

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE – UFF**  
**CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RIO DAS OSTRAS - CURO**  
**INSTITUTO DE HUMANIDADES E SAÚDE - RHS**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**A produção de conhecimento no campo  
da Atenção Psicossocial: uma pesquisa  
colaborativa no CAPS.**

**CAROLINA DOS SANTOS BIANCHINI**

**RIO DAS OSTRAS  
2017**



**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**CURSO DE PSICOLOGIA**

**A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NO CAMPO DA ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL: UMA PESQUISA COLABORATIVA NO CAPS**

**Carolina dos Santos Bianchini**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado a Universidade Federal  
Fluminense como parte dos requisitos  
para obtenção do título de Bacharel em  
Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Orientador(a): Prof. Dra. Daniela Costa Bursztyn

**Rio das Ostras**

**2017**

A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NO CAMPO DA ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL: UMA PESQUISA COLABORATIVA NO CAPS.

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado a Universidade Federal  
Fluminense como parte dos requisitos para  
obtenção do título de Bacharel em  
Psicologia.

Orientador(a): Prof. Dra. Daniela Costa  
Bursztyn

Trabalho aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Drª Daniela Costa Bursztyn – UFF/Curo  
Orientadora

---

Profº Drª Issa Leal Damous – UFF/Curo

---

Profº Drº Pedro Gabriel Delgado UFRJ/IPUB

---

Fabrice Sanches  
Psicóloga da Prefeitura Municipal de Macaé

**Rio das Ostras  
2017**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente por ter como porto seguro meus queridos pais e meu irmão que sempre estiveram presentes em meio às alegrias e dificuldades e confiaram em minhas escolhas. Sou muito feliz por ter o amor de vocês e ser parte dessa família.

Agradeço à toda minha família, em especial minha tia Cássia, que contribuiu e ainda contribui para a realização dos meus sonhos. Aos meus avós maternos: Marly e Jayme e paternos: Edézio e Declamantina por serem sempre tão acolhedores e amáveis.

Ao meu namorado Gabriel pelo amor e companheirismo compartilhado nesses anos. Obrigada pelo apoio e compreensão nos momentos difíceis e por despertar em mim o sentimento mais puro e sincero.

Agradeço carinhosamente o interesse e a disponibilidade daqueles que compõem esta banca. À professora Issa que apesar de pouca aproximação reconheço uma excelente profissional com uma escuta muito sensível, agradeço por ter acolhido tão gentilmente o convite. À psicóloga e amiga Fabrice que como supervisora de estágio no CAPS Betinho abriu portas para experiências incríveis nas quais conheci a arte e a dança como ferramentas de cuidado e potência de vida. Ao Drº Pedro Gabriel que como figura fundamental na Atenção Psicossocial, foi uma das principais referências para a confecção deste trabalho, agradeço pela enorme honra de tê-lo em minha banca.

À todos os professores que passaram pela minha graduação, especialmente à minha querida professora, supervisora e orientadora Daniela que acreditou no meu potencial e fortemente enriqueceu minha trajetória acadêmica e pessoal. Serei sempre muito grata pelo compartilhamento de saberes e práticas e principalmente, por toda parceria construída.

Às minhas lindas colegas de pesquisa: Taylane, Larissa, Gabi Santana, Gabi Souza e Antônia, com as quais pude produzir e compartilhar conhecimentos e sentimentos em comum. Sou grata pela vivência produtiva e desejo muita luz no caminho de vocês!

Agradeço à toda equipe de profissionais técnicos do CAPS que me proporcionou aprendizados das mais diversas maneiras.

Aos meus clientes do SPA que me ensinaram muito sobre mim mesma e

contribuíram para a certeza de que escolhi a profissão certa. Aos meus queridos usuários e familiares do CAPS que me encantaram com suas formas de existir e mostraram o meu caminho dentro da Psicologia.

Aos meus amigos de longa data e às amizades que de maneira ativa me ajudaram na construção desse trabalho: Yasmin, Mineiro (Pedro) e Alemão (Danilo). Às amizades que construí na graduação e que me levarei por toda vida: Lo (Lorrayne), Maria, Sassa (Saporana), Miguel, Rick (Ricardo), Daniel, Bruno e Thiago. Agradeço à vocês por cada uma das experiências incríveis que tivemos juntos.

À todos que estiveram comigo nesta caminhada de forma direta e indireta, o meu muito obrigada.

