dos novos paradigmas ao ensino e à prática profissional.

A Saúde Mental hoje é considerada como área de conhecimento e atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde, sendo complexa, plural, intersetorial, dotada de uma transversalidade de saberes. O conceito ampliado de saúde ganha espaço, sendo composto pela interdisciplinaridade, intersetorialidade e territorialidade, considerando o caráter político, ideológico, cultural e social da luta antimanicomial (AMARANTE, 2007).

Diante das mudanças ocorridas com as Reformas Sanitária e Psiquiátrica no Brasil, a formação profissional na área de Saúde Mental necessitou e necessita ser reorientada de tal forma que capacite os profissionais para o processo de transformação defendido pelo ideário reformista, pois as novas formas de organização das equipes, a transformação das responsabilidades dos profissionais, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, a relação entre estratégias de cuidado e estratégias de responsabilização ou interpelação do sujeito são temas cruciais para a nova formação profissional nesse campo (BEZERRA, 2007).

A área da Saúde Mental necessita do desenvolvimento da formação com o comprometimento de desenvolver práticas cuidadoras, pois as pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico trazem questões a serem intervidas para além do modelo flexneriano centrado no molde biomédico. Salientamos a relação entre prática de ensinar e cuidar, subjetivação e ressingularização permanente em processos individuais, coletivos e institucionais, tais aspectos têm implicância com a Saúde Mental (CECCIM, 2010a).

Apenas um profissional mesmo com o seu diploma autorizando-o a exercer determinada profissão não é capaz de dar resolutividade à complexidade das questões da Saúde Mental. Digamos que seja necessário desapegar desse diploma e da atuação individualista para aceitar a atuação profissional dentro de um espaço de produção composto por outros saberes, outras profissões e outros usuários, compreendendo então que os serviços e os profissionais precisam produzir interface uns com os outros (CECCIM, 2010a).

É perceptível a necessidade da colaboração interprofissional na área da Saúde Mental e compreensível que este seja um desafio mediante a formação profissional baseada na interprofissionalidade. O SUS carece de dispositivos implementadores da colaboração profissional de modo a honrar a integralidade encontrada em seus princípios (FURTADO, 2009).

A interprofissionalidade pressupõe maior frequência e intensidade de relações para concretizar e potencializar o compartilhamento de prática e de saberes, exigindo mais cuidado nas interações para a superação de contatos protegidos por normas e protocolos (FURTADO, 2009), pois as instâncias de maior defesa das fronteiras profissionais são a formação e a regulação do trabalho, o papel das agências formadoras e das agências de regulação do exercício profissional (CECCIM, 2010a). Como podemos romper com essa limitação profissional?

[...] a contradição é que a principal instância de ruptura com essas demarcações é a da pesquisa, pois os grandes pesquisadores sabem que o avanço do conhecimento científico e da potência do cuidado para a vida do outro (na condição de um andar a vida) decorrem da cooperação, colaboração e cruzamento de saberes formais, vivenciais e de práticas de si (CECCIM, 2010a, p.71).

Assim sendo, de acordo com Ceccim (2010a, p.70), é necessário “inventar a si mesmo, inventar os entornos, inventar o mundo, não é algo a que temos sido preparados em nossa educação formal nas profissões”, sobretudo estratégias de educação e a colaboração interprofissional nos serviços psicossociais precisam ser apreendidas e implementadas, fomentando intervenções na coletividade e não mais em projetos individuais, pois um profissional por si só não realiza a atenção psicossocial.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

A metodologia da pesquisa possui natureza qualitativa, norteadando o estudo para o alcance dos objetivos propostos a partir da compreensão dos fenômenos que serão apreendidos e analisados, considerando os processos subjetivos e históricos culturais da realidade social (CRESWELL, 2010; DENZIN, LINCOLN 2011; DENZIN, GIARDINA 2016). Podemos aplicar o método qualitativo em estudos da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, aspectos gerados pelas interpretações dos humanos a respeito de como vivem, como constroem seus artefatos e a si mesmos, como estes sentem e pensam (MINAYO, 2014).

Como o objetivo geral da pesquisa aborda os reflexos da implementação da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará na atenção psicossocial nos municípios de Aracati, Fortaleza, Horizonte e Iguatu-CE, a esfera qualitativa apresentou-se como método de pesquisa mais adequado (CRESWELL, 2010), compreendendo esta como constituinte de um campo no qual é possível visualizar cada vez mais o interesse pela exploração dos fenômenos sanitários e dos serviços de saúde (MERCADO-MARTÍNEZ, 2007).

Compreendemos que na perspectiva dos que aderem à abordagem qualitativa de pesquisa existem múltiplas realidades, ao invés de uma realidade apenas. Essas realidades são produtos da forma como os indivíduos, os grupos e as coletividades percebem, interpretam e atuam no mundo (MERCADO-MARTÍNEZ, 2007), logo na pesquisa é de suma importância o entendimento de tudo como fenômeno social historicamente condicionado, como o objeto estudado, as pessoas implicadas, a pesquisadora com o seu sistema de representações teórico-ideológicas, as técnicas de pesquisa, o conjunto de relações interpessoais e de comunicação simbólica (MINAYO, 2014).

Com essa argumentação e ciente de que o método tem a função de tornar plausível a abordagem da realidade a partir das perguntas feitas pelo pesquisador, buscando penetrar nos significados (material simbólico) que os atores sociais compartilham na sua realidade (MINAYO, 2014), apresentamos a metodologia que baseou o presente estudo, destacando a modalidade qualitativa da pesquisa para

compreensão e/ou transformação da realidade no lugar de explicar, verificar ou prever (MERCADO-MARTÍNEZ & BOSI, 2007).

4.2 Cenário da Pesquisa

O cenário de lotação da RISMIC-ESP/CE é a RAPS, contando com os municípios e a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) como Instituições Executoras, sendo a ESP a Instituição Formadora. Ressaltamos que Instituição Executora é aquela correspondente ao lócus de atuação no qual os profissionais residentes ficam imersos e dedicam a sua carga horária prática, enquanto a Instituição Formadora é responsável por conduzir o processo pedagógico dos mesmos.

Encontramos como objetivo da RISMIC-ESP/CE o intuito de proporcionar a formação de lideranças técnico-científico-políticas para a qualificação da RAPS, tendo como visão a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, apresentando como embasamento a RPB, a Luta Antimanicomial, a Colaboração Interprofissional, a Integralidade e a Intersetorialidade (CEARÁ, 2013b), orientando-se pelos princípios e diretrizes que compõem o SUS a partir das realidades municipais e regionais.

O cenário da pesquisa é formado pelos quatro municípios que receberam e concluíram a primeira e a segunda turma da RISMIC-ESP/CE, sendo iniciadas no ano de 2013 e de 2014, respectivamente. Tais municípios são: Aracati, Fortaleza, Horizonte e Iguatu. Consideramos relevante o estudo a partir desses municípios por serem os que receberam e concluíram as duas primeiras turmas da RISMIC-ESP/CE, favorecendo o estudo do processo de forma mais longitudinal.

Não possuímos a pretensão de generalizar mecanicamente as informações construídas, pois sabemos da dinamicidade das realidades existentes, sendo este o limite de nosso estudo. Ressaltamos a importância da percepção dos atores sociais envolvidos na pesquisa para o alcance dos objetivos da mesma, pois a partir de aspectos recorrentes ou marcantes em seus discursos construímos uma análise sobre a representação da realidade desse programa de residência no Ceará.

Destacamos que houve a seleção da primeira turma para o município de Jaguaruana, no entanto, esta não foi concluída, logo este caso não entrou em nossa análise, tomando como justificativa a necessidade de analisar o processo de implementação desde o início até a formação dos residentes, objetivando a aproximação do objeto em sua totalidade.

A seguir temos uma breve descrição dos municípios participantes do estudo:

- **Aracati**

O município, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui uma população estimada em 2015 de 72.727 habitantes (BRASIL, 2016a), estando aproximadamente a 150 km de Fortaleza, capital do Estado do Ceará (ARACATI, 2016). O mesmo é um dos municípios que compõem a 7ª Região de Saúde, apresentando em sua rede de saúde local 68 estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2016b).

Dos estabelecimentos componentes do SUS que compõem a rede de saúde pública disponível para o acesso da população, podemos destacar: 3 hospitais gerais; 1 policlínica de abrangência regional; 1 Centro de Especialidades Odontológicas; 18 unidades de Saúde da Família e dois CAPS (BRASIL, 2016b). É através de tais serviços que os usuários são assistidos em suas necessidades de saúde, como também é por meio desses mecanismos que os residentes são inseridos em sua formação prática.

Quanto à primeira e à segunda turma da RISM-ESP/CE em Aracati imersas nos serviços a partir de maio de 2013 (CEARÁ, 2013b), foi ofertado o total de 16 vagas distribuídas por diversas categorias, conforme o mostrado abaixo:

Categoria Profissional	Turma I	Turma II
Educação Física	2	1
Enfermagem	2	1
Psicologia	2	1
Serviço Social	2	1
Terapia Ocupacional	2	2
Total:	10	6

Quadro 4. Distribuição de vagas por categoria profissional dos residentes da RISM-ESP/CE em Aracati.

- **Fortaleza**

De acordo com o IBGE a estimativa populacional no ano de 2015 é de 2.591.188 habitantes na capital cearense (BRASIL, 2016a), sendo esta a quinta maior capital brasileira em termos populacionais (FORTALEZA, 2016). O município é administrado através de 7 Secretarias Executivas Regionais (SER) que são enumeradas

de I a VI mais a Regional do Centro, estas são responsáveis pela administração municipal, assumindo os bairros que compõem cada uma.

Frisando no que diz respeito à organização da saúde na capital fortalezense, o município é a sede da 1ª Região de Saúde do Ceará, representando a maior rede de saúde do Estado, possuindo 5.061 estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES (BRASIL, 2016b), sendo que destes menos da metade pertencem ao SUS, ou seja, não possuem administração pública direta. Dentro dos serviços disponíveis, merece ser destacado que a administração não é restrita à natureza municipal, mas conta com a iniciativa estadual.

Dentro da rede pública de saúde em Fortaleza, citamos na composição: 35 Hospitais Gerais; 40 hospitais especializados; 09 hospitais/dia; 9 Policlínicas; 16 CAPS e 112 Unidades de Saúde da Família (BRASIL, 2016b), sendo dada nesse realidade a imersão prática dos profissionais residentes. Demonstramos abaixo as categorias de profissionais residentes que foram inseridas na RAPS de Fortaleza:

Categoria Profissional	Turma I	Turma II
Educação Física	-	-
Enfermagem	5	2
Psicologia	4	2
Serviço Social	4	2
Terapia Ocupacional	4	2
Total:	17	8

Quadro 5. Distribuição de vagas por categoria profissional dos residentes da RISMCE-ESP/CE em Fortaleza.

- **Horizonte**

O município possui a estimativa populacional de 63.365 habitantes no ano de 2015, estando localizado na Região Metropolitana de Fortaleza, mais precisamente, encontra-se a 40,1 km da capital do Estado (BRASIL, 2016a). Horizonte compõe a 22ª Região de Saúde, possuindo 22 estabelecimentos cadastrados no CNES (BRASIL, 2016b).

A administração municipal divide as responsabilidades entre o Gabinete do Prefeito e 12 secretarias, sendo estas: de Administração; de Agricultura, Recursos Hídricos e Meio Ambiente; de Cultura e Turismo; de Desenvolvimento e Inclusão

Social; de Desenvolvimento Econômico; de Educação; de Esporte e Juventude; de Finanças; de Infraestrutura; de Planejamento, Gestão e Relações Institucionais; de Segurança e Cidadania, de Saúde (HORIZONTE, 2016).

Quanto à composição da rede de saúde pública do referido município, destacamos: um Hospital Geral e Maternidade; uma Unidade Móvel de nível pré-hospitalar; uma Policlínica; um Centro de Especialidades Odontológicas; um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST); 2 CAPS; 18 Postos de Saúde e um Posto de Apoio.; uma Academia de Saúde (BRASIL, 2016b; HORIZONTE, 2016).

Dentro de tais serviços os profissionais residentes são inseridos, sendo a primeira e a segunda turma compostas pelo quantitativo das seguintes categorias profissionais:

Categoria Profissional	Turma I	Turma II
Educação Física	2	1
Enfermagem	2	1
Psicologia	3	1
Serviço Social	2	1
Terapia Ocupacional	2	1
Total:	11	5

Quadro 6. Distribuição de vagas por categoria profissional dos residentes da RISMCE-ESP/CE em Horizonte.

- **Iguatu**

O município apresentou em 2015 a estimativa populacional de 101.386 habitantes (BRASIL, 2016a), encontrando-se a 382 km de Fortaleza. O nome do local possui origem indígena que significa “água boa” ou “rio bom” e a sua administração é organizada por Secretarias através das seguintes responsabilidades: Ação Social; Administração e Finanças; Agricultura; Comunicação Social; Cultura e Turismo; Desenvolvimento Econômico e Trabalho; Educação; Esporte e Juventude; Meio Ambiente; Obras; Sistema Autônomo de Água e Esgoto (SAAE); Trânsito e Cidadania; Transparência; Saúde, contando ainda com o Gabinete do Prefeito (IGUATU, 2016).

Iguatu compõe a 17ª Região de Saúde do Ceará, apresentando no CNES 118 estabelecimentos de saúde cadastrados, independente da esfera administrativa (BRASIL, 2016b). A rede pública de saúde possui 4 Hospitais Gerais; 2 Policlínicas; 2

Unidades Móveis de nível pré-hospitalar; um Centro de Hemoterapia; 2 Centros de Especialidades Odontológicas; 3 CAPS; 25 Unidades de Saúde da Família (BRASIL, 2016b).

No que diz respeito à primeira e à segunda turma de residentes inseridos nos serviços de saúde mental, encontramos abaixo o quantitativo das categorias profissionais participantes desse processo de educação e colaboração interprofissional:

Categoria Profissional	Turma I	Turma II
Educação Física	2	1
Enfermagem	2	1
Psicologia	2	1
Serviço Social	2	1
Terapia Ocupacional	2	1
Total:	10	5

Quadro 7. Distribuição de vagas por categoria profissional dos residentes da RISM-ESP/CE em Iguatu.

4.3 Atores Sociais da Pesquisa

Como o estudo aborda o processo de implementação da RISM-ESP/CE e os reflexos da mesma na atenção psicossocial, cabe definir que os atores sociais são: os secretários municipais de saúde, os coordenadores de saúde mental, os articuladores da RIS, os gerentes dos CAPS onde os residentes estiveram inseridos, os preceptores de campo, os profissionais dos CAPS que interagiram com os residentes e os residentes, que viveram esta experiência nos municípios cearenses de Aracati, Fortaleza, Horizonte e Iguatu.

Com isso, o desenho da amostragem foi definido de forma intencional a fim de conceber a representatividade e a qualidade das informações, sendo o fechamento dado pela redundância e/ou saturação das mesmas (FONTANELLA et al., 2008), incluindo ao longo da pesquisa a diversidade de informantes chaves, ao todo foram 34 participantes. Utilizamos como critérios de exclusão da amostra: os profissionais do serviço que não atuaram com os residentes da primeira e da segunda turma da RISM-ESP/CE e os residentes que não concluíram a RISM-ESP/CE.

Entendemos que os informantes do estudo aqui citados são indispensáveis para o alcance dos objetivos da pesquisa, considerando todas as etapas da

implementação da RISMIC-ESP/CE, ou seja, desde o planejamento até a concretização da formação dos profissionais residentes. Todos esses sujeitos são importantes para a pesquisa, no entanto, por estarmos utilizando a abordagem qualitativa não cabe quantificarmos a realidade, logo o tamanho da amostra não seguiu o cunho quantitativo.

4.4 Técnicas de Construção das Informações

Como técnicas de construção das informações da pesquisa utilizamos a análise documental e entrevistas semiestruturadas (APÊNDICES A ao F).

A análise documental contribuiu para a apreensão do contexto histórico e político-institucional que permeou a implementação da RISMIC-ESP/CE, possibilitando o acesso aos editais de seleção, ao Regimento Interno, ao Projeto Político Pedagógico (PPP) da ESP/CE, aos bancos de dados de cadastros de preceptores e residentes e a programação teórica do programa. Todos esses documentos eram referentes ao funcionamento da Escola de Saúde Pública do Ceará e, mais precisamente, ao programa de residência aqui estudado.

Para obter dados que possibilitassem a compreensão dos atores envolvidos sobre a implementação da RISMIC-ESP/CE foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, utilizando perguntas semiabertas de modo a permitir com que a pessoa entrevistada tenha maior liberdade de expressão e ao mesmo tempo garantindo que os objetivos inerentes à conversa sejam alcançados (MINAYO, 2014). Esse tipo de entrevista é orientado por uma relação de pontos de interesses na qual o pesquisador explora os aspectos desejados a partir de perguntas pré-definidas, norteando o caminho percorrido durante a aplicação da técnica (GIL, 2002).

Informamos que as entrevistas foram gravadas de acordo com a autorização dos participantes da pesquisa, garantindo o sigilo de suas identidades ao nos referirmos aos mesmos dentro do estudo de forma indireta, enumerando as entrevistas com siglas e numerais para identificar o tipo e a sequência (ordem) dos entrevistados.

A permissão em participar da pesquisa consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES G ao M), este foi apresentado em duas vias, uma via ficou com a pessoa entrevistada e a outra arquivada na sala do grupo de pesquisa “Educação e Colaboração Interprofissional para o SUS e Estratégia Saúde da

Família”, vinculado ao Departamento de Saúde Comunitária da UFC, mas atualmente localizado na sede do escritório da FIOCRUZ-CE.

4.5 Técnicas de Análise das Informações

A Análise de Conteúdo consiste em “uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-los” (BERELSON, 1952 apud MINAYO, 2014, p. 304), possibilitando a compreensão de fenômenos a partir das realidades apresentadas pelos sujeitos inseridos na pesquisa, buscando atingir através de significantes ou de significados outros significados de diversas naturezas, tais como: psicológica, sociológica, política e histórica (BARDIN, 2009).

Visando analisar com rigor científico as informações obtidas para alcançar os objetivos propostos pela pesquisa, utilizamos a técnica Análise Temática que faz parte da Análise de Conteúdo, sendo esta composta por três fases: Pré-Análise, Exploração do Material, Tratamento dos Resultados Obtidos, Inferência e Interpretação (BARDIN, 2009; MINAYO, 2014), conforme expomos a seguir:

Fase I - Pré-Análise: podemos afirmar essa etapa como o momento da organização no qual se busca sistematizar as ideias iniciais para posteriormente operacionalizá-las. Nesse processo é realizada uma “leitura flutuante” para entrar em contato com o texto, permitindo a presença de impressões e orientações, bem como é realizada a escolha dos documentos que serão submetidos à análise, construindo um “corpus”, respeitando as seguintes normas de validade qualitativa: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (BARDIN, 2009; MINAYO, 2014).

Fase II - Exploração do Material: nesse momento temos essencialmente a operacionalização de codificação, desconto ou enumeração de acordo com as regras previamente formuladas (BARDIN, 2009), visando alcançar o núcleo de compreensão do texto através da busca por “categorias”, que são expressões ou palavras significativas em relação à organização do conteúdo de uma fala, realizando posteriormente a especificação dos temas à luz de categorias teóricas ou empíricas (MINAYO, 2014).

Fase III - Tratamento dos Resultados Obtidos, Inferência e Interpretação: o tratamento dos resultados analisa a significação destes e a validade dos mesmos, propondo inferências e realizando interpretações a partir das teorias desenhadas no

início da pesquisa, sendo possível servir de base para outras análises com novas dimensões teóricas (BARDIN, 2009; MINAYO, 2014).

Dentro das técnicas da Análise de Conteúdo, a análise por categorias encontra-se em primeiro lugar, sendo cronologicamente a mais antiga e na prática a mais utilizada. O seu funcionamento acontece por operações de divisão do texto em unidades, ou seja, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. A Análise Temática, conhecida também por investigação dos temas, é uma maneira de categorização rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples (BARDIN, 2009).

Assim, temos o tema como a base de análise das informações construídas durante o contato com os atores sociais da pesquisa, sendo este retirado dos discursos dos mesmos e posteriormente analisado à luz da literatura pertinente aos assuntos. A noção de tema é ligada a uma afirmação sobre determinado assunto, comportando um feixe de relações e podendo ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase e de um resumo (MINAYO, 2014).

Considerando a Análise Temática uma técnica de pesquisa capaz de tornar as inferências sobre as informações de um determinado contexto replicáveis e válidas através de procedimentos especializados e científicos (MINAYO, 2014), a Análise Temática do estudo realizado ancora-se principalmente nas discussões teóricas e diretrizes nacionais da Atenção Psicossocial, nas discussões da Educação Permanente em Saúde e na literatura sobre Educação e Colaboração Interprofissional.

Podemos frisar as principais referências da análise realizada, não sendo as outras utilizadas ao longo do texto menos importantes para a base teórica: (AMARANTE, 2007, 2015; BRASIL, 2001a, 2001b, 2002c, 2004e, 2011a, 2011b), (CARVALHO & CECCIM, 2012; CECCIM 2005b, 2010a, 2011; CECCIM & FEUERWERKER, 2004a) (CAIPE, 2002; OMS & WONCA, 2008; OMS, 2010, WHO, 2006).

4.6 Questões Éticas da Pesquisa

O projeto de pesquisa intitulado “Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará: um Estudo de Caso”, do qual foi feito o recorte para esta dissertação, foi submetido à Plataforma Brasil para análise dos seus aspectos éticos em maio de

2015, tendo sido avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC) com o parecer de número 1. 121.574.

A coleta das informações foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo referido CEP em junho de 2015 e encerrou seu trabalho de campo em junho de 2016. Foram feitos contatos e solicitada permissão para a pesquisa de parte da gestão da ESP/CE, da RIS-ESP/CE, da coordenação geral RIS-ESP/CE e da coordenação da ênfase de Saúde Mental Coletiva, de modo a organizar o trabalho de campo nos municípios pesquisados. Em campo, os objetivos foram explicados de forma clara aos participantes, apresentando o TCLE para autorização em participar voluntariamente do estudo e resguardando os mesmos sobre a garantia do sigilo.

A pesquisa encontra-se conforme os preceitos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012b), ressaltando aspectos da Autonomia, da Beneficência, da Não-maleficência, da Justiça e da Equidade.

Temos a Autonomia: por meio do TCLE no qual os participantes da pesquisa devem assinar como garantia do cumprimento de todas as normas dessa resolução, podendo desistir da pesquisa a qualquer momento da realização desta; a Beneficência: buscando não causar danos aos voluntários da pesquisa e contribuindo para melhorias da atuação profissional dos mesmos; a Não-maleficência: todos os danos que possam ser evitados serão prevenidos; a Justiça e Equidade: que se caracteriza por levar adiante uma investigação que tenha relevância para sociedade (BRASIL, 2012b).

Ressaltamos a manutenção do sigilo dos participantes da pesquisa, não identificando os mesmos nos extratos publicados das entrevistas realizadas. Assim, fica clara a preocupação da pesquisa com os aspectos éticos e o comprometimento como os mesmos.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 A implementação da RISMIC-ESP/CE e os processos históricos, políticos e pedagógicos implicados

Abordamos neste tópico o processo de implementação da RISMIC-ESP/CE com os seus processos históricos, políticos e pedagógicos, considerando tanto a percepção de gestores, preceptores, profissionais dos serviços e residentes dos municípios de Aracati, Fortaleza, Horizonte e Iguatu quanto à análise dos documentos referentes aos objetivos, princípios e diretrizes político-pedagógicas, planejamento e programação de atividades teóricas e práticas, bem como as normas que disciplinam este programa de educação pelo trabalho.

Antes de analisarmos com base teórica a percepção dos atores sociais da presente pesquisa, faz-se necessária a compreensão de como o programa de Residência Integrada em Saúde (RIS-ESP/CE) foi desenhado e quais foram os objetivos deste. Destacamos que a ênfase da RISMIC-ESP/CE integra esse programa RIS-ESP/CE, sendo este composto pelo componente comunitário e pelo componente hospitalar. No comunitário temos as seguintes ênfases: Saúde da Família, Saúde Mental Coletiva e Saúde Coletiva. No hospitalar temos: Neonatologia, Pediatria, Cancerologia, Infectologia, Neurologia e Neurocirurgia, Cardiopneumologia, Urgência e Emergência.

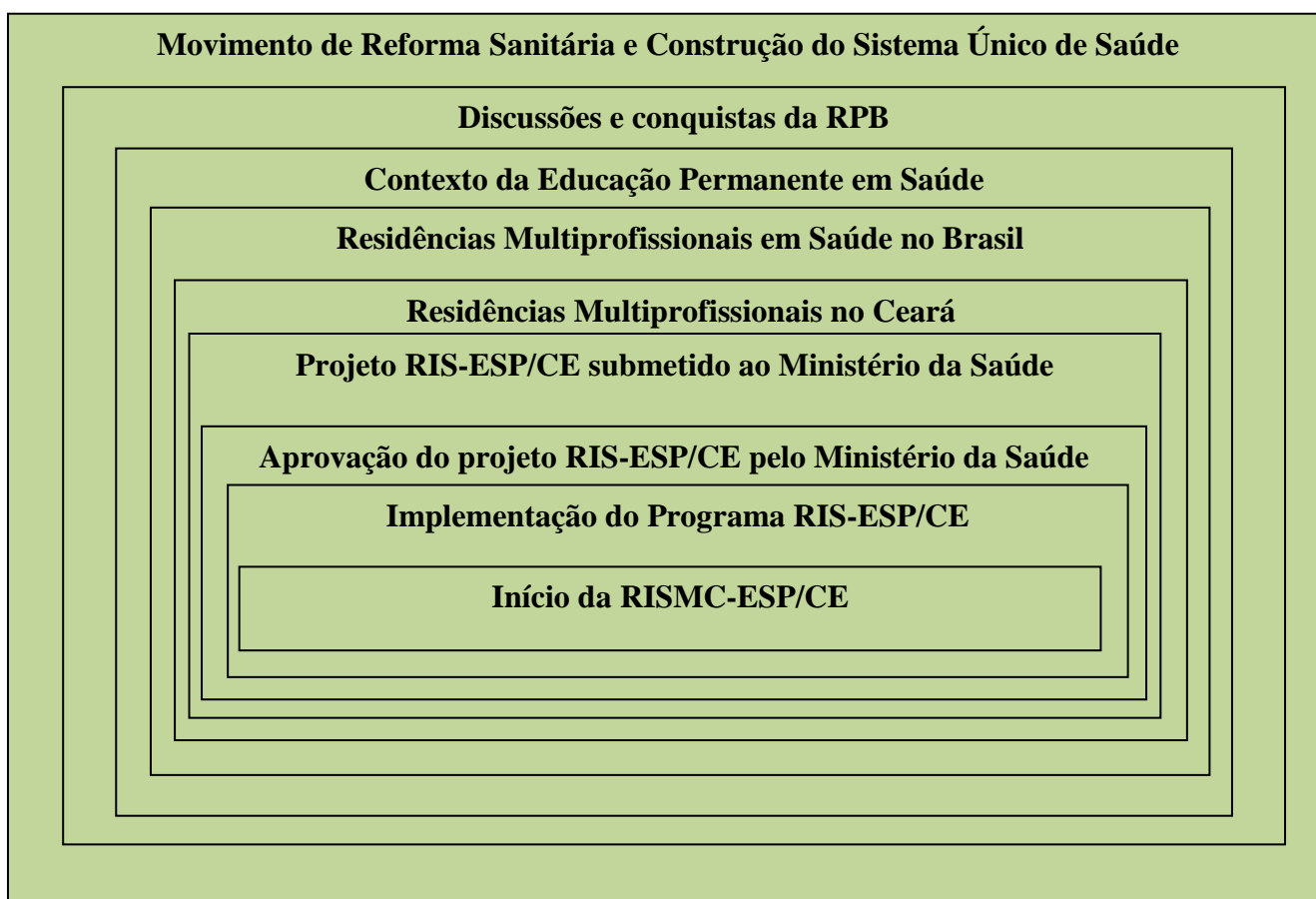
É importante frisar que antes de se tornar programa, a equipe de profissionais da ESP-CE elaborou e submeteu o Projeto das Residências Integradas em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará com uma proposta de estrutura e organização pedagógica das residências integradas em edital publicado pelo Ministério da Saúde no ano de 2011 (Edital SGTES/MS/MEC 17/2011). Após a aprovação e a garantia de apoio à realização dessa modalidade de educação pelo trabalho, iniciaram-se os processos organizativos de tal iniciativa, culminando na inauguração das primeiras turmas de residentes no ano de 2013, marcando no Estado do Ceará a interiorização das especializações pelo trabalho para profissões de saúde.

Tais processos foram: a seleção dos municípios participantes; a celebração de convênios com os mesmos, foram 29 convênios firmados entre municípios e hospitais; a criação da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) responsável pela coordenação e pelo desenvolvimento das residências do programa RIS-ESP/CE, a realização de oficinas de competências profissionais, o planejamento da

programação teórico-prática, a seleção e a formação de preceptores, a seleção de profissionais residentes através da publicação de editais.

Chamamos processos, pois a articulação realizada a nível federal, estadual e municipal demandou tempo, lutas, diálogos, mobilização de grupos e constante construção do SUS, afirmando o fato dos processos históricos, políticos e pedagógicos acontecerem dinamicamente, e não isoladamente, dentro do contexto brasileiro. Para melhor visualização desses processos, elaboramos o modelo lógico a seguir.

Figura 4. Processos históricos, políticos e pedagógicos da RISMIC-ESP/CE

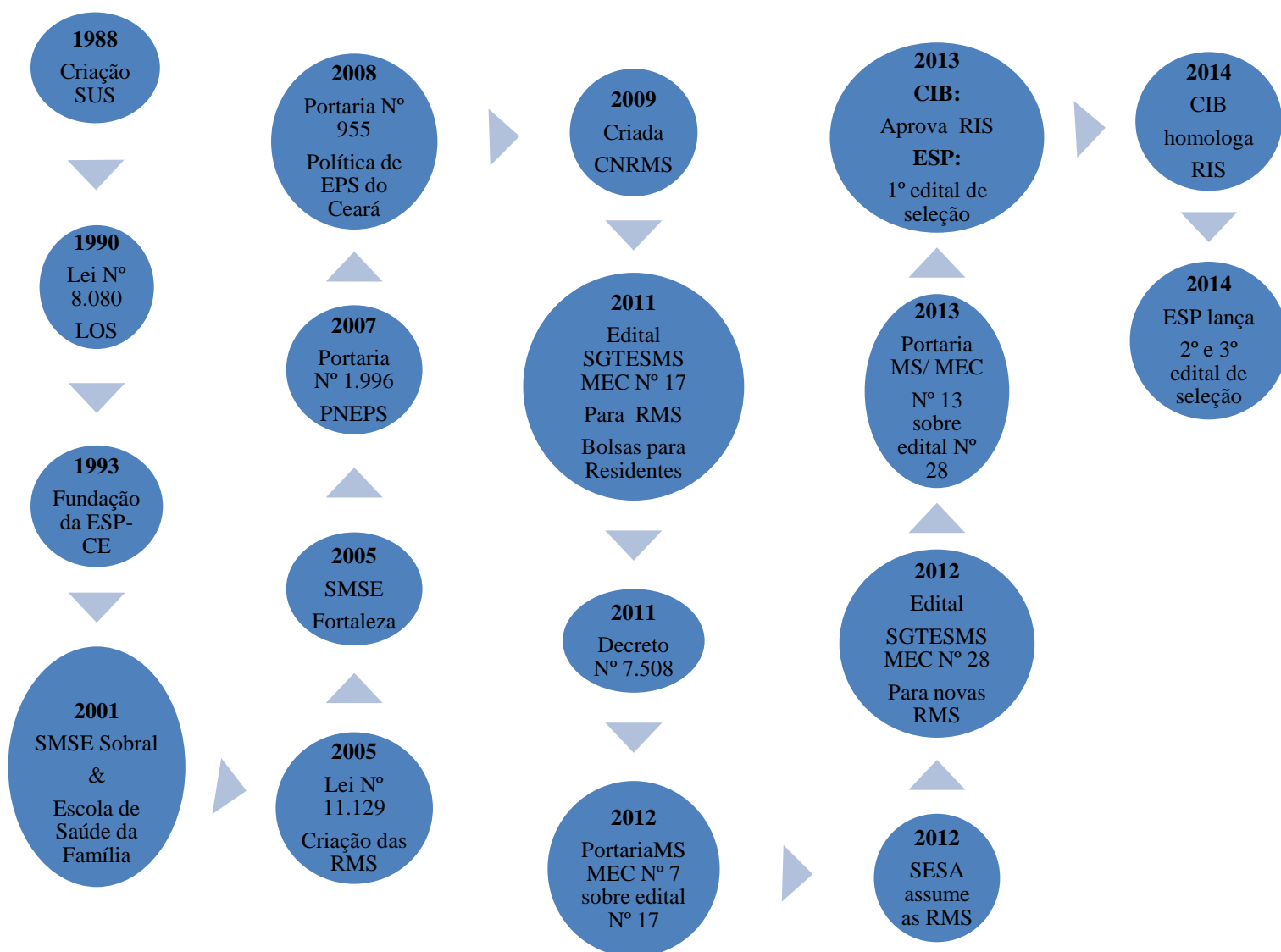


Fonte: elaborado pela autora.

Diante do contexto demonstrado acima, percebemos os fatores de influência na construção das Residências Integradas no Ceará, não se limitando ao contexto estadual, mas ampliando o olhar para a história da reforma sanitária brasileira, a criação do SUS, e as interações entre as três esferas de governo brasileiras, demonstrando a importância do diálogo no trabalho entre as redes de saúde para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das ações relativas ao SUS.

Considerando os processos abordados acima e as ações articuladas para a implementação da RIS-ESP/CE nos municípios, compreendendo a RISM-ESP/CE com uma das ênfases disponibilizadas, considerando ainda as informações sobre o arcabouço jurídico disponibilizadas pela Coordenação da RIS-ESP/CE, criamos um fluxograma não linear com os marcos políticos históricos nacionais e estaduais descritos em sequência, objetivando a compreensão histórica implicada na construção desta iniciativa (Figura 5).

Figura 5. Marcos Históricos Nacionais e Estaduais para a implementação da RIS-ESP/CE.



Fonte: elaborado pela autora.

É possível compreender o fato da ordenação da formação em saúde através do SUS ser garantida na Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde (1990), sendo posteriormente regulamentadas as Residências Multiprofissionais em Saúde e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para concretização dessa formação. Lembramos a regulamentação da LOS em 2011 com o Decreto N° 7.508, visando dentre outros aspectos a organização do SUS e o planejamento em saúde.

No Ceará, no ano de 1993, no Governo Estadual de Ciro Ferreira Gomes, a ESP-CE foi fundada, através da Lei N° 12.140 publicada no Diário Oficial em 22 de julho de 1993. Criada como autarquia vinculada à Secretaria da Saúde do Estado (SESA), possibilitando a formação de trabalhadores para o SUS. Somente em 2008, foi criada a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, estimulando o ensino em serviço dentro do Estado.

Consideramos as RMS no Ceará como frutos das iniciativas do Sistema Saúde Escola. Este é um conceito que se configura por uma estratégia para gestão de sistemas públicos de saúde, sendo comprometido com a transformação dos serviços de saúde, envolvendo, ou seja, integrando, os diversos espaços de ensino, pesquisa, educação permanente e desenvolvimento profissional dentro do contexto territorial existente. (ANDRADE et al., 2012; BARRETO et al., 2006, 2007; ELLERY et al., 2013).

O uso de tal conceito passou a ser usado no Brasil por um grupo de profissionais atuantes no ano de 2005 na gestão da saúde pública no município de Fortaleza, criando o Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) (ELLERY et al., 2013). O município de Sobral, no ano de 1997, também contou com a liderança da gestão municipal para a implementação desse processo de educação permanente, aliando os serviços de saúde e a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), criando posteriormente, em 2001, a Escola de Formação em Saúde da Família de Sobral (ANDRADE et al., 2004).

No ano de 2009, contamos com lei N° 1.077 instituindo a CNRMS e o Programa Nacional de Bolsas de Residências Multiprofissionais em Saúde. As bolsas dos profissionais residentes passaram a ser garantidas. No ano de 2012, os projetos aprovados através do edital SGTES/MS/MEC N° 17/2011 foram homologados, passando a SESA assumir as RMS através da ESP-CE, possibilitando o início das primeiras turmas do Programa RIS-ESP/CE em 2013.

Ainda em 2012, foi lançado um outro edital dedicado aos novos projetos de RMS, isto gerou outra submissão da ESP-CE para novas turmas de Residência e posterior aprovação homologada na Portaria MS/MEC Nº 13/2013. Neste ano da homologação, a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) aprovou a RIS-ESP/CE, homologando a mesma em 2014. Até 2014 foram lançados três editais de seleção para profissionais residentes, incluindo dentro das ênfases disponíveis a ênfase aqui estudada, a RISM-ESP/CE.

Em relação aos objetivos da implementação aqui analisada, a análise documental do Regimento Interno da RIS-ESP/CE possibilitou compreender o macro objetivo do programa, apresentando no artigo 6º:

A RIS-ESP/CE tem como macro objetivo a interiorização da Educação Permanente Interprofissional em saúde por meio da qualificação de profissionais, de forma a contribuir para a consolidação da carreira na saúde pública e para o fortalecimento das Redes do Sistema Único de Saúde (SUS) (CEARÁ, 2013a, p. 5).