*“Há um tempo em que é preciso abandonar as  
roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo,  
e esquecer os nossos caminhos, que nos levam  
sempre aos mesmos lugares. É o tempo da  
travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos  
ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”  
(Tempo de Travessia, Fernando Pessoa)*

## **RESUMO**

Trata-se de um trabalho de conclusão de curso que possui o objetivo e discutir a produção de conhecimento no campo da Atenção Psicossocial, a partir do reconhecimento da lacuna existente entre a produção científica e as demandas dos serviços de Saúde Mental. A fim de alcançar discussão acerca das pesquisas de viés participativo como estratégias de grande potencial para superação desta lacuna, é traçado um panorama sobre o forte marco da participação social na história da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Admite-se que a produção e disseminação de pesquisas no campo em destaque sejam articuladas com as realidades e as demandas dos dispositivos de saúde mental a partir do estabelecimento de construções colaborativas. Nesse sentido, objetivando o contato com a prática de uma pesquisa colaborativa, foi realizada uma oficina de consenso com profissionais do CAPS, na qual foi construída uma lista de prioridades de pesquisa para o serviço. Conclui-se que as iniciativas de produção de conhecimento compartilhado alinhadas a proposta de construção de uma política de pesquisa em Atenção Psicossocial indicam ser estratégias fundamentais para a superação de barreiras que atravessam o cuidado, bem como o avanço das políticas públicas no campo.

**Palavras-chave:** Saúde Mental, Atenção Psicossocial, Conhecimento Compartilhado.

## **ABSTRACT**

The objective of this work is to discuss the production of knowledge in the field of Psychosocial Attention, from the awareness of an existing gap between the scientific production and the demands from the Mental Health services. In order to achieve a discussion about the researches with a participative element as strategies of great potential for overcoming this gap, a picture is drawn regarding the strong mark of the social participation on the history of Brazil's Psychiatric Reform. It's admitted that the production and dissemination of researches in the featured field be articulated with the realities and the demands of the mental health services, from the establishment of collaborative constructions. In this sense, with the objective of having contact with the practice of a collaborative research, a consensus workshop was made with the workers of the Center for Psychosocial Attention, in which a list of research priorities for the service was built. In conclusion, the initiatives of shared knowledge production, aligned with the proposition of a policy in Psychosocial Attention research seem to be fundamental strategies for the overcoming of barriers that permeate the care, as well as the advancements of public policies on the field.

**Keywords:** Mental Health; Psychosocial Attention; Shared Knowledge



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>13</b>
<b>PROTAGONISMO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b> .....	<b>13</b>
1.1 Transformações históricas do campo da Saúde Mental.....	16
1.2 Protagonismo e Participação Social .....	20
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>23</b>
<b>DESAFIO DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b> .....	<b>23</b>
2.1 . Estratégias Participativas de Pesquisa .....	26
2.2 Política de Pesquisa Colaborativa: a experiência canadense <i>Knowledge Translation</i> (Conhecimento Compartilhado).....	30
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>34</b>
<b>A EXPERIÊNCIA NO CAPS BETINHO</b> .....	<b>34</b>
3.1 Contextualização do campo e sensibilização ao tema .....	34
3.2 A oficina de Consenso: uma pesquisa colaborativa.....	37
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>45</b>
<b>ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>49</b>

## INTRODUÇÃO

O motivo que me impulsionou é muito simples. Para alguns, espero que ele baste por si só. É a curiosidade; o único tipo de curiosidade que, de qualquer forma, vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que busca se assimilar ao que convém conhecer, mas a que permite desprender-se de si mesmo. De que valeria a obstinação do saber se ela apenas garantisse a aquisição de conhecimento, e não, de uma certa maneira e tanto quanto possível, o extravio daquele que conhece? Há momentos na vida em que a questão de saber se é possível pensar de forma diferente da que se pensa e perceber de forma diferente da que se vê é indispensável para continuar a ver ou a refletir. (FOUCAULT, 1983, pp. 196–7).

O interesse no tema da produção do conhecimento na atenção psicossocial surgiu através de experiências particulares e um grande investimento afetivo no campo da saúde mental. Mantendo esse interesse, iniciei uma experiência de estágio no programa de Saúde Mental na cidade de Macaé, no interior do Rio de Janeiro, no ano de 2015.