Dentro desse macro objetivo, as ênfases da RIS-ESP/CE possuem doze eixos norteadores em comum vinculados aos princípios e as diretrizes do SUS a partir das necessidades locais e regionais. São estes:

- I - Cenários de aprendizagem pelo trabalho representativos da realidade sócio-epidemiológica do país;
- II - Conceito ampliado de saúde;
- III - Política Nacional de educação permanente para o SUS;
- IV - Abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho;
- V - Estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem nas Redes de Atenção, de modo a garantir a formação integral e interprofissional;
- VI - Integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde;
- VII - Integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde;
- VIII - Integração dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde;
- IX - Articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas para o SUS - PRÓ-RESIDÊNCIA, instituído pela Portaria Interministerial nº 1.001/2009, e com as áreas de intervenção em saúde relacionadas nos Editais de Convocação nº 7 e nº 8/2009, referentes a esse Programa;
- X - Descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;
- XI - Estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando ao desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS;

XII - Integralidade que contemple todos os níveis/redes de Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema (CEARÁ, 2013a, p. 5-6).

A análise documental do Projeto Político Pedagógico (PPP) da ESP-CE, lembrando que esta é uma autarquia vinculada à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, mostra que a instituição a partir das demandas e das necessidades epidemiológicas, sociais e formativas (CEARÁ, 2012) preocupou-se com a formação de profissionais de saúde para atuação no SUS, mais especificamente, no contexto cearense.

O PPP dos programas de residência é organizado por competências do ser, do fazer e do saber dos profissionais que participam dessa experiência. Tais competências foram organizadas através de reuniões e oficinas de planejamento, sendo organizadas em três grupos: ensino-aprendizagem pelo trabalho (prática); ensino-aprendizagem teórico-prática e ensino-aprendizagem teórico-conceitual.

A seguir temos uma figura explicativa da atividade pedagógica dentro do cenário de aprendizagem a partir do PPP analisado.

Figura 6. Divisão da carga horária segundo atividade pedagógica envolvida e os cenários de ensino-aprendizagem da RIS-ESP/CE

Atividade Pedagógica	Cenário de Ensino Aprendizagem
Ensino-Aprendizagem pelo trabalho (prática) 4.608h (80%)	Serviço/Território & Tenda Invertida do Núcleo Profissional - 3.840h Plantões/Estágios por Núcleo Profissional - 384h Plantões/Estágios do Campo - 384h
Ensino-Aprendizagem Teórico-Prática 384h (7%)	Roda de Núcleo - 192h Estudo de Caso Interprofissional - 192h
Ensino-Aprendizagem Teórico- Conceitual 768 (13%)	Aula Teórica -384h Grupo Interprofissional de Estudos - 192h Estudo Individual - 192h
(100%)	Carga horária total: 5.760h

Fonte: (CEARÁ, 2012) adaptado pela autora.

Para melhor compreensão, explicamos que as atividades de ensino-aprendizagem pelo trabalho são caracterizadas por proporcionarem a vivência do profissional ser o responsável pelo território ou pelo serviço que o mesmo atua, além dos demais serviços ligados à saúde ou às rede de saúde (CEARÁ, 2012), percebemos assim a preocupação com a responsabilidade sanitária, a integralidade e a intersetorialidade.

As atividades de ensino-aprendizagem teórico-prática são espaços dialógicos e de problematização tanto “do” quanto “no” território para discussão de questões relativas ao processo de trabalho do serviço e do programa de Residência (CEARÁ, 2012), sendo possível identificar a preocupação com a constante avaliação do trabalho em equipe devido ao caráter interprofissional desse tipo de ensino-aprendizagem.

Quanto às atividades de ensino-aprendizagem teórico-conceituais temos que são caracterizadas como espaços em que os referenciais conceituais são apreciados e debatidos, favorecendo a transformação da atuação profissional (CEARÁ, 2012), tendo em vista que o processo de formação considera teoria e prática indissociáveis.

Dentro dessa organização, a ênfase em Saúde Mental Coletiva foi pensada para formar especialistas nessa área “com base nos pressupostos da luta antimanicomial, da RPB e do SUS, com ênfase na Política Nacional de Saúde Mental, considerando a indissociabilidade entre educação, trabalho e cidadania” (CEARÁ, 2012, p. 119). Logo, fica claro o objetivo da RISMC-ESP/CE, sendo este:

Formar lideranças técnicas-científicas políticas para a qualificação da RAPS, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde, embasada na RPB, na Luta Antimanicomial, na colaboração interprofissional, na integralidade e na intersetorialidade (CEARÁ, 2013a, p. 6).

A partir disto, podemos compreender a importância da implementação da RISMC-ESP/CE para o SUS e para a atenção psicossocial, bem como a série de desafios relativos a essa inovação, tendo em vista o início do processo de interiorização da Educação Permanente Interprofissional pelo trabalho em Saúde Mental no Estado do Ceará a partir do ano de 2013, ano da primeira turma de residentes.

Esse início e as suas dificuldades por ser algo novo (inovador) aparecem nas falas dos atores sociais entrevistados, conforme os dois extratos reproduzidos abaixo.

Acompanhei desde a implantação. Muito difícil porque era algo novo, então precisamos nos reunir muitas vezes, preceptores eram 3, 4 vezes por mês, era toda semana, pra entender esse processo, indo na Escola de Saúde Pública duas, três vezes no mês também, então até pra eles era tudo muito novo. Então, até eles tinham dúvidas nas nossas perguntas, porque eles estavam

aprendendo a fazer, mas foi um processo inovador onde revolucionou realmente a saúde do município desde o início (Art 1).

[...] O processo da implantação da residência em relação até todas as ênfases, Saúde Mental, Saúde da Família, eu percebi que foi um processo que foi positivo, teve um apoio inclusive total da rede e o apoio total da escola, então eu acho que foi um processo que funcionou bem. Essa implantação conseguiu se estruturar apesar de ser tudo muito novo, conseguiu se formar e ficar bem definida a residência (Ger1).

É fato o pioneirismo da RISMIC-ESP/CE e as dificuldades iniciais são intrínsecas ao processo de adaptação e desenvolvimento de qualquer atividade nova. Isto aparece de forma compreensiva nos relatos analisados.

[...] Como a residência em saúde mental foi pioneira no estado do Ceará na época, podemos dizer que a gente inaugurou um processo muito novo de trabalho. [...] A gente foi muito ousado nesse pioneirismo, mas ao mesmo tempo a gente avalia que a gente tinha lacunas a preencher. [...] A gente tinha muita dificuldade de organizar espaço físico para integrar os residentes. As nossas atividades de interação e integração dos programas não eram mais intensas por conta da dificuldade de organizar esse espaço para isso. (Coor3).

[...] Por mais que eu estivesse participando do processo da escola, mas o município em si não estava preparado e não sabia o que era residência e não só a coordenação, mas os serviços em si (Prec2).

É perceptível nas falas acima citadas o desafio de organização do desenvolvimento da RISMIC-ESP/CE e a compreensão do que e como seria a mesma. Aconteceram encontros formativos, no entanto a prática cotidiana com os residentes apresentava realidades dinâmicas não contempladas nos encontros iniciais, pois o processo ainda estava iniciando, e estas eram inundadas pelas novidades e complexidades do cotidiano nos municípios.

Concordamos com outros autores, que a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas profissionais e não apenas o foco central desse processo de EPS, pois a formação desses profissionais engloba a produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de pensamento e de adequado conhecimento do SUS (CECCIM & FEUERWERKER, 2004a).

Nas falas a seguir de dois Secretários de Saúde, podemos perceber a movimentação da implementação desse programa de residência nos municípios.

O que chegou no primeiro momento, o formato que foi apresentado, é que seria em 10 municípios tidos como pilotos para primeira turma. E aí a gente teve realmente vários momentos de interlocução com a escola para detalhar os meandros, o que competia ao município fazer, qual era o papel da escola, o que se esperava, que tipo de aluno se esperava encontrar. Claro que isso aí dentro de uma linha subjetiva por conta da multidisciplinaridade do grupo, você não tinha como prever [...], mas isso gerou assim uma empolgação muito grande para nós (Sec3).

[...] Teve alguns desafios para se implantar a residência no município, mas foi visto com uma grande perspectiva tanto para os profissionais como para o município a implantação da residência. E é tanto que foi se aprimorando desde o início e hoje a gente só tem a ganhar com a residência (Sec4).

Como demonstramos no modelo lógico, a ESP-CE, dentre outras atividades, visitou os municípios para apresentação do programa RIS e elaboração de convênios com os mesmos. A primeira turma funcionou como piloto para desenvolvimento da iniciativa, sendo repensadas e reorganizadas as lacunas para os avanços nas turmas seguintes.

Assim, a formação para a área da saúde deveria objetivar a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturando-se a partir da problematização do processo de trabalho e da capacidade de dar acolhimento e cuidado às necessidades de saúde (CECCIM & FEUERWERKER, 2004a). Percebemos a proposta desse tipo de formação no planejamento da ESP-CE para o seu programa de Residência, integrando todas as ênfases.

Dentro da inovação da RISMC-ESP/CE temos a focalização na prática, ou seja, no trabalho, mas visando esta em articulação com a teoria, tendo em vista que nesse processo de ensino-aprendizagem-trabalho da EPS a carga horária dentro dos serviços é mais extensa que a carga horária teórica.

Diante da possível não compreensão da necessidade de imersão no serviço e da articulação entre teoria e prática, a formação teórica apareceu durante as entrevistas como insuficiente, sendo abordadas fragilidades dentro da mesma pelos atores sociais, no entanto sendo ressaltada a contribuição da prática para a formação profissional. Vejamos a seguir.

[...] Com relação a parte teórica eu acho que a gente teve e deixou muito a desejar também, muito mesmo, porque era uma coisa que a gente sempre comentava nas rodas é de que quando a gente entrou na residência, porque todo mundo tinha essa visão, de que iríamos sair especialistas em saúde mental, só que a gente só tinha aula uma vez por mês. Um final de semana por mês a gente tinha os módulos aqui na Escola de Saúde Pública que era muito mais um momento para disparar um tema, muito superficial, muita gente, em um auditório lotado. [...] Eu acho que o que eu aprendi mesmo na residência de mais importante que eu vou levar para a minha vida e que eu vou levar para toda a minha trajetória profissional eu aprendi nos serviços. Esses sim foram os grandes formadores teóricos (Res5).

O foco na prática não retira a importância da formação teórica, pelo contrário, teoria e prática são polos distintos, porém interdependentes, não existe essa dissociação, tendo em vista que para uma prática coesa é necessário um embasamento teórico. A ESP-CE organiza módulos específicos e módulos transversais priorizando

metodologias ativas para as ênfases que compõem o programa de RIS, módulos estes necessários para o processo formativo dos residentes.

Apesar das falas abordarem a necessidade de mais formação teórica, sabemos da importância da transformação da formação e do trabalho em saúde não serem tratadas como mera questão técnica, pois as mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas, principalmente estas, estão envolvidas (CECCIM & FEUERWERKER, 2004a).

Sabemos também do objetivo das residências integradas em interiorizar a Educação Permanente Interprofissional em Saúde. Com a implementação da RISMC-ESP/CE os atores sociais da presente pesquisa consideraram esse processo como inovador, mais precisamente, como uma iniciativa capaz de renovar a prática profissional dos profissionais de saúde e a realidade dos serviços de saúde nos quais os mesmos estão imersos.

Logo, compreendemos realmente que a transformação da formação e do trabalho em saúde envolve questões tecnopolíticas, implicando na articulação de ações internas e externas das instituições, visando dentre outras questões a ampliação da qualidade da gestão, o aperfeiçoamento da atenção integral, o domínio do conceito ampliado de saúde e o fortalecimento do controle social na saúde (CECCIM & FEUERWERKER, 2004a).

Quanto à formação profissional dos residentes, observamos que as lacunas existentes durante e após a graduação na área de saúde foram preenchidas com a prática adquirida a partir da vivência da Residência. Diante disto, podemos relacionar os depoimentos descontentes sobre a formação teórica a essas lacunas e não à proposta pedagógica da ESP-CE.

Temos essa consideração partir das experiências compartilhadas pelos próprios residentes. Vejamos adiante um extrato das entrevistas sobre esse aspecto.

Quem não conhece a Residência tem que tentar porque a gente sai da zona de conforto, a gente aprende na prática. [...] A gente aprende na prática e isso [...] não tem nenhuma cadeira na faculdade que nos apresente a diversidade da realidade de cada indivíduo, isso é muito interessante porque isso mexe com o profissional, com o pessoal da gente (Res8).

Mesmo com o vazio teórico e prático deixado na formação da Graduação em saúde, os residentes, provocados pela coordenação e pelo corpo de tutores da RISMC-ESP/CE, e apoiados, na maioria dos casos, como veremos adiante, pelas gestões municipais e preceptores, tomaram a decisão de incorporar novas práticas à sua

formação profissional. Essa, de acordo com Ceccim (2005b), é uma condição indispensável para uma pessoa decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e aos seus conceitos, tendo em vista a detecção e o contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho.

Esse desconforto acontece quando a experiência é vivida intensamente e os residentes possuem carga horária intensa dentro dos serviços de saúde, sendo possível ter disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos a partir, mas não só, com desconforto inicialmente percebido, gerando conseqüentemente transformações para os profissionais e as instituições. Seria ingenuidade pensar que apenas o desconforto inicial produziria esta transformação, a convivência com o corpo de formadores da ESP, apesar de curta duração, quando confrontada com o desejo dos residentes, foi também uma semente forte para o desabrochar de novas práticas.

Se apenas o desconforto inicial de profissionais de saúde com a realidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do SUS fosse o suficiente para transformar práticas, então a implantação das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) no interior do Ceará, realizada antes da implantação da RISM-ESP/CE, teria alcançado o objetivo de ampliar a clínica da ESF dos municípios do Estado que receberam estas equipes, mas estudos realizados mostraram que não foi assim (SOUZA, 2013).

A referida inovação também diz respeito ao fato da formação profissional destinada aos profissionais residentes ter formado indiretamente os profissionais dos serviços, possibilitando novos olhares para a atuação no SUS, novas ações de cada categoria profissional, bem como a melhoria do atendimento junto aos usuários. Esses aspectos ficam evidentes na fala de um (a) Secretário (a) de Saúde quando afirma “[...] Na verdade com a implantação, com os residentes, nós tivemos um outro olhar, ver um outro viés” (Sec1). Corroborando com isso, um (a) Coordenador (a) Municipal de Saúde Mental aborda.

[...] Acho que os profissionais estavam muito acomodados no seu dia a dia, naquele negócio de todo dia fazer a mesma coisa. E a residência “chacoalhou”, tem outras formas de fazer, vamos fazer. Esses residentes que chegaram em 2013, com um potencial muito grande, eles “chacoalharam” com os seus preceptores. Profissionais bem capacitados, com boas ideias. Só teve a engrandecer o serviço (Coor1).

A Educação Permanente da ESP-CE impactou não apenas os profissionais residentes, mas também todos os profissionais que participaram desse processo e os municípios como um todo, pois “a Residência tanto ela contribuiu, como impactou, na

mudança de postura de visão tanto dos profissionais, como deu um empoderamento de fala e de conhecimento dos usuários” (Res8).

A partir das falas acima abordadas, e concordando com Ceccim & Feuerwerker (2004a), compreendemos que quanto maior o comprometimento das instituições formadoras e dos municípios, maior será a imposição ética de mudarem a si mesmo, compreendendo ainda a contribuição da EPS para interfaces, interações e intercomplementaridades entre estados e municípios na construção de um sistema único para a saúde, incentivando os processos de construção e produção de conhecimento sobre o SUS.

Precisamos destacar as especificidades de vínculo empregatício e padrão remuneratório dentro da relação entre os profissionais residentes e os profissionais do serviço, pois sabemos das limitações existentes dos profissionais do serviço devido às fragilidades dos contratos de trabalho atualmente realizados, além dos baixos níveis salariais, condicionados pela crise de financiamento do SUS e pela elevada concorrência no mercado de trabalho para algumas profissões, como a de enfermagem (MACHADO et al., 2013). Existe o receio desses profissionais do serviço questionarem a rotina e as dificuldades, e desta forma, se indisporem com os gestores municipais, receio menos prevalente nos residentes.

Tais fragilidades apareceram na pesquisa “Perfil da Enfermagem no Brasil” encomendada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Nessa inédita pesquisa, a de maior abrangência já realizada na América Latina, ressalta-se nos dados divulgados no ano de 2015 o desgaste profissional permeado por subsalários e desemprego (COFEN, FIOCRUZ, 2015).

Na área da saúde, é conhecida a existência de problemas como a baixa disponibilidade de profissionais, distribuição irregular com grande concentração em centros urbanos e regiões mais desenvolvidas, crescente especialização e suas consequências sobre os custos econômicos e dependência de tecnologias mais sofisticadas, predomínio da formação hospitalar e centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência demandam ambiciosas iniciativas de transformação da formação de trabalhadores (CECCIM, 2005b).

Pierantoni (2012) discute a formação na Graduação das profissões de saúde a partir da consideração dos desafios emanados do mercado educativo e do mercado de trabalho, bem como das perspectivas relativas ao desenvolvimento, planejamento, à

gestão e regulação da força de trabalho em saúde. Logo, estamos de acordo com Poz et al. (2013), considerando o processo de trabalho em saúde como dependente de múltiplos fatores relacionados ao financiamento, a organização e o desempenho dentro dos sistemas de saúde, estando inclusa a formação dos profissionais de saúde, pois estarão dentro do desafiante mercado de trabalho.

Com isso, destacamos a relativa autonomia dos residentes dentro desse cotidiano de trabalho repleto de pressões políticas, econômicas, sociais e culturais, haja vista que muitos dos profissionais de saúde são consumidos pelas elevadas demandas diárias. Como abordam tanto profissionais residentes quanto os profissionais dos serviços:

[...] A gente representou a categoria dos profissionais dos serviços quando eles não se sentiam confortáveis para isso porque de certa forma nosso lugar era protegido. A gente não responde diretamente ao município, não somos funcionários do município, pelo menos não é legalmente (Res5).

[...] Quando o residente ele vem com esse olhar, vem com essa preocupação que vai para o território e que pensa em estratégia de situação e que pensa em estratégia de matriciamento e que ele traz esse olhar que muitas vezes não é que a gente não tenha, o profissional tem, mas muitas das vezes ele não dar conta (Prec3).

A partir do último trecho relatado sobre a preocupação com o território, compreendemos que a RISM-ESP/CE, por ser de base comunitária, ultrapassa os muros institucionais ao realizar a territorialização e ao desenvolver ações dentro do território o qual a equipe de saúde é responsável. Com a chegada da Residência nos serviços de saúde mental dos municípios, a prática profissional até então desenvolvida, passou a ser transformada.

Percebemos o objetivo da transformação nas ações propostas pela EPS, logo, “o que está em jogo na educação permanente é um trabalho ou um lugar de trabalho exposto à transformação ou à modificação porque deseja encontrar-se com os seus usuários e deseja construir a integralidade pela rede” (CECCIM, 2010a, p.77), priorizando um cuidado integral e não mais fragmentado.

O comprometimento com a integralidade do cuidado através de reflexões sobre a prática cotidiana é possível através da EPS, tornando-se crucial a efetivação desta por meio de estratégias e de espaços dialógicos com aportes teóricos condizentes com a consolidação do SUS (PINTO & CYRINO, 2015), conseqüentemente, a consolidação da RAPS e das ações territoriais.

O trabalho em saúde mental com a proposta da RIS-ESP/CE de fazer com que os residentes conheçam o território de atuação, proporciona uma visão ampla de

saúde, uma saúde mental desinstitucionalizada, possibilitando intervenções transformadoras “fora do CAPS”. Vejamos.

[...] Então a gente trabalha mais fora [do CAPS] do que dentro e a comunidade é a prova viva disso. Eles não conseguem viver mais sem a residência [...]. Eles sentiram muito a falta da primeira equipe que foi embora, mas a outra está dando a continuidade (Prec1).

Merece destaque o fato da territorialização, assim como as demais ações desenvolvidas, terem sido realizadas de forma interprofissional, não sendo focado apenas em uma categoria profissional, mas sim nas diversas profissões de saúde que compõem o quadro profissional na saúde mental. Essa característica aparece significativamente na fala dos atores sociais como uma nova experiência capaz de otimizar os serviços, pois os profissionais passam a dialogar diante das demandas cotidianas, sendo um “divisor de águas” tal interprofissionalidade. Sobre essa interprofissionalidade os residentes e os profissionais dos serviços atuaram juntos, vivenciando as otimizações e os desafios do trabalho em equipe.

O desenvolvimento desse trabalho em equipe necessita da continuidade da prática cotidiana para o seu aperfeiçoamento. Os depoimentos dos atores sociais da pesquisa condizem com as discussões de Carvalho & Ceccim (2012) quando os autores abordam o trabalho clínico e o trabalho em equipe diante das perspectivas e formulações das necessidades em saúde, pois “diante da clínica pensamos o corpo, o indivíduo, mas complica quando pensamos o trabalho em equipe, que é um trabalho construído por profissionais de diferentes origens, áreas e níveis de formação” (CARVALHO & CECCIM, 2012, p. 161).

Consideramos importante a continuidade do trabalho proposto pela Residência, tendo em vista a melhoria dos serviços prestados aos usuários e à comunidade. Os municípios estudados receberam as duas primeiras turmas da RISMC-ESP/CE e percebemos a qualificação dos serviços devido à continuidade.

Os profissionais que vivenciaram essa experiência, afirmam a necessidade da longitudinalidade (a continuidade) dessa experiência nos municípios para a promoção da saúde mental e maior interação entre os profissionais. É necessária a continuação das ações desenvolvidas, como abordou um (a) Gerente dos serviços, “[...] da primeira turma a gente teve bem uma contribuição, principalmente do grupo de família, e na segunda turma a gente já sentiu como fazendo parte da equipe. Eu acho que aproximação foi maior” (Ger3).

Essa longitudinalidade fica evidente nos depoimentos, independente da função do entrevistado, destacamos abaixo.

Eu acho que a cidade ganhou com os residentes ao serviço. Ganhou por que eu vi que se aprendeu muito com os grupos que ajudaram bastante. O problema foi que quando eles foram, muitos pacientes sentiram falta, outros até pioraram: "ah o doutor fulano foi embora". Eles, os nossos pacientes, eles são muitos sensíveis apesar de todos os sintomas são muitos sensíveis, alguns tiveram pioras por falta dos profissionais (Trab2).

[...] A nossa turma ela teve muita sorte já era a segunda turma que já vinha de uma primeira turma que não teve um corpo de preceptores completos, que não teve tanto apoio que teve que substituir pessoas no serviço. A gente já viveu uma outra época. A gente tinha profissionais de serviço, a gente tinha todos os preceptores (Res12).

Na fala acima temos a fala de um profissional residente relatando a falta de preceptores para o acompanhamento das atividades propostas pela Residência. A referida questão apareceu durante as entrevistas realizadas, mostrando a necessidade de incentivo financeiro e formação pedagógica para os profissionais preceptores envolvidos na realização desse programa de ensino.

[...] No início a gente sentiu uma dificuldade assim, até em compreensão, porque que os preceptores não seriam remunerados. [...] Mas como era algo tudo muito novo, inovador, pioneiro, muitos curiosos, muitos aceitaram mesmo sem remuneração. [...] Por que só a bolsa do residente e do preceptor não? Já que não acontece a Residência sem preceptor (Art1).

[...] Na ênfase em saúde mental a gente começou a perceber que apesar desse entusiasmo, dessa vontade, dessa espontaneidade com muita disposição, que eles (preceptores) demonstraram, e competência também, mas técnica do que pedagógica, a gente percebeu que tinha essa lacuna pedagógica que a gente precisava ter organizado antes da residência. [...] Eu acho que os preceptores precisavam ter sido mais preparados para essa função de preceptor (Coor3).

As lacunas pedagógicas apareceram na formação de residentes e preceptores, sendo este um fator impulsionador de mudanças, pois como abordamos no início dessa discussão, os desafios são partícipes dos processos de implementação. Ser residente ou ser preceptor exige uma formação adequada para exercer tais papéis. Segundo Carvalho & Ceccim (2012, p.157-158), “o diploma em qualquer área de saúde não é suficiente para garantir a qualificação necessária já que o conhecimento e a informação estão em permanente mudança e exigem atualização do profissional”, portanto, todos os profissionais de saúde precisam de uma formação contínua.

Desse modo, a partir das considerações aqui expostas, a implementação da RISM-ESP/CE remete-nos à imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde, composto pelo eixo ensino/gestão setorial/práticas de atenção/control social, propondo a construção e a organização de uma educação transformadora da realidade

dos serviços de saúde. Com isso, busca-se operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismos e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (CECCIM & FEUERWERKER, 2004a).

É perceptível a transformação no cenário de práticas dos municípios participantes da RISMIC-ESP/CE resultante de vários processos, ou seja, não foi algo dado, mas sim construído. Inovações dentro dos serviços e nos territórios, não foram inovações apenas no processo formativo dos profissionais de saúde residentes, estas por si só já mereceriam destaque, o que destacamos é a integração de todas essas mudanças para o fortalecimento do SUS e da RAPS. Destacamos a possibilidade de um SUS de todos, um SUS coletivo!

5.2 Os principais desafios da implementação da RISMIC-ESP/CE na Atenção Psicossocial e a necessidade de superação

Os avanços na atenção psicossocial nos municípios cearenses de Aracati, Fortaleza, Horizonte e Iguatu fizeram com que a mesma fosse fortalecida mesmo diante dos desafios impostos pela realidade de cada município e pela atual crise política que o Brasil enfrenta. Os desafios surgiram nas falas dos atores sociais entrevistados, bem como sugestões para a superação dos mesmos e melhoria no desenvolvimento das próximas turmas da RISMIC-ESP/CE.

Identificamos a categoria de organização e infraestrutura da ESP-CE dentro das falas relatadas nas entrevistas. Compreendemos que por ser uma inovação, a interiorização dessa Educação Permanente Interprofissional demanda um planejamento logístico mais denso, necessitando de um maior diálogo da instituição formadora com os outros atores sociais envolvidos no processo, além da necessidade de uma infraestrutura ampla para organizar os profissionais residentes nas formações ocorridas na própria instituição.

Temos a seguir um relato sobre esses desafios considerando grande parte devido ao fato de serem municípios pilotos das duas primeiras turmas da RISMIC-ESP/CE.

[...] Nós não sentimos ainda da escola naquele momento (implementação), uma postura de domínio, de tranquilidade, de domínio do processo de formação, quer pedagógico, quer de cronograma, quer de agenda. [...] Eu acho é que a escola deve e pode, e será muito importante, ter um momento de aproximação com a gestão municipal (Sec3).

A partir dessa organização, compreendemos ainda a existência do desconhecimento sobre o que viria a ser a RISMC-ESP/CE, ou seja, quem participaria, qual seria o objetivo, como ocorreria dentro dos serviços dentre outros aspectos relacionados ao seu desenvolvimento. Desse modo, existe a percepção dos atores sociais sobre a ausência de uma formação precisa sobre esse processo, como apresentamos abaixo.

Não é ó no meu serviço, apesar de todas as melhorias desde a implantação da residência, ainda existe uma luta de entendimento do que é a residência multiprofissional, de dar todo o suporte necessário a residência multiprofissional porque querendo ou não todos acabam ganhando com isso (Trab3).

[...] Eu acredito que ainda não existe uma comunicação boa o suficiente entre a escola e os municípios, a ponto de se fazer entender, qual o propósito, o objetivo e a importância desse programa, principalmente de saúde mental (Res13).

Vimos os relatos sobre a organização e a infraestrutura da ESP-CE e juntamente a estes estão relatos sobre as dificuldades com a estrutura (logística) dos municípios disponibilizados para a realização da Residência. Compreendemos a percepção dos atores sociais entrevistados sobre esse aspecto, esta considera os municípios despreparados para receberem os profissionais residentes e a dinâmica de atuação profissional trazida pelos mesmos, isto foi impactante e desafiante como mostramos nos seguimentos.

[...] É um pouco limitado pela questão mesmo de falta de estrutura, de transportes, de tudo no serviço de saúde mental, são muitos precários. [...] Eu acho que o maior desafio é assim, a gente sabe que como uma residência chega no município, nenhum município estar preparado para receber, mas que no decorrer eu acho que os municípios deveriam tentar se adequar para isso [...] (Res4).

[...] Quando a gente chegou já tinha a outra turma, já estava indo para o segundo ano. O serviço que ele tem estrutura para dez pessoas, hoje são vinte lá dentro. Então, era muito complicada, mas depois a gente foi se acomodando (Res10).

Como estarmos preparados para receber algo inovador como um programa integrado de Residência? Como estarmos preparados para aprendermos uma nova forma de abordar as questões da saúde mental? São questionamentos que nos levam à necessidade da experiência prática e nos mostram a RISMC-ESP/CE como uma estratégia concreta. Temos muito a aprender, como diz Rotelli (2015, p.41),

[...] Como colocar de pé as condições que possam reproduzir uma vida, o teatro, a música, a palavra, a festa, a casa, a sociabilidade, a multiplicação dos afetos, o trabalho, uma atividade que seja uma importante mediação de objeto, uma reconstrução da mediação de objeto entre o louco e a realidade; a

guerra contra o estigma e contra os procedimentos de exclusão dentro dos contextos [...].

A realidade é dinâmica e é a partir dessa compreensão, mesmo diante do planejamento em saúde realizado pela ESP-CE, compreendemos os desafios ao longo da realização da RISM-ESP/CE. Um planejamento não cessa com a implantação de um projeto, a implementação deste exige um planejamento estratégico contínuo com a sua respectiva avaliação, ou seja, antes, durante e depois da iniciativa, possibilitando a realização dos ajustes necessários e a preparação madura na condução das atividades.

Dentro da logística abordada durante as entrevistas, apareceram questionamentos sobre o porquê de não existir incentivo financeiro e formação adequada para os profissionais preceptores. As falas sobre essa dificuldade foram presentes e chamam a atenção pelo fato da questão ter sido abordada por outros atores sociais que não exerciam a preceptoria, mas conviveram com quem realizava a função, por exemplo, articuladores, coordenadores, gerentes e secretários de saúde. Como mostram os seguintes trechos.

[...] Exige que haja essa figura do preceptor, mas não há incentivo financeiro, financiamento para os municípios e para os estados para organizar essa formação dos trabalhadores para se tornarem preceptores e os residentes não podem organizar a sua formação, as residências não podem existir sem eles (Coor3).

[...] Eu acho que poderia melhorar também essa questão do incentivo financeiro porque hoje tem município que banca, mas ainda é muito insignificante para o trabalho importante que eles [preceptores] desenvolvem, o acompanhamento (Sec4).

Identificamos que a RISM-ESP/CE promoveu saúde mental nos territórios por onde ficou imersa, preocupando-se com a organização das práticas de saúde e das relações terapêuticas para a produção do cuidado (JORGE et al., 2011), porém apresentamos a seguir outro desafio significativo nas falas dos atores sociais sobre a loucura, sendo esta estigmatizada e passível de transformações a partir da ação inclusiva e anti-estigma que pode ser desencadeada pelos profissionais de saúde e pela comunidade em geral.

Estigma, o preconceito, o medo do louco, as pessoas ainda têm aquele medo do louco. [...] Chega um paciente de saúde mental, por exemplo, (na APS) e todo mundo comentando, porque ele vai quebrar tudo, porque ela vai me agredir e a gente sempre tenta voltar essa questão da humanização do cuidado, assim como qualquer outro paciente ele também tem que ser cuidado. [...] Não é do CAPS, o paciente é do território. [...] A humanização, esse cuidado com esses pacientes, eu acho que é um desafio por conta do medo, estigma, preconceito (Res2).

O estigma, em grande parte, foi desmistificado, no entanto essa luta é cotidiana e a atuação de profissionais de saúde comprometidos com as pautas da RPB otimiza essa construção mesmo diante dos desafios encontrados nos serviços de saúde, lembrando a necessidade de não focar a atuação nas instituições, é preciso “sair do muro do CAPS”.

O “sair do muro do CAPS” remete-nos à construção de condições, situações e organizações dispostas a darem respostas às necessidades, podendo acontecer através da construção de espaços e projetos coletivos capazes de intervir na realidade. É preciso compreendermos a manutenção da ideia de recuperação, pois esta não deve morrer jamais (ROTELLI, 2015).

Não nos esqueçamos do processo cultural, social e político no qual a saúde mental está inserida, pois isto incide sobre todo o sistema das políticas públicas e sociais, incluindo o tema da desospitalização e do desenvolvimento dos serviços de base comunitária, o importante é saber do deslocamento da integração entre intervenções sociais e intervenções sanitárias do campo da Psiquiatria ao campo da saúde como um todo, a saúde em geral (ROTELLI, 2015).

Por ser um processo, podemos compreender a importância da continuidade das turmas de residentes dentro dos municípios para o avanço das redes de atenção à saúde. É um desafio manter essa longitudinalidade, no entanto compreendemos a necessidade relatada pelos atores sociais, tendo em vista o desenvolvimento dos serviços de saúde mental, as ações antimanicomiais, os vínculos criados com os usuários, a melhoria do acesso aos serviços dentre outras contribuições já trazidas na presente pesquisa. O relato abaixo do (a) trabalhador (a) dos serviços frisa tal necessidade.

[...] Os projetos ter uma continuidade. O acompanhamento que eles [residentes] deram para os usuários. Ainda hoje, hoje não que eu já saí, mas quando eu estava lá, eles perguntavam por determinado residente, então isso é muito bom e os futuros (residentes) que viessem que viessem para passar um período maior (Trab1).

Baseados em Carvalho (2014), consideramos a continuidade estritamente relacionada ao acesso aos serviços e conseqüentemente ao cuidado, desse modo, as pessoas em sofrimento psíquico/mental necessitam de um cuidado longitudinal, sendo desejável a estabilidade das equipes de saúde. Como essa estabilidade na realidade brasileira está cada vez mais rara, a RISM-ESP/CE em seus dois anos de duração, possibilita a formação profissional e institucional para a atenção psicossocial.

Assim, esse significativo desafio remete-nos à realidade dos vínculos empregatícios dos profissionais de saúde dos serviços, pois estão fragilizados e rotativos, prejudicando a longitudinalidade do vínculo criado com os usuários. A RISMIC-ESP/CE é desafiada a atuar nesse contexto, promovendo inovações nos territórios e preocupando-se com a continuidade dos projetos.

Os desafios aqui apresentados representam a percepção dos atores sociais envolvidos na implementação das duas primeiras turmas da RISMIC-ESP/CE, demonstrando a necessidade de superação dos mesmos para a efetividade dos avanços obtidos. Compreendemos tal percepção como preocupação em relação às questões do processo formativo, da otimização dos serviços de saúde mental e da atenção psicossocial, bem como da responsabilidade sanitária em todo o contexto, tendo em vista as mudanças positivas ocorridas nos municípios com a chegada dessa Residência.

5.3 Os avanços na Atenção Psicossocial e a Promoção da Saúde Mental com a implementação da RISMIC-ESP/CE

A RISMIC-ESP/CE preserva a articulação entre as redes de atenção à saúde com base na integralidade, na intersetorialidade e na colaboração interprofissional. Isso faz com que os serviços de saúde mental atuem no território, não apenas centrado nas instituições, com o apoio dos demais dispositivos das políticas públicas, entendendo os usuários em sua complexidade física, mental e social.

A partir disto podemos compreender a percepção dos atores sociais da implementação da RISMIC-ESP/CE sobre os avanços na atenção psicossocial. Emergiram das entrevistas as seguintes questões: territorialização como estratégia de atenção psicossocial, atuação intersetorial, articulação das redes de atenção à saúde com ênfase no diálogo entre APS e atenção psicossocial, matriciamento, clínica ampliada, projeto terapêutico singular como tecnologias de cuidado psicossocial, desenvolvimento de estratégias de EPS e fortalecimento da participação popular comprometida com os movimentos sociais no campo da RPB e da luta antimanicomial.

Inicialmente foi colocada pelos participantes da pesquisa a organização do trabalho das equipes através do processo de territorialização em saúde mental. As ações com base territorial foram desenvolvidas pelos residentes, ultrapassando os muros dos CAPS, o denominado nas falas por “sair do CAPS, fora do CAPS, extra CAPS”, e promovendo saúde mental de acordo com as preconizações da RPB. As ações dentro

desse processo, à luz de Santos (2006), são coordenadas no tempo e no espaço através das informações, indicando o momento exato e o lugar de cada gesto.

A territorialização é percebida para além de um recorte geopolítico, portanto, compreende-se um espaço vivo repleto de possibilidades de atuação para intervenção nas necessidades de saúde da comunidade assistida. Santos (2006) aborda as ações ocorrem sugerindo séries temporais e arranjos territoriais mais favoráveis a um rendimento máximo da tarefa projetada, tendo um papel fundamental na organização da vida coletiva e individual das pessoas.

A compreensão dos atores sociais ressaltando a relevância e o contínuo desafio da atuação com base no território orientando processos de desinstitucionalização pode ser ressaltada no trecho a seguir.

(Os residentes) vêm com esse gás de estar mais no território, de cumprir realmente o que é saúde mental na expectativa da RPB, extra muro, extra CAPS. Então, isso é um dos pontos que eu considero assim mais muito, muito, muito bom, (os residentes) dão essa alavancada, esse gás de estar no território e de estar fazendo essas articulações no território e no desenvolvimento das (ações) intersetoriais (Ger2).

Caminhando na direção da atenção psicossocial o trabalho e articulação intersetorial foi outra dimensão significativa no olhar dos participantes. A atuação no território, possibilitando a articulação tanto com os dispositivos do campo da saúde quanto com os de outros campos, fomentando uma atuação intersetorial, favorecendo o atendimento integral diante das demandas dos usuários. Compreendemos a relação intrínseca entre a intersetorialidade e a integralidade, tendo em vista a percepção desses conceitos pelos atores sociais da pesquisa.

A residência ela tem essa característica de fazer com que vários dispositivos que o município tem se comuniquem. Eu acho que uma das coisas que a residência consegue fazer é que esses dispositivos se comuniquem. Isso aí fortalece muito o cuidado. [...] Eu acho que a residência é um catalizador para fazer com que esses dispositivos se comuniquem e atuem (Res9).