Inicialmente, obtive a rica oportunidade de conhecer e explorar todos os dispositivos que constituem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município. Essa etapa mostrou-se fundamental diante da realidade na qual começava a me deparar. Ao longo dessa experiência, foi possível observar de maneira mais transparente as condições que permitem a articulação da rede e determinados impasses, que constantemente não contribuem para seu funcionamento efetivo. Percorrer os vários serviços da RAPS, possibilitou dentre outras oportunidades, identificar novos caminhos de interesse de estudo, bem como maior aprofundamento em torno das Políticas de Saúde Mental.

Após esse processo, iniciei o estágio no CAPS Betinho e nesse espaço encantador pude conciliar meus interesses de estudos com o campo de trabalho. Durante essa trajetória que durou cerca de 1 ano e meio, também tive a oportunidade de ingressar na pesquisa *Política de Pesquisa em Saúde e Produção do Conhecimento no Campo da Atenção Psicossocial* realizada na Universidade Federal Fluminense – Campus Rio das Ostras sob coordenação da professora Daniela Bursztyn. Essas experiências me permitiram perceber a importância da discussão da produção de conhecimento para o campo e,

sendo assim me senti muito implicada em levar a temática para o CAPS e mobilizar os profissionais. Com a proposta da intervenção seria possível deixar o que considero uma grande contribuição para o serviço e, ao mesmo tempo avançar na pesquisa a partir de uma experiência prática do que havíamos tanto explorado, o conhecimento colaborativo.

Estudar a produção de conhecimento na Atenção Psicossocial permitiu investigar uma temática não muito explorada no campo da Saúde Mental pública. A partir das observações no campo de estágio, e, concomitante com o amadurecimento da pesquisa ficou cada vez mais claro que o avanço das políticas públicas em Saúde Mental está relacionado ao uso das estratégias de pesquisas participativas e de articulações colaborativas entre universidades e serviços.

Um dos caminhos traçados indica a lacuna existente entre a produção de conhecimento científico e as reais necessidades dos serviços públicos de saúde mental. Posteriormente, apresentaremos a prática da pesquisa de viés colaborativo como uma ferramenta essencial para a redução desta lacuna entre os campos da pesquisa e do cuidado em saúde mental no SUS. A discussão sobre as barreiras da produção de conhecimento na atenção psicossocial aponta para o impacto produzido pelas pesquisas participativas na prática dos profissionais, gestores, usuários e familiares. Com efeito, valoriza-se cada vez mais a pesquisa como um instrumento potente de transformação e construção de políticas públicas de saúde.

Trata-se de superar lacunas na produção de conhecimento, valorizando iniciativas de conhecimento compartilhado entre os serviços da rede de saúde e as instituições de ensino e pesquisa. Entretanto, o objetivo não é dicotomizar a relação de conhecimento, entre pesquisador e campo de pesquisa, ao contrário disso, é preciso demonstrar que o conhecimento pode vir tanto de “fora” como de “dentro” dos serviços, sendo fundamental uma articulação entre esses dois campos de saber. Assim, a implicação e a participação dos trabalhadores, usuários e familiares na saúde mental tornam-se operadores essenciais para a proposição de políticas públicas em saúde e para o avanço da reforma psiquiátrica tanto no nível da assistência quanto da produção de conhecimento.

Surgem, então, alguns questionamentos, entre eles destaca-se: como contribuir para o avanço do campo da Atenção Psicossocial, entendendo que as estratégias de produção de conhecimento com viés colaborativo são diretrizes necessárias para o cuidado e para as Políticas Públicas em Saúde Mental?

No primeiro capítulo serão apresentadas algumas condições históricas que possibilitaram a construção do campo da Atenção Psicossocial, e, principalmente a importância da participação social e do protagonismo no processo da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, será iniciada discussão sobre os impasses que afetam a produção de conhecimento como, por exemplo, a ausência de uma política de pesquisa na saúde mental do SUS. O segundo capítulo, pretende explorar algumas estratégias participativas de pesquisas encontradas no Brasil, indicando também a concepção canadense de *Knowledge Translation*, como uma referência para a construção de políticas de financiamento para as pesquisas em saúde.

O desenvolvimento do terceiro capítulo apresentará a proposta de produção compartilhada de conhecimento sobre 'prioridades temáticas de pesquisa', levantada entre profissionais da equipe do CAPS Betinho do município de Macaé, através da realização de oficina de consenso ou chamada por alguns autores de Técnica Grupo Nominal (TGN)<sup>1</sup>. Esta metodologia é uma técnica quanti-qualitativa que permite extrair informações dos participantes a fim de obter um consenso entre especialistas sobre algum aspecto. A oficina foi indicada como estratégia de sensibilização ao tema da produção de conhecimento em seus desafios de incorporar as dificuldades e necessidades dos serviços como uma importante ferramenta de pesquisa.