É importante colocar que emergiu a partir da análise documental a presença do trabalho intersetorial nas diretrizes curriculares da RISM-C-ESP/CE. A parte teórica sobre intersetorialidade foi discutida nas atividades pedagógicas enquanto a prática dessas discussões ocorreu cotidianamente nas demandas dos serviços e de abordagem comunitária. Os residentes entrevistados ressaltaram tal intersetorialidade, considerando a mesma como estratégia de fortalecimento da atuação profissional e da RAPS.

A intersectorialidade como promotora de saúde pode ser identificada na Carta de Ottawa, esta proveniente da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1986 em Ottawa-Canadá, quando o documento afirma a promoção da saúde como responsabilidade de todos os setores e não apenas do setor saúde, enfatizando a interação entre os recursos sociais e pessoais (BRASIL, 2001c). No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde inclui a intersectorialidade como diretriz para a promoção da saúde, deixando clara a necessidade do diálogo e da corresponsabilidade em rede entre as diversas áreas para a qualidade de vida e a produção do cuidado em saúde (BRASIL, 2006b).

Nessas considerações, a saúde mental dentro desse contexto de promoção da saúde, remete-nos à reorientação dos serviços de saúde e os dispositivos disponíveis para promover saúde, reconhecendo os usuários como principal foco da saúde e a necessidade de ações comunitárias que dialoguem com as políticas públicas existentes, potencializando formas mais amplas de intervir em saúde e respeitando as subjetividades presentes nas histórias de vida das pessoas em sofrimento psíquico.

Compreendemos a necessidade da intersectorialidade através da fundamentação de Andrade (2005), mostrando as práticas e os saberes intersectoriais constituindo um campo novo no qual emerge a mediação entre os setores existentes naquela realidade, havendo diálogo entre si de acordo com as responsabilidades relativas ao objeto de cada um e com os problemas complexos existentes dentro do território. É dentro desse território vivo e completo que as ações dos profissionais de saúde articulados com os demais setores favorecem à realização de políticas e de ações intersectoriais.

A articulação intersectorial e o trabalho entre as redes de atenção à saúde a partir da conceituação de integralidade foram presentes nas percepções dos atores sociais da pesquisa. Para Carvalho (2014), a integralidade está relacionada à noção de continuidade de cuidados implicando que os serviços sejam abrangentes, podendo substituir funções antes delimitadas ao aparato hospitalocêntrico. Serviços como: intervenção em crises, instalações residenciais para as pessoas em acompanhamento, oportunidades de lazer e redes de suporte social.

[...] Antes era muito aquele trabalho mesmo dentro da instituição. O usuário chegava, era acolhido, passava pelo atendimento médico e pronto. A residência trouxe novidade para a Rede de Saúde Mental, logo que ela começou a trabalhar em rede com os outros serviços de saúde e não só com os outros serviços de saúde, mais com o serviço social, com o serviço de

educação. Então, garante a integralidade, como eu vejo o indivíduo como um todo, não só saúde, mais como o social e a educação (Res12).

O desenvolvimento do processo de territorialização e da atuação intersetorial potencializou o diálogo entre APS e atenção psicossocial. Estas estratégias de atuação potencializaram o cuidado psicossocial de base comunitária, buscando construir uma atuação em saúde mental orientada para necessidades sociais pressuposto da atenção psicossocial (DIMENSTEIN, SALES, SEVERO, 2010; YASUI, COSTA ROSA, 2008). Os participantes da pesquisa perceberam que a implementação da RISMIC-ESP/CE potencializou a ampliação das práticas com desenvolvimento de estratégias e tecnologias de abordagem comunitária, dialogando com o cotidiano da vida social.

O apoio matricial foi incorporado como objeto de trabalho nas equipes de saúde mental, contribuindo para o aumento da resolutividade da APS. Os participantes da pesquisa colocam-no como uma inovação a ser oferecida pelos profissionais de saúde mental às equipes de saúde da família para contribuir com o sucesso de suas intervenções (AMARANTE, 2007).

Ou seja, aumentar a resolutividade da APS para os casos leves, evitando o encaminhamento de tais casos aos serviços especializados dos CAPS, pois estes são para pessoas em sofrimento psíquico, mais especificamente, pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem a permanência em um dispositivo de cuidado intensivo (BRASIL, 2004e). Abaixo temos um trecho sobre a significativa importância desse matriciamento.

Matriciamento, eu acho que (é) uma contribuição para nossos serviços. O conhecimento também porque você acaba levando o seu conhecimento em alguns lugares e acaba que também se fazendo conhecer, então eu acho o matriciamento muito significativo (Ger3).

A partir da Residência identificamos o fortalecimento da saúde mental na APS e na quebra do estigma ainda existente com as pessoas em sofrimento psíquico, sendo fortalecido também o processo de EPS neste campo. Percebemos a inovação levada aos municípios através desse tipo de atuação tão essencial na saúde mental. As demandas dos serviços passaram a ser reorganizadas com o trabalho dos residentes, favorecendo o diálogo com a APS e dinamizando a atenção à saúde ao mostrar o usuário em toda a rede de saúde, não apenas como “o paciente do CAPS”.

A reorganização das práticas em saúde e das relações terapêuticas com a chegada dos residentes nos serviços favoreceram a produção do cuidado através das tecnologias leves, possibilitando a manifestação da subjetividade, característica essencial da atenção psicossocial. Dispositivos de acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilização (JORGE, et al., 2011) estiveram nessa organização da assistência à saúde para operar o cuidado conforme as preconizações da RPB e da atenção psicossocial.

Assim, outra dimensão significativa que emergiu na pesquisa foi a construção de estratégias e ferramentas de cuidado no âmbito da gestão da clínica: acolhimento, clínica ampliada e projeto terapêutico singular. Essa inovação contribuiu para a modificação do modelo de atenção em saúde mental, passando a priorizar os usuários em suas dimensões mais amplas e não apenas no seu contexto psíquico, desse modo, significou a abordagem do usuário em sua integralidade.

Tanto na questão do vínculo, por elas (residentes) estarem dentro do serviço participando das ações, dos serviços e do fluxo do serviço. Elas (residentes) participam sobre tudo na questão da escuta, do vínculo e do acolhimento. [...] Se existe escuta, acolhimento e vínculo vai existir a integralidade das ações, uma vez que elas estão ligadas também ao território, às outras instituições, às outras políticas públicas (Ger2).

De acordo com Jorge, et al. (2011), o acolhimento e o estabelecimento de vínculo estão diretamente relacionados ao alcance da integralidade e da humanização do cuidado, tendo em vista a presença da integralidade no encontro, na conversa e na atitude profissional diante das necessidades dos usuários. O alcance desse cuidado integral é proporcionado através do diálogo e da co-responsabilidade, propiciando a escuta ativa entre profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Consideramos o favorecimento da autonomia através de uma responsabilização compartilhada a partir da construção do acolhimento e do vínculo, essenciais para o desenvolvimento da atenção psicossocial e a promoção da saúde mental, considerando ainda de suma importância o incentivo e o fortalecimento da relação entre autonomia e cidadania (CAÇAPAVA, et al., 2009).

Ao considerarmos a relação entre autonomia e cidadania dentro do fortalecimento da atenção psicossocial, surgiu a dimensão da participação social incentivada pela RISMC-ESP/CE ao formar profissionais comprometidos com as discussões das Reformas de Saúde brasileiras (Psiquiátrica e Sanitária), sendo possível identificar ações com base na luta antimanicomial. A participação social passou a existir nos territórios de atuação dos residentes através de assembleias, conselhos de saúde,

pré-conferências, conferências de saúde, grupos e oficinas de direitos, atividades de divulgação dos serviços de saúde mental e atividades de apropriação do território com a inserção social.

[...] Outra inovação diz respeito ao olhar sobre a saúde mental, principalmente no CAPS AD que nasceu com a residência, é a participação dos usuários, por exemplo, a assembleia de usuários e familiares. É uma prática mensal que está no calendário e que tem ampla participação. Isso aí foi uma conquista da residência [...] (Prec2).

Através da RISMC-ESP/CE e dessa participação social, os estigmas existentes sobre os serviços de saúde mental e sobre os usuários dos mesmos foram minimizados. O que antes “era lugar para doido” passou a ser utilizado pela comunidade. Esse estigma existe na sociedade desde a construção dos primeiros hospícios no Brasil e a sua desconstrução ainda encontra-se em desenvolvimento, necessitando do comprometimento dos profissionais de saúde.

O modelo de atenção em saúde mental adotado merece destaque, pois apesar do desenvolvimento da atenção psicossocial e o comprometimento com as lutas antimanicomiais, foram perceptíveis nos municípios a cultura das práticas ambulatoriais e hospitalocêntricas, exigindo dos residentes a execução de ações condizentes com a RPB. Ocorreram significativas mudanças na saúde mental dos municípios participantes. O trecho abaixo relata a minimização de estigmas ocorrida.

Só o fato de você quebrar essas histórias do paciente ir em busca do serviço e ter o estigma "há se for para o CAPS é porque é doido", eles mesmos estão tendo uma nova visão de que eles não têm esse receio de ir em busca do tratamento, porque antes havia uma resistência, se ia para lá "há vocês me deixam doido", "me deixa drogado" e assim vai (Prec1).

Outro avanço identificado é referente à Educação Permanente Interprofissional em Saúde Mental realizada através da Residência. O processo formativo pensando tanto para núcleo quanto para campo. Ou seja, são formados profissionais nas especialidades de cada categoria profissional ao mesmo tempo em que dialogam com a formação ampla da área na qual estão inseridos, nesse caso, na saúde mental. Esses profissionais passam a resignificar as suas práticas profissionais vinculando-as à integralidade, esta aparece como proposta pedagógica nas RMS no Brasil (DALLEGRAVE, 2008).

A partir dessa percepção, cabe-nos compreender a educação e a colaboração interprofissional como otimizadoras dos serviços, pois aperfeiçoa essa interação entre os profissionais de saúde e as equipes responsáveis pelos usuários, melhorando o

atendimento aos mesmos. Nas falas analisadas fica evidente esse favorecimento através do trabalho interprofissional realizado.

[...] Os profissionais viram que eles tinham que se mexer e cada um tinha que sair da sua casinha. [...] Ser tanto multi como interprofissional e isso mexeu com cada um, mexeu com o dinamismo do contexto do profissional e isso foi impactante (Res8).

Focando na colaboração interprofissional, percebemos avanços construídos na atenção psicossocial a partir dessa perspectiva na qual os profissionais interagem para além das especificidades de suas categorias profissionais. Não é sobre esquecer o papel de cada profissão, mas sim compreender a importância de cada uma dentro do processo de intervenção na saúde.

Compreendemos que os profissionais residentes aprendem “com, para e sobre” os outros profissionais, qualificando os cuidados e os serviços (CAIPE, 2002). Desse modo, a educação interprofissional e a prática colaborativa ocorrem, pois temos mais de duas categorias profissionais da saúde atuando e aprendendo dentro das realidades dos serviços. Como abordou um Residente “[...] é importante essa questão da equipe multiprofissional nessa perspectiva de todos falarem a mesma coisa, de entender os sintomas, as causas e de poderem atuar juntos” (Res4).

Esta importância ressaltada aparece nos discursos dos atores sociais, focando nas mudanças de visão sobre a prática profissional, mostrando que esta pode e deve ser compartilhada, não deve ser individualizada. Diante temos um enxerto marcante da percepção dos atores sociais sobre a interprofissionalidade desenvolvida a partir da Residência, pois houve a qualificação profissional, buscando superar o trabalho fragmentado e centrado na figura médica.

[...] É enxergar o serviço de saúde para além do ato médico, para além da figura médica. [...] Apesar dos avanços que nós tivemos, ainda é muito médico dependente. Da estrutura, do conceito, da forma, do pensar, enfim. E a chegada de um grupo multidisciplinar, de várias profissões, que tem vários olhares, serviu para gente amadurecer um pouco mais essa questão de revisão do conceito e repaginação, portanto da convivência, na percepção de equipe como um todo (Sec3).

Vimos acima a qualificação profissional para o trabalho em equipe, além disso, através da educação interprofissional e da prática colaborativa no campo da saúde mental, percebemos a otimização dos serviços nos quais os residentes estiveram inseridos. Esse tipo de formação maximiza os pontos fortes e as habilidades dos profissionais de saúde favorecendo o aperfeiçoamento da atenção psicossocial a partir das realidades de cada território (OMS, 2006, 2010; OMS & WONCA, 2008).

Concordamos com a concepção de que a educação interprofissional e a prática colaborativa são capazes de superar as dificuldades dos cuidados em saúde e as dificuldades dos profissionais de saúde dentro dos serviços. Essa ideia ganha visibilidade aos lermos e compreendermos a percepção dos entrevistados. As falas sobre o trabalho interprofissional vivenciado durante a realização da RISMIC-ESP/CE são recorrentes, ressaltando o aprimoramento da atuação profissional a partir da troca mútua entre os profissionais, quando estes perceberam a importância da interação entre cada categoria profissional.

Compreendemos os avanços acima relatados e os relacionamos ao fortalecimento da RAPS do Estado do Ceará. A interiorização da Educação Permanente Interprofissional, possibilitou a formação de profissionais comprometidos com as discussões das Reformas de Saúde brasileiras (Sanitária e Psiquiátrica), sendo possível identificar ações com base na luta antimanicomial, ações intersetoriais e atividades interprofissionais. As pautas da saúde mental foram mostradas, defendidas e fortalecidas, portanto, houve promoção da saúde mental.

Logo, a partir da percepção dos atores sociais da pesquisa fica claro o fato da RAPS cearense ter sido fortalecida através das inovações realizadas com a implementação da RISMIC-ESP/CE. Os avanços analisados demonstram a real possibilidade de se promover saúde mental de base territorial e antimanicomial dentro das redes de atenção à saúde, qualificando o cuidado e ampliando o acesso de usuários aos serviços de saúde.

5.4 A inovação de ações e de projetos na Rede de Atenção Psicossocial

Sabemos do fato dos programas de residência multiprofissionais em saúde proporcionar transformações nas estruturas dos serviços nos quais os mesmos estão sendo desenvolvidos, pois uma nova rotina é iniciada, gerando inovações para todos os sujeitos participantes desse processo.

Na ênfase em saúde mental coletiva aqui estudada, identificamos as novas ações e os novos projetos desenvolvidos no processo de implementação da RISMIC-ESP/CE, a partir da percepção dos atores sociais envolvidos, salientando também a qualificação das atividades anteriores à chegada dos profissionais residentes.

Dentro das primeiras atividades desenvolvidas pelos profissionais residentes ao chegarem aos serviços está o conhecimento do serviço de saúde no qual eles ficarão

imersos e o conhecimento do território de abrangência. Sobre as mudanças iniciais dentro dos serviços, podemos frisar o comprometimento com a gestão da clínica através do fluxo de atendimento aos usuários, desde o acolhimento até o momento da consulta, bem como a revisão de projetos terapêuticos. Estas questões foram apresentadas nas seguintes falas.

[...] A própria anamnese que é feita, (os residentes) contribuíram muito com mudanças. A gente enxugou mais, deu uma nova roupagem. [...] Os enfermeiros da residência fizeram um programa muito bom, fizeram um levantamento e pegaram prontuário por prontuário e conversaram com os médicos para saber realmente os medicamentos que poderiam ser enxugados porque tinha pacientes que usavam uma tonelada, vamos dizer assim, de medicamentos e eles fizeram um trabalho de sensibilização (Trab1).

[...] Nós demos uma engrenagem foi nas diversidades da forma de cuidado, consulta conjunta, que antes não se tinha. A gente pode ter mais tempo de estar trabalhando a parte técnica e a parte de tecnologia [...], a sala de espera eles [profissionais do serviço] não têm como fazer e a gente tenta fazer também e isso tudo foi muito novo e a equipe abraçou a causa (Res8).

A nova roupagem e a nova engrenagem as quais os atores sociais entrevistados se referem é justamente às transformações proporcionadas pela chegada da Residência nos municípios. A Educação Permanente permite essa movimentação do conhecimento, aliando teoria e prática para melhorias nos serviços prestados aos usuários.

Na saúde mental o foco dos serviços deve ser as pessoas e não as doenças, sendo estes lugares de sociabilidade e de produção de subjetividades, entendidos como dispositivos estratégicos para o acolhimento, o cuidado e as trocas sociais (AMARANTE, 2007). A partir da RISMIC-ESP/CE os serviços de saúde mental puderam modificar o seu modelo de atenção, sendo os profissionais dos serviços influenciados e formados pelos profissionais residentes para aderirem a uma nova prática profissional diante das demandas psicossociais.

A concepção dos serviços como dispositivos estratégicos mostram a viabilidade da base comunitária proporcionar a transformação não apenas das instituições, mas dos territórios vivos encontrados pelos profissionais residentes. Abaixo podemos perceber ações territoriais promotoras de saúde mental, fazendo com que os usuários tomassem posse do território.

[...] Teve uma comunidade lá onde a gente levou ações, por exemplo, saúde para promover a saúde, a gente fazia teatro com as crianças, tinham campeonatos de jogos com os adolescentes. A gente proporcionou na semana da saúde mental na luta antimanicomial a tenda onde a gente iria para uma praça e a gente proporcionava uma tenda de conversas, a pessoa chegava, a gente ia conversando e acolhendo aquelas pessoas que iriam chegando com

dúvidas, às vezes com alguma coisa, que tinha pacientes que não estava bem, o médico encaminhava para o CAPS (Res2).

Outras ações desenvolvidas com bastante ênfase foram grupos de direitos, grupos terapêuticos e grupos de geração de renda, olhando para os usuários para além da demanda da saúde mental, mas sim os compreendendo em sua integralidade. Sobre tais grupos, encontramos relatos significativos nos quais demonstram a promoção da saúde mental em seu contexto ampliado em rede, não focando nos transtornos mentais e nos sofrimentos psíquicos.

Os usuários da saúde mental possuem suas histórias de vida e demandas de cunho político, cultural e social, não estão restritos aos contextos biológicos e nem restritos aos seus acompanhamentos clínicos. Os grupos promoveram a interação entre usuários, familiares e comunidade, promoveram a construção de conhecimento, a socialização de saberes e a luta por direitos (participação social), isso gerou o fortalecimento das ações psicossociais de cunho territorial.

Merece destaque a criação dos grupos, mas também a continuidade e o aperfeiçoamento dos que existiam antes da chegada dos residentes nos municípios. Os relatos dos profissionais entrevistados explicitaram essa questão. Os residentes da segunda turma de Residência continuaram os grupos da primeira turma, além da criação de outros grupos.

[...] Alguns grupos nós desenvolvemos no CAPS, outros nós demos continuidade, grupo de caminhada, grupo de música, um grupo para pessoas com transtornos ansiosos, depressivos que é o grupo bem estar [...] oficinas de emoções que são os pacientes semi-intensivos, que são pacientes chamados "dia", grupo de redução de danos do CAPS AD, grupo de adolescente no CAPS infantil, grupo de família [...] (Res13).

Ao percebermos tais iniciativas, consideramos as mesmas como inovadoras e transformadoras diante dos territórios nos quais foram trabalhadas. Consideramos uma contribuição promotora da saúde mental na concepção ampla defendida pela RPB. De acordo com Amarante (2007, p. 73), ações desse tipo “contribuem para a construção de um novo imaginário social em relação à loucura e aos sujeitos em sofrimento que não seja de rejeição ou tolerância, mas de reciprocidade e solidariedade”.

A adesão da comunidade aos grupos movimentou tanto as unidades dos CAPS quanto o território como um todo. Com isto, compreendemos o incentivo à participação popular nos serviços de saúde que até então não existia com tanto fervor, sabendo da realização de atividades de fortalecimento desse princípio do SUS. O trecho a seguir fala de uma iniciativa premiada pelo Ministério de Saúde.

[...] Projeto do Teatro do Oprimido na Saúde Mental de Fortaleza foi um projeto que foi escrito por residentes, um grupo de residentes aqui de Fortaleza com apoio de alguns preceptores que ainda estavam, a gente escreveu o projeto para submeter a um edital do Ministério da Saúde que foi sobre protagonismo na Saúde Mental. A gente submeteu o projeto, fomos contemplados (Res5).

O Projeto Teatro do Oprimido¹ é um exemplo das iniciativas da RISM-ESP/CE. Esse projeto de intervenção visava o protagonismo dos participantes utilizando a articulação de uma proposta artística e pedagógica para construção de uma efetiva atenção à saúde, contribuindo para a participação social emancipadora em um contexto desafiante da saúde mental permeado por estigmas, negação de direitos e diversidades cotidianas.

O comprometimento ético-político da RISM-ESP/CE com o fortalecimento das redes de atenção à saúde é claro nos documentos que regem o seu desenvolvimento. O diálogo entre as estratégias de saúde mental e a APS, esta conhecida no Brasil também por atenção básica, tem cunho fundamental para a promoção da saúde mental e o desenvolvimento da RAPS.

Desse modo, outra inovação gerada pela implementação da Residência nos municípios foi o Matriciamento em Saúde Mental, possibilitando a formação dos profissionais da APS para criação de vínculos com os usuários denominados por “pacientes dos CAPS”, compreendendo que são usuários de toda a rede de saúde e não apenas da saúde mental. O relato abaixo deixa clara a execução do apoio matricial.

[...] A questão de fortalecer a questão do matriciamento que com (os residentes) a equipe conseguiu ter mais braços e pernas para conseguir sair do serviço e hoje é uma realidade. [...] Então, a partir do momento que eles conseguem estreitar esse vínculo nos postos de saúde e nas unidades de saúde, permitiu, facilitou também este processo da questão do matriciamento em si como um todo (Ger1).

O apoio matricial geralmente é realizado quando existe uma parceria entre uma equipe de referência da Equipe de Saúde da Família que possui uma responsabilidade direta da demanda e a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) responsável pelo apoiador matricial na figura de um profissional de saúde especializado, tendo a retaguarda do CAPS (CARVALHO, 2014).

¹ A experiência do Teatro do Oprimido realizada no município de Fortaleza-CE encontra-se publicada. Referência: SANTOS, É.S.; JOCA, E.C.; SOUZA, Â. M. A. Teatro do oprimido em saúde mental: participação social com arte. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 637-647, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300637&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 02 jan. 2017.

Podemos afirmar que o apoio matricial é “uma série de saberes e práticas ofertados por um profissional ou por uma equipe a outro profissional ou equipe em um campo especializado de conhecimentos a fim de contribuir para a resolução dos problemas apresentados” (LANCETTI & AMARANTE, 2012, p.676).

No caso da RISMIC-ESP/CE, esse matriciamento aconteceu mais amplamente com a articulação dos serviços de saúde mental dentro dos serviços da APS e todos os serviços juntos dentro do território de abrangência. Os profissionais residentes proporcionaram formação em saúde mental para os profissionais da APS e entendemos tal necessidade “pela complexidade das situações clínicas e psicossociais que envolvem o trabalho em saúde mental na atenção básica, os profissionais precisam de suporte técnico para sua atuação” (CARVALHO, 2014, p. 69).

Ao falarmos sobre o necessário diálogo entre as redes de saúde mental e atenção básica, cabe destacarmos a importância da intersetorialidade dentro do atendimento às demandas de saúde, pois sabemos que o olhar ampliado de saúde vai além do processo saúde-doença, os usuários possuem a sua complexidade e apenas um serviço de saúde ou um profissional sequer não é resolutivo.

A RAPS é constituída não apenas pelos serviços de atenção psicossocial, mas por todos os equipamentos e políticas públicas capazes de darem respostas às demandas apresentadas pelos usuários cotidianamente. A articulação envolve postos de saúde, igrejas, escolas, praças, faculdades, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro POP, Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), e demais mecanismos presentes na comunidade, formando pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e de atores sociais envolvidos (AMARANTE, 2007).

Uma das características da atenção psicossocial é a intersetorialidade e essa articulação com os dispositivos existentes no território foi desenvolvida pelos profissionais residentes em seus campos de prática. Podemos perceber isso nos enxertos que se seguem.

[...] A gente procura ir na casa dessas pessoas, nos espaços que nos eram cedidos nos CRAS, onde a gente tem os grupos dos CRAS, a gente adentrava nesses grupos para fazer algumas dinâmicas em relação à saúde mental, para promover essa saúde mental (Res2).

[...] Teve alguns projetos de intervenção intersetorial que a gente conseguiu. Teve um projeto na escola que a gente passou esses dois anos de residência quase fazendo um acompanhamento com uma escola de ensino profissionalizante [...] (Res5).

Na concepção do Ministério da Saúde (2004e) sobre a RAPS, os serviços devem incentivar ações que retirem o foco da hospitalização nas intervenções. No lugar dos hospitais psiquiátricos, a RAPS ganha espaços intersetoriais, incluindo o campo da saúde mental, da saúde em geral, das políticas públicas e da sociedade civil como um todo (AMARANTE, 2007). Logo, o território é utilizado para a promoção da saúde mental com os dispositivos disponíveis.

As ações intersetoriais promovidas a partir da iniciativa dos serviços de saúde mental possibilitaram maior visibilidade do que são e como funcionam tais serviços, promovendo saúde mental e favorecendo a desconstrução de estigmas ainda existentes nessa área. Partindo de perguntas iniciais como “[...] o que é saúde mental? o que vocês entendem sobre saúde mental?” (Res14), ações foram sendo realizadas e os avanços identificados nos territórios.

Como abordam Schechtman & Alves (2014), essa diretriz de cuidar implica em mudanças na organização e estrutura dos serviços, mais especificamente, na forma de lidar com as pessoas em sofrimento, os familiares e a sociedade, propiciando uma cultura condizente com um novo olhar para a saúde mental. Assim, compreendemos as novas ações e os novos projetos mencionados como estratégias de desenvolvimento e fortalecimento da atenção psicossocial dentro de um contexto de cuidado para além dos aspectos clínicos apresentados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a necessidade de documentar as mudanças provocadas pela RISMIC-ESP/CE no contexto dos serviços municipais de saúde, o presente estudo alcançou os seus objetivos ao analisar os reflexos da implementação desta Residência na atenção psicossocial nos municípios de Aracati, Fortaleza, Horizonte e Iguatu-CE.

Após o caminho percorrido ao longo do desenvolvimento da presente pesquisa, elaboramos nessa seção um diálogo entre os objetivos propostos no início do estudo e a as informações construídas para sintetizar o conhecimento produzido, tecendo as contribuições encontradas e indagando novos questionamentos, tendo em vista a importância de dar continuidade às temáticas trabalhadas para avançar no desenvolvimento da EPS e da atenção psicossocial.

Ao analisarmos os reflexos da implementação da RISMIC-ESP/CE na atenção psicossocial nos municípios de Aracati, Fortaleza, Horizonte e Iguatu-CE, evidenciamos a importância da PNEPS para a formação das profissões de saúde dentro dos serviços de saúde do SUS, dentro da RAPS e para o fortalecimento dos ideais preconizados desde o início da RPB.

O objetivo da RIS-ESP/CE em interiorizar a Educação Permanente Interprofissional em Saúde é realizado conforme preconiza os documentos oficiais do programa. Apesar dos desafios impostos durante o processo de implementação, consideramos de imensa valia para as redes de atenção à saúde do Ceará o início desse modelo de formação de Pós-Graduação. Os desafios precisam sim ser superados, mas ressaltamos a significação dos avanços obtidos, tendo em vista o constante desenvolvimento da formação e do trabalho na saúde.

A RISMIC-ESP/CE propõe uma formação com base interprofissional, integral e intersetorial para favorecer o desenvolvimento de competências profissionais para atuação nos cenários da atenção psicossocial. Essa base interprofissional-integral-intersetorial ressaltada nos documentos que regem a Residência foi bastante repetida e enfatizada pelas falas, externalizando a percepção dos atores sociais participantes da pesquisa. É através dos depoimentos compartilhados que podemos compreender os

avanços e os desafios na atenção psicossocial com o processo de implementação da referida Residência.

Identificamos as novas ações e os novos projetos realizados pelos profissionais residentes fortemente ligados ao tripé interprofissional-integral-intersetorial, possibilitando dentro desse tripé outras ramificações não menos importantes, mas sim interligadas, como é o caso da própria EPS, do mapeamento e adscrição do território de abrangência das equipes e vinculação da população nele residente aos serviços de saúde mental, da participação social, da acessibilidade, das questões relativas à luta antimanicomial e dos processos relacionados a cada categoria profissional dentro do campo da saúde mental.

Como inovações geradas, temos: novos fluxos de atendimento; desenvolvimento de ações para gestão da clínica (acolhimento, clínica ampliada e projeto terapêutico singular); consulta compartilhada; ações pautadas na territorialização; criação de grupos de luta por direitos, grupos terapêuticos e de geração de renda; estímulo à participação social; Matriciamento em Saúde Mental na APS; articulação intersetorial; desmistificação de estigmas sobre a loucura e sobre as pessoas em sofrimento psíquico; tudo isto tendo como consequência o fortalecimento da RAPS e a promoção da saúde mental. As referidas inovações foram estratégias de avanços na atenção psicossocial e em determinado momento fundem-se em linha tênue entre as novas ações e os novos projetos e os avanços obtidos através da implementação da RISMC-ESP/CE.

Apresentamos como avanços: consideração das características do território e da população nele residente no planejamento das ações; diálogo entre os serviços de saúde mental e os serviços de atenção básica por meio do matriciamento; qualificação profissional através da EPS; atuação focada na integralidade do cuidado; mudanças na vida social dos usuários e de seus familiares com a participação social; gestão da clínica com a construção de vínculos; intersetorialidade das ações; trabalho interprofissional otimizando intervenções em saúde; acessibilidade aos serviços de saúde; minimização de estigmas sobre a loucura e a saúde mental, aumentando a procura por serviços psicossociais; formação de profissionais comprometidos com as questões da Reforma Sanitária e da RPB.

Analisamos que o desenvolvimento da RISMIC-ESP/CE nos municípios estudados contribuiu para a promoção da saúde mental porque desenvolveu atividades viabilizadoras da atenção psicossocial, construindo espaços de diálogo entre profissionais residentes, profissionais dos serviços, território, serviços de saúde, usuários e seus familiares, gestores, preceptores, articuladores, coordenadores e secretários de saúde.

Compreendemos isto ao analisarmos as entrevistas realizadas, pois foram os atores sociais entrevistados os responsáveis pelas seguintes afirmações sobre o processo de implementação da RISMIC-ESP/CE: “divisor de águas”, “chacoalhada”, “sair do muro do CAPS”, “o usuário não é do CAPS, é do território”, “nova roupagem” e “uma engrenagem nas diversidades da forma de cuidado”.

Todavia, os profissionais entrevistados, independente da função exercida durante o processo de implementação, relataram as desafiantes dificuldades. Merece destaque o fato dos relatos serem recorrentes entre os diversos membros do coletivo de atores inseridos na implementação estudada, não havendo distinções importantes na fala de atores com funções ou de categorias profissionais distintas.

Os desafios percebidos na atenção psicossocial sistematizam-se em: deficiências na infraestrutura e nos processos organizativos da ESP-CE, necessitando maior diálogo entre a instituição formadora, os municípios e os atores sociais; dificuldades na infraestrutura e na organização inadequada dos municípios para garantia das condições ideais para a programação teórico-prática da RISMIC-ESP/CE, salientando falta de logística suficiente na estrutura física e no transporte necessário aos profissionais; falta de incentivo financeiro para os preceptores e a necessidade de mais formação pedagógica para os mesmos, apesar do esforço do núcleo de coordenação da RISMIC-ESP/CE; a incerteza da continuidade das turmas de residentes nos municípios, e/ou ampliação das equipes municipais de saúde mental, para garantia da longitudinalidade das ações, bem como a necessidade contínua da desmistificação dos estigmas sobre a loucura e a saúde mental.

Assim, diante dos reflexos analisados, percebemos essa Residência como uma estratégia de educação e colaboração interprofissional para a promoção da saúde mental, pois ao longo do estudo conseguimos responder os seguintes questionamentos iniciais realizados: quais os reflexos da implementação da RISMIC-ESP/CE na atenção

psicossocial nos municípios de Aracati, Fortaleza, Horizonte e Iguatu-CE? Qual a percepção dos atores sociais envolvidos nessa implementação sobre os avanços e os desafios na atenção psicossocial? Quais as novas ações e os novos projetos implementados nesses municípios através RISMIC-ESP/CE?

Apesar dos achados contraditórios do trabalho de campo, onde revelamos as inovações geradas pela implementação da RISMIC-ESP/CE como a promoção da saúde mental levada para pessoas em sofrimento psíquico e suas famílias nos espaços comunitários com a redução do estigma, concomitantemente à revelação de insuficiências tanto na estrutura dos serviços de saúde, como na estrutura e organização pedagógica da ESP-CE, na nossa interpretação, a hipótese sobre a RISMIC-ESP/CE ser uma estratégia não só de educação pelo trabalho, mas também indutora da organização dos serviços deverá ser analisada em estudos futuros, contemplando o acompanhamento e a avaliação de resultados da RAPS em cada município participante desta estratégia de educação permanente, bem como o seguimento dos profissionais egressos do programa.

Mesmo respondendo aos questionamentos iniciais, não podemos esquecer-nos dos limites da pesquisa. A análise e a discussão dos resultados não podem ser generalizadas para a realidade de todos os municípios cearenses. A RISMIC-ESP/CE não ocorreu apenas nos municípios de Aracati, Fortaleza, Horizonte e Iguatu, portanto, seriam necessários outros estudos para análise de um contexto geral. A pesquisa priorizou os quatro devido à longitudinalidade do processo.

Outro limite da pesquisa relaciona-se às percepções dos atores sociais envolvidos no processo de implementação da RISMIC-ESP/CE, pois não foram entrevistados os usuários dos serviços e os seus familiares. Partimos da ideia de que estes não estariam diretamente ligados à execução do programa, e que seria confuso para eles distinguirem os profissionais residentes dos profissionais do serviço, exigindo uma metodologia mais elaborada para captação destas nuances.

No entanto, se estamos de acordo com os princípios do SUS e também da RPB que defendem a participação e o estímulo à autonomia dos usuários, das famílias e das comunidades no cuidado em saúde, devemos firmar como desafio futuro a realização de pesquisa científica acerca da compreensão da comunidade sobre a estratégia das residências interprofissionais para a formação de especialistas.

Com este estudo, sugere-se a realização de outras pesquisas científicas sobre a temática apresentada e a criação de estratégias facilitadoras da execução da RISM-ESP/CE nas realidades municipais, pois mesmo diante dos avanços apresentados no contexto da atenção psicossocial, os desafios permanecem e necessitam de superação através da união dos diversos coletivos partícipes dos movimentos de Saúde Coletiva e de Saúde Mental, incluindo, dentre outros, gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços.

Desse modo, a presente pesquisa deixa suas contribuições para embasar futuros projetos de investigação. Como inquietações ainda não respondidas e que podem subsidiar outros objetos de estudo apresentamos: quais os impactos da RISM-ESP/CE na atenção psicossocial do Estado do Ceará? Como será a inserção dos especialistas formados pela RISM-ESP/CE no mercado de trabalho? Como os usuários da saúde mental percebem a atuação dos profissionais residentes da RISM-ESP/CE? Qual a importância da RISM-ESP/CE na vida dos usuários dos serviços de saúde mental?

REFERÊNCIAS

- ACIOLY, Y.A. **Reforma Psiquiátrica: com a palavra, os usuários**. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Fortaleza, 2006.
- ALBUQUERQUE, F. J. B.; MELO, C. Freitas. Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais nordestinas do Brasil. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 323-330, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 set. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000200014>.
- ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J.S. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. **Cadernos Médicos Sociales**, n. 75, p. 5-30, 1999.
- AMARANTE, P. (coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. – 2 ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 136 p. ISBN 85-85676-51-5.
- AMARANTE, P. Algumas observações críticas sobre a formação em Saúde Mental. In: LOBOSQUE, Ana Marta (org). **Caderno Saúde Mental/Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação**, Belo Horizonte: ESP-MG. v. 3. 2010.
- _____. AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 123p., ilus, tab. graf. (Coleção Temas em Saúde)
- AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (org). **Saúde Mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2015. 100p.
- ANDRADE, L. O. M. **SUS PASSO A PASSO**. Normas, Gestão e Financiamento. São Paulo/Sobral: HUCITEC/UVA, 2001.
- _____. **Saúde e o Dilema da Intersetorialidade**. Tese (Doutorado), Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas: SP, 2005.
- ANDRADE, L. O. M. et al. Sistema de Saúde Escola: Estratégia de Educação Permanente para Sistemas Universais de Saúde. In: Luiz Odorico Monteiro de Andrade; Hudson Pacífico da Silva; Carlos Augusto Grabois Gadelha. (Org.). **Conhecimento e Inovação em Saúde: experiências do Brasil e do Canadá**. 1ed.Campinas: Saberes, 2012, v. 1, p. 233-275.
- ANDRADE, L. O. M. et al. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia: Três anos construindo a Tenda Invertida e a Educação Permanente no SUS. **SANARE**, v.5, p. 33-39, 2004.
- ANDRADE, L. O. M.; GOYA, N; JÚNIOR, T. M.; BARRETO, I. C. de H. C. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – Sobral (CE): uma resposta

municipal para a educação permanente no SUS. **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 30, p 15-25, março, 2004.

ARACATI. Governo Municipal de Aracati. Aracati, CE: 2016. Disponível em: <<http://www.aracati.ce.gov.br/aracati/dados-gerais/>> Acesso em: 19 fev 2016.

ARAÚJO, E. M. D; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade**, v.25, n.2, p. 461-468.2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARR, H.; LOW, H. **Principles of Interprofessional Education**. 2011. Disponível em: <<http://www.caipe.org.uk/resources/principles-of-interprofessional-education/>> Acesso em: 05/01/2016.

BARR, H.; LOW, H. **Introducing Interprofessional Education**. CAIPE, 2013.

BARRETO, I. C. H. C. (coord). **Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará: um Estudo de Caso**. Projeto de Pesquisa do Laboratório de Pesquisas em Ensino e Gestão do Conhecimento, da Educação e do Trabalho na Saúde. Fortaleza: UFC, Departamento de Saúde Comunitária, 2015.

BARRETO, I.C.H.C.; ANDRADE, L. O. M.; ELLERY, A. E. L.; LOIOLA, F.. Estratégias e Ferramentas pedagógicas para qualificação das equipes de saúde da família. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 1, p. 1, 2007.