---

<sup>1</sup> DESLANDES, S. F.; LEMOS, M. P. Construção participativa de descritores para avaliação dos núcleos de prevenção de acidentes e violência, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 24, n. 6, p. 441-448, 2008.

## CAPÍTULO 1

### PROTAGONISMO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No Brasil, a partir do ano de 2001, uma série de mudanças no cenário das políticas públicas de saúde começou a atravessar o campo da saúde mental. Decorrentes da aprovação da lei nº 10.216/2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado, surgem ações e dispositivos para a garantia de direitos aos portadores de transtornos mentais e para assegurar um modelo de cuidado e tratamento humanizado, substitutivo ao modelo hospitalocêntrico e às práticas manicomiais.

É fato indiscutível que esta lei marcou o início de avanços com relação à maneira de perceber a loucura e, mais do que isso, compreender a incidência dinâmica de seu atravessamento na vida dos indivíduos. Sobre a importância da regulamentação dos serviços de atenção psicossocial através desta lei, convém assinalar que antes da sua existência já haviam iniciativas, como as experiências pioneiras em Santos<sup>2</sup>, conforme descrito por Borges e Baptista (2008, p. 02):

(...) em 1989 o Município de Santos, São Paulo, implanta uma rede essencialmente pública de atenção territorial, de caráter substitutivo ao hospital e composto de uma estrutura complexa, capaz de responder a qualquer tipo de demanda psiquiátrico-psicológica e de caráter social.

Além disso, já existiam algumas leis estaduais aprovadas<sup>3</sup> com o objetivo, por exemplo, de fiscalizar as condições mínimas necessárias para a manutenção dos hospitais psiquiátricos que funcionavam com enorme precariedade. Como consequência, um número significativo de manicômios foram fechados e a criação de novos dispositivos de tratamento ficou cada vez mais clara e indispensável para o cuidado na Saúde Mental.

---

<sup>2</sup> Sugestão de leitura: Clínica Peripatética / Antônio Lancetti – São Paulo: Hucitec, 2011.

<sup>3</sup> RS – Lei nº 9.716 de 1992; CE – Lei nº 12.151 de 1993; PE – Lei nº 11.065 de 1994; RN – Lei nº 6.758 de 1995; MG – Lei nº 11.802 de 1995; PR – Lei nº 11.189 de 1995; DF – Lei 975 de 1995; ES – Lei nº 5.267 de 1996 (AMARANTE, 2007)

Cerca de dez anos depois, um novo avanço sob a lógica de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu com a elaboração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) criada pelo Decreto nº 7.508, portaria/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que prevê uma rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diversos pontos de atenção, ampliando o acesso e a qualidade dos serviços de modo territorializado (BRASIL, 2001).

O novo paradigma da saúde mental baseado no princípio da Atenção Psicossocial, possibilitou o início do que seria – e ainda é – um longo processo de transformações na saúde, na política e sociedade em geral. A Atenção Psicossocial é um modelo que surgiu com o objetivo principal de substituir o modelo hospitalocêntrico - baseado no tratamento dentro do hospital - por novas práticas, técnicas e um novo olhar para o cuidado a partir do território. Assim, o termo psicossocial, segundo alguns autores (COSTA-ROSA et al, 2003, p. 19):

(...) passa a ser utilizado como um significante para designar novos dispositivos institucionais (Centro e Núcleos de Atenção Psicossocial – CAPS e NAPS) que aspiram a outra lógica, outra fundamentação teórico-técnica e outra ética, que não mais as do paradigma psiquiátrico.

Considera-se que a partir dessa nova lógica, diversas mudanças começaram a surgir e com isto, segundo Costa-Rosa et al (2003, p. 32):

Têm-se operado transformações tanto na concepção dos novos equipamentos (Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial, Oficinas terapêuticas e de Reintegração Sociocultural, e Cooperativas de trabalho), quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e população).

Diante das inúmeras iniciativas e transformações provocadas pelo modelo da Atenção Psicossocial, a apropriação da clínica em uma perspectiva ampliada, tem sido um dos maiores redimensionamentos encontrados. A importância de uma clínica ampliada está na lógica de que o sujeito em tratamento não deve ser reduzido à seu transtorno mental, ou seja, a atenção não deve partir de seus sintomas, mas sim do sujeito e principalmente, da integralidade do cuidado do mesmo. Além de estender o olhar aos aspectos

subjetivos de cada usuário: sua história, seus discursos, seu território e os desafios de sua existência peculiar, este modelo de clínica em saúde mental sustenta a criação e o desenvolvimento de práticas intersetoriais, que se voltam para um modelo participativo de compartilhamento de ações e experiências.