BARRETO, I.C.H.C.; ANDRADE, L. O. M.; LOIOLA, F.; PAULA, J.B.; MIRANDA, A. S.; GOYA, N.. A educação permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde-Escola: o caso de Fortaleza. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 34, p. 31-46, 2006.

BARROS, M. N. F.; SUGUIHIRO, V. L. T. A interdisciplinaridade como instrumento de inclusão social: desvelando realidades violentas. **Revista Virtual Textos e Contextos**, PUCRS, Porto Alegre, nº 2, 2003. Disponível em: <<http://www.pucrs.br>> Acesso em: 18 ago 2014.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. Trad. Sônia Soanesi, Maria C. Marcondes. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

_____. **Em busca de necessidades perdidas**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

BEZERRA, JR. B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: Physis. **Revista Saúde Coletiva**. n. 17, v. 2, 2007.

BORBA, Julian. Políticas de Saúde e Democracia; estratégias, impasses e contradições do Movimento. **Revista Katalysis**, Santa Catarina, n 3, p. 19-27, 1998.

BRASIL. ANAIS / VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. – Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

_____. **Constituição Federal de 1988.** Brasília, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde 8080/90.** 2 ed. MS- Assessoria de Comunicação Social. Brasília, 1991.

_____. **RESOLUÇÃO Nº 218,** de 06 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde, 1997.

_____. **Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000.** Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216,** de 06 de abril de 2001. Brasília, 2001a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 25 ago 2015.

_____. **III Conferência Nacional de Saúde Mental** – Cadernos de Textos, Brasília, 2001b.

_____. **Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México.** Brasília, 2001c.

_____. **Portaria/GM nº 251 de 31 de janeiro de 2002.** Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2002a.

_____. **Portaria/ GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002c, 213 p. ISBN 85-334-0592-8.

_____. Presidência da República. **Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003.** Institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2003.

_____. **Portaria MS nº 198,** de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm> Acesso em: 27 ago 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Conferência Nacional de Saúde: conferência Sérgio Arouca, 12, 2003**, Brasília. Relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2004b.

_____. **Portaria nº 52 de 20 de janeiro de 2004**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. 340 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde)

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente Entra na Roda: polos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 2117**, de 03 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2005b. Disponível em: <http://www.coremu.famed.ufu.br/sites/coremu.famed.ufu.br/files/portaria_msmeec_2117_3-11-205_-_cert.pdf> Acesso em: 20 ago 2015.

_____. 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: novembro de 2005c.

_____. MS/SGTES. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf> Acesso em: 22 ago 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, 2006b.

_____. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 45**, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2007a. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6694> Acesso em: 22 ago 2015.

_____. **Portaria MS nº 1996**, de 20 de agosto 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/PoliticaNacionalEducPermanenteSaude_V9.pdf> Acesso em: 27 ago 2015.

_____. **Portaria Interministerial MEC / MS nº 1.802, de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html> Acesso em: 20 nov 2015.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/PoliticaNacionalEducPermanenteSaude_V9.pdf> Acesso em: 27 ago 2015.

_____. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2009b. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=8862> Acesso em: 20 nov 2015.

_____. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a RAPS 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS nº 2**, de 13 de abril de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF: 2012a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: 2012b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il.

_____. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 16, de 22 de dezembro de 2014.** Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial nº 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010 e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2014a. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impresao.php?id=12812> Acesso em : 20 de nov de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. RAPS - Ministério da Saúde investe R\$ 36,4 milhões na saúde mental de 20 estados. 2015b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/19993-ministerio-da-saude-investe-r-36-4-milhoes-na-saude-mental-de-20-estados>> Acesso em: 05 nov 2015.

_____. **Portaria nº 1.647, de 2 de outubro de 2015.** Estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=670&data=05/10/2015>> Acesso em: 05 nov 2015.

_____. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em: <www.saude.gov.br> e <www.saude.gov.br/bvs/saudemental> Acesso em: 15 fev 2016.

_____. Ministério da Saúde. CNESNET/DATASUS. Estabelecimentos de saúde cadastrados no Ceará. Brasília, DF: 2016a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atencCE.def>> Acesso em: 19 fev 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. 2016b. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230110>> Acesso em: 19 fev 2016.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil.** In: Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CAÇAPAVA, J. R.; COLVERO, L. A.; PEREIRA, I. M.T.B. A interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 18, n. 3, p. 446-455, Set. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev 2017.

CAIPE. **Centre For The Advancement Of Interprofessional Education**
Interprofessional Education: The definiton. Centro para o Avanço da Educação

Interprofissional. 2002. Disponível em: <http://www.caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>
Acesso em: 30 ago 2015.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma – repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Ed Hucitec; 2003. 185p.

CAMPOS, M. B. Entrevista de Marcos Barreira Campos concedida à Assessoria de Imprensa da ABP, que relata a ligação entre a IMPP e ABP, entre outros aspectos relevantes. Rio de Janeiro: jun 2006. Disponível em:
<<http://www.abpbrasil.org.br/historia/noticia/exibNoticia/?not=6>> Acesso em: 28 nov 2015.

CANUTO, Ondina; SILVA, M. T. da; LOPES F; LIMA, N.; FARIAS, R.; BELEZA, W.; LAVOR, J.; SOUSA, Osvaldete. A inserção do Serviço Social na Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE. Ano V, N.1. **SANARE**, 2004.

CARVALHO, A.I. **Da saúde pública às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade**. Ciência & Saúde Coletiva, 1996, vol.1, n.1, p. 104-121.

CARVALHO, M.C.A. **Saúde Mental na Atenção Básica**. In: SOARES, M.A.J (Org). Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional. – Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2014. 296p. ISBN: 978-85-7541-441-5.

CARVALHO, Y. M; CECCIM, R.B. **Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva**. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs). Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. – São Paulo: Hucitec, 2012.

CEARÁ. **Lei Estadual nº 12.151, de 29 de julho de 1993**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências. Governo do Estado do Ceará, 1993.

_____. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Projeto Político Pedagógico/Escola de Saúde Pública do Ceará**. Fortaleza, 2012.

_____. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Residência Integrada em Saúde. **Regimento RIS-ESP/CE**. Fortaleza, 2013a.

_____. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Edital Nº 03/2013**. Fortaleza, 2013b.

_____. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Edital Nº 01/2014**. Fortaleza, 2014.

_____. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Edital Nº 63/2014**. Fortaleza, 2014.

_____. Coordenação Estadual de Saúde Mental – NUSAM/COPAS, 2015.

_____. Secretaria da Saúde – Governo do Estado do Ceará. Saúde Mental. 2015b. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/politicas-de-saude/organizacao-de-servicos/atencao-especializada/44758-saude-mental>> Acesso em: 08 dez 2015.

_____. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Residência Multiprofissional**. 2016. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=116&Itemid=291> Acesso em: 15 jan 2017.

CECCIM, R.B. A Educação Permanente em Saúde e as Questões Permanentes à Formação em Saúde Mental. In: LOBOSQUE, Ana Marta (Org). **Caderno Saúde Mental/Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação**, Belo Horizonte: ESP-MG. v. 3. 2010a.

_____. **Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS**. In: FAJARDO, A.P.; et al. (orgs). *Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010b, p. 17-22.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, pp. 219-230, out/dez 2005a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000400020&script=sci_arttext> Acesso em: 10 set 2015.

_____. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 13 set 2015.

CECCIM, R.B; FERLA, A.A. **Educação Permanente em Saúde**. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz/EPSJV, Rio e Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>> Acesso em: 21 ago. 2014.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, Laura C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis [online]**. Rio de Janeiro, 2004a, jan-jun, vol.14, n.1, pp. 41-65. ISSN 1809-4481.

_____. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, set-out, 2004b.

CECCIM, R.B; SILVA, M.C.C da S.; PALOMBINI, A. de Lima; FAGUNDES, S.M.S. **Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva: educação pós-graduada em Área Profissional da Saúde realizada em Serviço, sob orientação Docente-Assistencial**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde; organização de Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

CECCIM, R.B; KREUTZ, J.A; JUNIOR MAYER, M. Das Residências Integradas a Residências Multiprofissionais em Saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente educação. In JUNIOR, A.G.S; PINHEIRO, R. **Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde.** Rio de Janeiro, CEPESC, 2011.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, 184p.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.

COFEN. FIOCRUZ. **Pesquisa inédita traça o perfil da Enfermagem no Brasil.** Conselho Federal de Enfermagem. Fundação Oswaldo Cruz. 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html> Acesso em: 12 fev 2017.

COLET, N. R. **Enseignement universitaire et interdisciplinarité. un cadre pour analyser, agir et évalue.** Bruxelas: Boeck & Lacier, 2002. 216.

COSTA, J.F. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico.** Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

COTTA, R.M.M; REIS, R.S; CAMPOS, A.A de O; GOMES, A.P; ANTONIO, V.E;

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Tradução Magda Lopes. – 3 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2010. 296p.

FEELEY, N; GOTTLIEB, L.N. **The collaborative partnership approach to care: a delicate balance.** Toronto: Elsevier Mosby, 2005.

DALLEGRAVE, D. **No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, BR-RS, 2008.

D'AMOUR, D. **Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec.** 1997. Tese (Doutorado) – Université de Montreal, Montreal, Canadá.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. **Journal of Interprofessional Care**, n. 1, p. 8-20, 2005.

D'AMOUR, D., M. FERRADA-VIDELA, et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, v.19, n.2, p. 17, 2005.

D'AMOUR, D.; GOULET, L.; LABADIE, J.; MARTÍN-RODRIGUEZ, L. S.; PINEAULT, R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research, Bio Med Central Open Access**, 2008. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/188>> Acesso em: 05 nov 2015.

DENZIN, K. N.; GIARDINA, M. D.. **Qualitative Inquiry Through a critical lens**. Routledge, New York,2016.

DENZIN, K.N.; LINCOLN, Y. **The sage handbook of Qualitative Research**. SAGE Publications. London,2011.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa em serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M. & MERCADO, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 99-120.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da RPB: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, 6(1), 2007.

ESTUDIOSO aponta deficiências nos Caps. O Povo, Fortaleza, 03 dezembro 2012. Disponível em: <http://www.opovo.com.br/app/opovo/fortaleza/2012/12/03/noticiasjornalfortaleza,2964733/2012-0312cd0414-estudioso-aponta-deficiencias-nos-caps.shtml?fb_action_ids=4097699296350&fb_action_types=og.recommends&fb_source=other_multiline&action_object_map=%5B506300882738032%5D&action_type_map=%5B%22og.recommends%22%5D&action_ref_map=%5B%5D>. Acesso: 22 jul. 2015.

ELLERY, A.E. L. **Interprofissionalidade na estratégia saúde da família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Curso de Pós-Graduação em Saúde Comunitária, Fortaleza, 2012.

_____. **Cultivar comunidades de prática enquanto condição de possibilidade para a construção de projetos interprofissionais**. In: BARRETO, I C. H.C.; LOIOLA, F. (Org). **Comunidades de prática e saúde: uma introdução ao tema**. – Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

ELLERY, A.E. L.; BOSI, M.L.M.; LOIOLA, F.A. Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.1, p.187-198, 2013.

FAGUNDES, S. M. S. Saúde Mental Coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. **Saúde Mental Coletiva – Revista do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, (reedição)**, v. 1, n. 1, p. 51-54, 1992.

_____. Exigências Contemporâneas. **Saúde Mental Coletiva**. Bagé. v.2. n.2. 1995.

_____. **Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para políticas públicas de Saúde.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação, Grupo Temático de Educação em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Ufrgs, 2006. 244p.

FALTAM profissionais e remédios para o tratamento das crianças no caps. Tribuna do Ceará em Jornal Jangadeiro, Fortaleza, 27 agosto 2015. Disponível em: <<http://tribunadoceara.uol.com.br/videos/jornal-jangadeiro/faltam-profissionais-e-remedios-para-o-tratamento-das-criancas-no-caps/>>. Acesso em: 28 ago 2015.

FALTAM médicos e remédios para tratamento psiquiátrico. Diário do Nordeste, Fortaleza, 06 jul 2015. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/faltam-medicos-e-remedios-para-tratamento-psiquiatrico-1.1331987>>. Acesso em: 22 jul 2015.

FEUERWERKER, L. C. M. Estratégias atuais para a mudança das profissões de saúde. In: **Cadernos da ABEM**, v. 2, junho de 2006. Disponível em: <<http://www.sbfa.org.br/fnepas/publicacoes.htm>> Acesso em: 10 nov 2015.

FLEURY, S. **As ciências sociais em saúde no Brasil.** In: Nunes, E.D. org. As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília, Organização Panamericana da Saúde, 1985. p.87-109.

FNRS. Fórum Nacional de Residências em Saúde. **Anais do V Encontro Nacional de Residências em Saúde.** Florianópolis, SC: 2015.

FONTANELLA, B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisa qualitativa em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 24, janeiro de 2008, p. 17-27. ISSN 1678-4464.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Fortaleza, CE: 2016. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/cidade>> Acesso em: 20 fev 2016.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica.** Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551p. (Estudos, 61)

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 17ª Ed. Rio de Janeiro, Paz Terra, 1987.

FRENK, J. et al. **Health Professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world.** The Lancet, v. 376, p. 1923-1958, 2010.

FRICHEMBRUDER, S.C.; SILVA M.C.C; CRUZ, R.A.C. **Curso de Aperfeiçoamento Especializado em Saúde Mental em nível de residência.** In:

FURTADO, J.P. Reference teams: an institutional arrangement for leveraging collaboration between disciplines and professions. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.22, p.239-5, mai/ago 2007.

_____. Arranjos institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v.1, n. 1, 2009. Disponível em:

<<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1013/1136>>. Acesso em: 08 nov 2015.

GAMA, J. A.; ZANERATO, E. Cursos de Especialização e Residências Multiprofissionais em Saúde Mental. In: LOBOSQUE, A.M. (org). **Caderno Saúde Mental/Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação**, Belo Horizonte: ESP-MG. v. 3. 2010.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. et al. (org). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 1ª reimpressão. Fiocruz/CEBES, 1.112 páginas, 2009. (Caps 3, 4, 6).

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.177-198.

HALL, P. **Interprofessional Teamwork: Interprofessional culture as barriers**. Journal of Interprofessional Care. 2005; S1: 188- 96.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência & Saúde Coletiva**. 14(1): 297-305. 2009.

HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Horizonte. Horizonte, CE: 2016. Disponível em: <<http://www.horizonte.ce.gov.br>> Acesso em: 19 fev 2016.

IGUATU. Prefeitura Municipal de Iguatu. Iguatu, CE: 2016. Disponível em: <<http://iguatu.ce.gov.br/>> Acesso em: 19 fev 2016.

JORGE, M.A.S. (Org). **Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional**. – Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2014. 296p.

JORGE, M.S.B et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3051-3060, 2011.

JORGE, M. R.; FRANCA, J.M.F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. 2001, vol.23, n.1, pp. 3-6. ISSN 1809-452X.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LANCETTI, A. A formação como combate. In: LOBOSQUE, Ana Marta (Org). **Caderno Saúde Mental/Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação**, Belo Horizonte: ESP-MG. v. 3. 2010.

_____. AMARANTE, P. **Saúde Mental e Saúde Coletiva**. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs). Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. – São Paulo: Hucitec, 2012.

LEAL, E.M.; MUNÕZ, N.M. Estratégias de Intervenção em Saúde Mental. In: JORGE, M.A.S. (Org). **Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional**. – Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2014. 296p.

LEVCOVITZ, E; T.V. de F. BATISTA; S.A.C. UCHOA; G. NESPOLI; M. MARIANI. Investigação sobre a produção de conhecimento no campo da saúde coletiva no Brasil e a trajetória de formulação e implementação da política de saúde. Relatório de Pesquisa. Brasília: MS/SAS-OPAS, 2002.

LOBOSQUE, A. M. A formação em Saúde Mental: ousemos avançar. In: LOBOSQUE, A. M. (Org). **Caderno Saúde Mental/Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação**, Belo Horizonte: ESP-MG. v. 3. 2010.

LOBOSQUE, A.M. (Org). **Caderno Saúde Mental/Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação**, Belo Horizonte: ESP-MG. v. 3. 2010.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. Physis, **Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 138-154, 1991.

MACHADO, M.H et al. Mercado de Trabalho da Enfermagem: Aspectos Gerais. **Enferm. Foco** 2016; 7 (ESP): 35-62. Disponível em: <revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/691/301> Acesso em: 13 fev 2017.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, 184p.

MATUDA, C.G. **Cooperação Interprofissional: percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de São Paulo (SP)** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2012.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. O processo de análise qualitativa dos dados na investigação sobre serviços de saúde. In: BOSI, M. L. M. & MERCADO, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 137-174.

MERCADO-MARTÍNEZ, F.; BOSI, M. L. M. Introdução: Notas para um debate. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 23-71.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, R.M. **“Dizem que sou louco”**: o caso **Damião Ximenes e a reforma psiquiátrica em Sobral/CE**. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Fortaleza, 2015.

MOROSINI, M.V; FONSECA, A.F; PEREIRA, I.B. **Educação em Saúde**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz/EPSJV, Rio e Janeiro, 2009. Disponível em:
<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>> Acesso em: 21 ago 2014.

NUNES, E.D. Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1996, vol.1, n.1, p. 55-69.

_____. **Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto**. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. – São Paulo: Hucitec, 2012.

OLIVEIRA, R.F. **As compreensões dos usuários dos CAPS de Fortaleza sobre a atenção em saúde mental**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado em Saúde Pública, Fortaleza, 2011.

ONOCKO CAMPOS, R. et al. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra, Suíça: OMS, Departamento de Recursos Humanos para a Saúde, 2010.

Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Lisboa, Portugal. 2008. ISBN 978 92 4 156368 0.

PIERANTONI, C. R. **Graduações em saúde no Brasil: 2000-2010** / Celia Regina Pierantoni [et al.].- Rio de Janeiro: Cepesc: IMS/UERJ, 2012. 228 p.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p.

PINTO, T.R; CYRINO, E.G. Com a palavra, o trabalhador da Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios nas práticas educacionais. **Interface (Botucatu)**. 2015; 19 Supl 1:765-77.

POZ, M.R.D.; PERANTONI, C.R.; GIRARDI, S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO

CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 187-233.

RAMOS, A. de S.; BÚRIGO, A.C.; CARNEIRO, C.; DUARTE, C.C.; KREUTZ, J.A.; RUELA, H.C.G. **Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais**. In: BRASIL. MS/SGTES. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf> Acesso em: 29 nov 2015.

RELATÓRIO aponta falta de estrutura nos caps. Diário do Nordeste, Fortaleza, 31 maio 2014. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/relatorio-aponta-falta-de-estrutura-dos-caps-1.1027006>>. Acesso: 22 jul. 2015.

RIBEIRO, F.; BARRETO, I C. H.C. **Da Aprendizagem Social às Comunidades de Prática**. In: BARRETO, I C. H.C.; LOIOLA, F. (Org). Comunidades de prática e saúde: uma introdução ao tema. – Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

ROTELLI, F. **Formação e construção de novas instituições em saúde mental**. In: AMARANTE, Paulo (org). Saúde Mental, formação e crítica. Rio de Janeiro: Laps, 2015. 100p.