Segundo Delgado (2010), para que a intersetorialidade traga contribuições para a Atenção Psicossocial, bem como outras instituições públicas como, por exemplo, educação, justiça e assistência social, é preciso reconhecer que muitas situações ultrapassam os limites de ação do setor da saúde. Desse modo, os atores são impelidos a potencializar suas intervenções através do compartilhamento de ideias, informações e construções, conforme assinalado pelos autores (COUTO; DELGADO, 2010, p.04):

Tais particularidades dizem respeito à dinâmica peculiar que os usuários apresentam no enfrentamento dos problemas complexos e concretos que atravessam suas vidas, muitos dos quais demandam a implicação de outros setores públicos através de suas instituições e ações, e para os quais nenhum setor isoladamente, nem a saúde mental, detém resposta conclusiva.

Percebe-se, então, que a própria produção do cuidado no campo da Atenção Psicossocial diz respeito a uma prática constante de compartilhamento de conhecimento, visto que as equipes são multiprofissionais e os atravessamentos cotidianos exigem articulações com outros profissionais e serviços da rede pública. Diante disto, Couto e Delgado (2010, p.04) prevê que

Será através do compartilhamento deste modo de ver específico da saúde mental que se tornará possível escutar o modo de ver do parceiro intersetorial, fazendo com que sobrevenha uma ação compartilhada. Compartilhamento que é sua condição de possibilidade e de eficácia.

A fim de contribuir para melhor compreensão deste modelo de compartilhamento no campo da Atenção Psicossocial, é fundamental contextualizar alguns aspectos históricos da constituição deste campo, como principalmente a importância da participação e do protagonismo social.

## 1.1 Transformações históricas do campo da Saúde Mental

Não seria suficiente abordar o campo da Atenção Psicossocial sem caminhar pelo percurso que possibilitou seu nascimento. Reconhecemos hoje o campo público da Saúde Mental como resultado de diversas modificações ao longo dos séculos, marcadas pela mobilização e participação social.

Começamos por considerar que o momento histórico, bem como a organização social e cultural são indispensáveis para refletir sobre qualquer definição de loucura, saúde e doença. Em particular, a Revolução Francesa foi um dos maiores marcos históricos de transformações no âmbito da saúde (AMARANTE, 2007). Hoje identificamos os hospitais como instituições fundamentalmente médicas, contudo na Idade Média esses espaços possuíam um caráter religioso e estavam diretamente relacionados a prática de caridade. A própria palavra hospital significa no latim hospedagem, ou seja, os hospitais serviam como abrigos para pobres, mendigos, doentes e também aqueles considerados loucos (AMARANTE, 2007).

Em meados do século XVII, gradativamente os hospitais começaram a ter funções sociais e políticas. Nessa perspectiva, Amarante (2007, p.23) reafirma:

Estou me referindo ao Hospital Geral, criado a partir do ano de 1656, pelo Rei da França. Para o filósofo Michel Foucault o advento do Hospital Geral foi de fundamental importância para a definição de um novo 'lugar social' para o louco e a loucura na sociedade ocidental.

Os Hospitais Gerais começaram a funcionar como espaços para recolher sujeitos indesejados: as internações eram constantes e simbolizavam o afastamento destes, como forma de limpeza social. Portanto, aqueles considerados loucos frequentavam a mesma instituição que os leprosos, mendigos, ladrões, homossexuais, prostitutas e toda a classe que era vista como uma ameaça à sociedade. Segundo Amarante, “Até o momento desta transformação, a loucura e os loucos tinham múltiplos significados – de demônios a endeusados, de comédia e tragédia, de erro e verdade.” (AMARANTE, 2007, p. 23). Os princípios éticos e morais, defendidos principalmente pelas instituições religiosas, eram utilizados como critérios para internação – exclusão – dessas pessoas. “Nos meados do século XVII, brusca



mudança; o mundo da loucura vai tornar-se o mundo da exclusão” (Foucault, 1997, p. 54).