_____. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SALAZAR, A. et al. (org). **O SUS pode ser o seu melhor plano de saúde**. São Paulo: IDEC, 2006.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**.- 4. ed. 2. reimpr.- São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.- (Coleção Milton Santos; 1)

SAÚDE mental em situação precária. Diário do Nordeste, Fortaleza, 27 abril 2013. Disponível em: <http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/saude-mental-em-situacao-precaria-1.284027>. Acesso em: 22 jul. 2015.

SCHECHTMAN, A.; ALVES, D. S. **A Organização da Política de Saúde Mental**. In: SOARES, M.A.J (Org). Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional. – Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2014. 296p. ISBN: 978-85-7541-441-5.

SARRETA, F.O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SOARES, G.M. **Colaboração e educação interprofissional na pós-graduação em saúde: estudo de caso da residência multiprofissional em saúde da família**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina,

Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado em Saúde Pública, Fortaleza, 2015.

SOUZA, F. R. **Processo de construção dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) na atenção básica do estado do Ceará**. 220f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, 2013.

SILVA, F.C. F et al.. A Formação enquanto estratégia de mudança na saúde mental coletiva. **Boletim da Saúde**, v. 21, n. 1, jan-jun, Porto Alegre: 2007.

TENÓRIO, F. A RPB, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9(1): 25-59, jan.-abr. 2002.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 39, n. 3, pp. 507-514, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>> Acesso em: 30 jan 2015.

VASCONCELOS, C.M. de; PASCHE, D.F. O SUS em perspectiva. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. rev. aum. – São Paulo: Hucitec, 2012.

WHO. World Health Organization. **Learning together to work together for health**. Geneva: WHO, 1998.

_____. **The world health report 2006: working together for health**. Geneva: WHO, 2006.

APÊNDICES

ROTEIROS DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS PARA OS ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA RISM- ESP/CE

APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Município:

Data:

Nome do Entrevistador:

Nome do Entrevistado:

Função do entrevistado:

Nível de Escolaridade: (1) Fundamental incompleto (2) Fundamental completo (3) Ensino Médio (4) Ensino Superior Incompleto (5) Ensino Superior Completo (6) Especialista (7) Mestrado (8) Doutorado

Categoria Profissional do Entrevistado:

- Quais foram suas motivações em implantar a residência em seu município?
- Como se deu o processo de implantação da residência?
- Como você incentiva os profissionais de saúde do município a participarem como preceptores da residência?
- Como você avalia o processo de adesão dos profissionais à residência?
- Que desafios ainda precisam ser superados para a boa implementação da residência?
- Que avanços ou resultados positivos você identifica com a implantação das ênfases em Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental Coletiva da RISM-ESP/CE nos serviços de saúde do seu município?
- Que sugestões você daria para aperfeiçoar a residência em seu município?

**APÊNDICE B - ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA
COORDENADORES DA SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO**

Município:

Data:

Nome do Entrevistador:

Nome do Entrevistado:

Função do entrevistado:

Categoria Profissional do Entrevistado:

- Como se deu o processo de implantação da residência?
- Como você avalia o processo de adesão dos profissionais à residência?
- Como você avalia a atuação dos preceptores na residência?
- Você identifica avanços na residência? Se sim, quais avanços?
- Que desafios ainda precisam ser superados para a boa implementação da residência?
- Que sugestões você daria para aperfeiçoar o processo?

**APÊNDICE C- ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA
ARTICULADORES DA RIS-ESP/CE**

Município:

Data:

Nome do Entrevistador:

Nome do Entrevistado:

Função do entrevistado:

Categoria Profissional do Entrevistado:

- Como se deu o processo de implantação da residência?
- Como você avalia o processo de adesão dos profissionais à residência?
- Como você avalia a atuação dos preceptores na residência?
- Que desafios ainda precisam ser superados para a boa implementação da residência?
- Você identifica avanços na residência? Se sim, quais avanços?
- Que sugestões você daria para aperfeiçoar o processo?

APÊNDICE D- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GERENTES E TRABALHADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Município:

Data:

Nome do Entrevistador:

Nome do Entrevistado:

Função do entrevistado:

Nível de Escolaridade: (1) Fundamental incompleto (2) Fundamental completo (3) Ensino Médio (4) Ensino Superior Incompleto (5) Ensino Superior Completo (6) Especialista (7) Mestrado (8) Doutorado

Categoria Profissional do Entrevistado:

- Por favor, fale sobre o processo de implantação da residência no seu serviço.
- Que mudanças as residências trouxeram na sua rotina de trabalho?
- Que novos projetos e atividades foram implementados a partir do desenvolvimento da residência?
- Foram criados novos protocolos ou instrumentos a partir da residência no seu serviço?
- Que atividades você compartilha com os preceptores e/ou residentes?
- Como você contribui para o desenvolvimento da residência?
- Qual a sua percepção sobre a sua relação com os residentes e preceptores?
- Você identifica se a residência trouxe contribuições para o serviço? Se sim, quais?
- Quais desafios existem para a boa implementação da residência no seu serviço?

**APÊNDICE E- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA
PRECEPTORES DE CAMPO**

Município:

Data:

Nome do Entrevistador:

Nome do Entrevistado:

Função do entrevistado:

Nível de Escolaridade: (1) Especialista (2) Mestrado (3) Doutorado

Categoria Profissional do Entrevistado:

- Comente sobre sua experiência de ser preceptor da ênfase em Saúde Mental Coletiva da RIS-ESP/CE?
- Comente sobre os conhecimentos e as práticas desenvolvidas pela ênfase em Saúde Mental Coletiva da RIS-ESP/CE?
- Você considera que a residência contribuiu com a responsabilidade sanitária e a continuidade do cuidado na sua área de abrangência? Se sim, como?
- Você poderia comentar sobre o vínculo desenvolvido pelos residentes com as famílias e a comunidade? Que processos de aprendizagem e ferramentas auxiliaram no desenvolvimento deste vínculo?
- Comente sobre como a residência influenciou no acesso da população à atenção em Saúde Mental. Que papel a preceptoria teve neste processo?
- Você considera que a residência contribuiu para a integralidade no cuidado? Que papel a preceptoria teve neste processo?
- Como você avalia o desenvolvimento dos residentes para o trabalho em equipe interprofissional? Como você participou deste processo?
- Foram desenvolvidos novos projetos e ações a partir da experiência da ênfase em Saúde Mental Coletiva da RIS-ESP/CE?
- Você identifica avanços no desenvolvimento da ênfase em Saúde Mental Coletiva da RIS-ESP/CE?
- Que desafios você identifica no desenvolvimento da ênfase em Saúde Mental Coletiva da RIS-ESP/CE?

APÊNDICE F- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA RESIDENTES

Município:

Data:

Nome do Entrevistador:

Nome do Entrevistado:

Função do entrevistado:

Nível de Escolaridade: (1) Especialista (2) Mestrado (3) Doutorado

Categoria Profissional do Entrevistado:

- Comente sobre sua experiência de ser residente da Residência em Saúde Mental Coletiva da RIS-ESP/CE?
- Comente sobre os conhecimentos e as práticas desenvolvidas pela ênfase em Saúde Mental Coletiva da RIS-ESP/CE?
- Você considera que a residência contribuiu com a responsabilidade sanitária e a continuidade do cuidado no município que você atua? Se sim, como?
- Você poderia comentar sobre o vínculo desenvolvido com os usuários em saúde mental e as suas famílias na sua experiência da Residência em Saúde Mental Coletiva da RIS-ESP/CE? Que processos de aprendizagem e ferramentas auxiliaram no desenvolvimento deste vínculo?
- Comente sobre como a residência influenciou no acesso da população aos serviços de saúde mental na sua experiência. Que projetos, ações ou ferramentas auxiliaram na promoção do acesso?
- Você considera que a residência contribuiu para integralidade do cuidado às pessoas e às famílias do município. Como você participou deste processo?
- Como você avalia o desenvolvimento do trabalho interprofissional. Que projetos, ações ou ferramentas estimularam ou facilitaram o trabalho em equipe?
- Foram desenvolvidos novos projetos e ações a partir da experiência da ênfase em Saúde Mental Coletiva da RIS-ESP/CE?
- Você identifica avanços no desenvolvimento da ênfase em Saúde Mental Coletiva da RIS-ESP/CE?
- Que desafios você identifica no desenvolvimento da ênfase em Saúde Mental Coletiva da RIS-ESP/CE?

- Como vocês avaliam a participação dos preceptores de campo no seu processo de educação pelo trabalho na Rede de Saúde Mental?

**TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AUTORIZAÇÃO
DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA E GARANTIA DE SIGILO**

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Secretário (a) Municipal de Saúde

O (a) Sr (a) **Secretário(a) Municipal de Saúde** está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE COM ÊNFASE EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E SAÚDE MENTAL COLETIVA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ: UM ESTUDO DE CASO**, que tem como objetivo geral compreender o processo de implementação da Residência Integrada em Saúde - RIS ESP/CE que se deu desde 2012 até o presente e investigar os impactos deste programa nos contextos de prática e na formação e atuação profissional dos sujeitos envolvidos.

Como instrumentos de coleta de dados serão utilizados: a entrevista aberta e semiestruturada, grupos focais e documentos. Dessa forma, **CONVIDAMOS** você a participar da pesquisa tomando parte nas metodologias de pesquisa acima elencadas. Caso você permita, as entrevistas serão gravadas.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que dela participar, oferecendo riscos mínimos aqueles que voluntariamente participarão como sujeitos desse estudo. Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o senhor(a) poderá a qualquer momento solicitar sua exclusão do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre preservando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando não acharem mais conveniente.

Para quaisquer esclarecimentos entrar em contato com a pesquisadora Ivana Barreto, currículo Lattes <http://lattes.cnpq.br/0926082188345417>, contato: 85-32270863) e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará Rua Coronel Nunes de Melo, 1100, 3366-8344;

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para arquivo da pesquisadora. Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa (entrevista semiestruturada, observação participante e grupo focal), aceito, de forma livre e esclarecida, participar da pesquisa.

_____, _____ de _____ de 2016.

Participante

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto - Pesquisadora

APÊNDICE H- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Coordenador (a) de Saúde Mental

O (a) Sr (a) **Coordenador (a)** está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE COM ÊNFASE EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E SAÚDE MENTAL COLETIVA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ: UM ESTUDO DE CASO**, que tem como objetivo geral compreender o processo de implementação da Residência Integrada em Saúde - RIS ESP/CE que se deu desde 2012 até o presente e investigar os impactos deste programa nos contextos de prática e na formação e atuação profissional dos sujeitos envolvidos.

Como instrumentos de coleta de dados serão utilizados: a entrevista aberta e semiestruturada, grupos focais e documentos. Dessa forma, **CONVIDAMOS** você a participar da pesquisa tomando parte nas metodologias de pesquisa acima elencadas. Caso você permita, as entrevistas serão gravadas.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que dela participar, oferecendo riscos mínimos àqueles que voluntariamente participarão como sujeitos desse estudo. Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o senhor(a) poderá a qualquer momento solicitar sua exclusão do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre preservando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando não acharem mais conveniente.

Para quaisquer esclarecimentos entrar em contato com a pesquisadora Ivana Barreto, currículo Lattes <http://lattes.cnpq.br/0926082188345417>, contato: 85-32270863) e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará Rua Coronel Nunes de Melo, 1100, 3366-8344;

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para arquivo da pesquisadora. Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa (entrevista semiestruturada, observação participante e grupo focal), aceito, de forma livre e esclarecida, participar da pesquisa.

_____, ____ de _____ de 2016.

Participante

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto - Pesquisadora

APÊNDICE I- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Articulador (a) da RIS-ESP/CE

O (a) Sr (a) **Articulador (a)** está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE COM ÊNFASE EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E SAÚDE MENTAL COLETIVA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ: UM ESTUDO DE CASO**, que tem como objetivo geral compreender o processo de implementação da Residência Integrada em Saúde - RIS ESP/CE que se deu desde 2012 até o presente e investigar os impactos deste programa nos contextos de prática e na formação e atuação profissional dos sujeitos envolvidos.

Como instrumentos de coleta de dados serão utilizados: a entrevista aberta e semiestruturada, grupos focais e documentos. Dessa forma, **CONVIDAMOS** você a participar da pesquisa tomando parte nas metodologias de pesquisa acima elencadas. Caso você permita, as entrevistas serão gravadas.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que dela participar, oferecendo riscos mínimos àqueles que voluntariamente participarão como sujeitos desse estudo. Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o senhor(a) poderá a qualquer momento solicitar sua exclusão do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre preservando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando não acharem mais conveniente.

Para quaisquer esclarecimentos entrar em contato com a pesquisadora Ivana Barreto, currículo Lattes <http://lattes.cnpq.br/0926082188345417>, contato: 85-32270863) e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará Rua Coronel Nunes de Melo, 1100, 3366-8344;

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para arquivo da pesquisadora. Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa (entrevista semiestruturada, observação participante e grupo focal), aceito, de forma livre e esclarecida, participar da pesquisa.

_____, _____ de _____ de 2016.

Participante

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto - Pesquisadora

APÊNDICE J- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Gerente de Saúde Mental

O(a) Sr(a) **Gerente de Saúde Mental**, está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE COM ÊNFASE EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E SAÚDE MENTAL COLETIVA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ: UM ESTUDO DE CASO**, que tem como objetivo geral compreender o processo de implementação da Residência Integrada em Saúde - RIS ESP/CE que se deu desde 2012 até o presente e investigar os impactos deste programa nos contextos de prática e na formação e atuação profissional dos sujeitos envolvidos.

Como instrumentos de coleta de dados serão utilizados: a entrevista aberta e semiestruturada, grupos focais e documentos. Dessa forma, **CONVIDAMOS** você a participar da pesquisa tomando parte nas metodologias de pesquisa acima elencadas. Caso você permita, as entrevistas serão gravadas.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que dela participar, oferecendo riscos mínimos àqueles que voluntariamente participarão como sujeitos desse estudo. Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o senhor(a) poderá a qualquer momento solicitar sua exclusão do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre preservando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando não acharem mais conveniente.

Para quaisquer esclarecimentos entrar em contato com a pesquisadora Ivana Barreto, currículo Lattes <http://lattes.cnpq.br/0926082188345417>, contato: 85-32270863) e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará Rua Coronel Nunes de Melo, 1100, 3366-8344;

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para arquivo da pesquisadora. Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa (entrevista semiestruturada, observação participante e grupo focal), aceito, de forma livre e esclarecida, participar da pesquisa.

_____, ____ de _____ de 2016.

Participante

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto – Pesquisadora

APÊNDICE K- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Preceptor (a) da RIS-ESP/CE

O(a) Sr(a) **Preceptor(a)** está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE COM ÊNFASE EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E SAÚDE MENTAL COLETIVA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ: UM ESTUDO DE CASO**, que tem como objetivo geral compreender o processo de implementação da Residência Integrada em Saúde - RIS ESP/CE que se deu desde 2012 até o presente e investigar os impactos deste programa nos contextos de prática e na formação e atuação profissional dos sujeitos envolvidos.

Como instrumentos de coleta de dados serão utilizados: a entrevista aberta e semiestruturada, grupos focais e documentos. Dessa forma, **CONVIDAMOS** você a participar da pesquisa tomando parte nas metodologias de pesquisa acima elencadas. Caso você permita, as entrevistas serão gravadas.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que dela participar, oferecendo riscos mínimos àqueles que voluntariamente participarão como sujeitos desse estudo. Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o senhor(a) poderá a qualquer momento solicitar sua exclusão do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre preservando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando não acharem mais conveniente.

Para quaisquer esclarecimentos entrar em contato com a pesquisadora Ivana Barreto, currículo Lattes <http://lattes.cnpq.br/0926082188345417>, contato: 85-32270863) e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará Rua Coronel Nunes de Melo, 1100, 3366-8344;

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para arquivo da pesquisadora. Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa (entrevista semiestruturada, observação participante e grupo focal), aceito, de forma livre e esclarecida, participar da pesquisa.

_____, ____ de _____ de 2016.

Participante

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto - Pesquisadora

APÊNDICE L- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Trabalhador (a) dos serviços

O(a) Sr(a) **Trabalhador(a) dos serviços**, está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE COM ÊNFASE EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E SAÚDE MENTAL COLETIVA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ: UM ESTUDO DE CASO**, que tem como objetivo geral compreender o processo de implementação da Residência Integrada em Saúde - RIS ESP/CE que se deu desde 2012 até o presente e investigar os impactos deste programa nos contextos de prática e na formação e atuação profissional dos sujeitos envolvidos.

Como instrumentos de coleta de dados serão utilizados: a entrevista aberta e semiestruturada, grupos focais e documentos. Dessa forma, **CONVIDAMOS** você a participar da pesquisa tomando parte nas metodologias de pesquisa acima elencadas. Caso você permita, as entrevistas serão gravadas.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que dela participar, oferecendo riscos mínimos àqueles que voluntariamente participarão como sujeitos desse estudo. Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o senhor(a) poderá a qualquer momento solicitar sua exclusão do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre preservando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando não acharem mais conveniente.

Para quaisquer esclarecimentos entrar em contato com a pesquisadora Ivana Barreto, currículo Lattes <http://lattes.cnpq.br/0926082188345417>, contato: 85-32270863) e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará Rua Coronel Nunes de Melo, 1100, 3366-8344;

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para arquivo da pesquisadora. Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa (entrevista semiestruturada, observação participante e grupo focal), aceito, de forma livre e esclarecida, participar da pesquisa.

_____, ____ de _____ de 2016.

Participante

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto - Pesquisadora

APÊNDICE M- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Residente de Saúde Mental da RIS-ESP/CE

O(a) Sr(a) **Residente de Saúde Mental**, está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE COM ÊNFASE EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E SAÚDE MENTAL COLETIVA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ: UM ESTUDO DE CASO**, que tem como objetivo geral compreender o processo de implementação da Residência Integrada em Saúde - RIS ESP/CE que se deu desde 2012 até o presente e investigar os impactos deste programa nos contextos de prática e na formação e atuação profissional dos sujeitos envolvidos.

Como instrumentos de coleta de dados serão utilizados: a entrevista aberta e semiestruturada, grupos focais e documentos. Dessa forma, **CONVIDAMOS** você a participar da pesquisa tomando parte nas metodologias de pesquisa acima elencadas. Caso você permita, as entrevistas serão gravadas.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que dela participar, oferecendo riscos mínimos àqueles que voluntariamente participarão como sujeitos desse estudo. Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o senhor(a) poderá a qualquer momento solicitar sua exclusão do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre preservando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando não acharem mais conveniente.

Para quaisquer esclarecimentos entrar em contato com a pesquisadora Ivana Barreto, currículo Lattes <http://lattes.cnpq.br/0926082188345417>, contato: 85-32270863) e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará Rua Coronel Nunes de Melo, 1100, 3366-8344;

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para arquivo da pesquisadora. Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa (entrevista semiestruturada, observação participante e grupo focal), aceito, de forma livre e esclarecida, participar da pesquisa.

_____, _____ de _____ de 2016.

Participante

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto – Pesquisadora