Com o avanço da Revolução Francesa, esses hospitais foram se desvinculando do caráter de caridade e se afastando da ideia de ‘limpeza’ social, para então dar lugar no qual a proposta seria o tratamento dos enfermos. Com isso, Amarante (2007, p. 25) discute:

A intervenção médica no espaço hospitalar, que anteriormente era eventual e paroxística, passaria a ser regular e constante: o saber sobre o hospital permitiria ao médico agrupar as doenças e, assim, observá-las de uma forma diferente, no dia-a-dia, em seu curso e evolução.

Neste contexto, a medicina psiquiátrica foi se tornando o saber oficial da loucura e com a medicalização foi ganhando espaço dentro dos hospitais. Além do surgimento da psiquiatria, também vale destacar o conceito de alienação proposto por Philippe Pinel no qual o princípio terapêutico seria o isolamento do mundo exterior justificado com o argumento de que: “Se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las (...)” (AMARANTE, 2007, p. 29).

O saber psiquiátrico surge, então, na medida em que tornava-se necessário reformar as práticas dentro dos hospícios e instaurar a internação como o tratamento da loucura, pois esta intervenção mostrou-se um mecanismo que possibilitaria a reabilitação social dos doentes mentais. Entretanto, o autor (AMARANTE, 2007, p. 37) assinala que:

Desde os primeiros momentos de sua instauração, o alienismo foi objeto de muitas críticas. Muitos de seus contemporâneos observaram que o isolamento e o tratamento moral representavam paradoxos com os ideais libertários da Revolução Francesa. Que estranha instituição seria essa que sequestrava e aprisionava aqueles os quais pretendia libertar?

As pessoas com transtornos mentais por muito tempo foram vistas e tratadas não somente tendo as subjetividades totalmente desconsideradas, mas também sendo vítimas de descaso e violência. Com efeito, Amarante (2007, p. 103) considera:

O Conceito de alienação mental (assim como suas derivações posteriores, doença e transtorno mental) implicou atitudes sociais negativas, de medo e rejeição, devido às concepções dele decorrentes, tais como periculosidade, incapacidade, irracionalidade, sempre estigmatizantes e discriminatórias.

É importante esclarecer, que assim como a realidade da França “(...) milhares de pessoas morreram em hospitais psiquiátricos em todo o mundo” (AMARANTE, 2007, p. 103). Isso implica considerar que diversos países reproduziam a lógica de que o lugar dos “loucos” é no manicômio no qual eram tratados em condições desumanas.

Atualmente, a superação do modelo manicomial é um dos pressupostos básicos da Saúde Mental. Em meados do século XX, diversos movimentos críticos à hegemonia do saber psiquiátrico e sua prática asilar começaram a ganhar força. Na França, destaca-se a Psiquiatria de Setor, na Inglaterra o movimento das Comunidades Terapêuticas, enquanto nos Estados Unidos a Psiquiatria Preventiva (AMARANTE, 1995). De maneira geral, todas essas iniciativas objetivaram mudanças técnicas, administrativas e científicas ao modelo manicomial de tratamento da loucura.

Tratando-se do contexto brasileiro, a trajetória da Reforma Psiquiátrica recebeu influência de alguns referenciais teóricos e práticos internacionais, como por exemplo, as iniciativas Italianas a partir de Franco Basaglia: “As bases do campo da saúde mental e atenção psicossocial contêm muitos princípios oriundos da forma como Basaglia construiu e operou o seu projeto de intervenção.” (AMARANTE, 2007, p. 104). O autor, ainda destaca que a ‘tradição basagliana’ foi um processo que ocorreu posteriormente aos demais movimentos de desconstrução do manicômio, tornando possível aprender com os erros anteriores para obter maior sucesso nessa experiência.

Um dos pontos fundamentais para nossa discussão é a crítica de Basaglia em relação à psiquiatria da época, cujo olhar se voltava para doenças mentais desconsiderando a existência complexa dos sujeitos e da sociedade: “(...) ao considerar a doença um objeto natural, externo ao homem, a psiquiatria passou a se ocupar dela e não do sujeito que a vivencia” (AMARANTE, 2007, p. 66). Assim, passa a emergir com Basaglia a proposta de colocar a doença “entre parênteses” e não o sujeito. A partir dessa mudança, tornou-se necessário refletir sobre as práticas e os espaços destinados para o cuidado

em saúde mental: “enquanto serviços que lidam com as pessoas, e não com as doenças, devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades.” (AMARANTE, 2007, p. 69). Seguindo essa proposição, a apropriação da subjetividade e da experiência de cada sujeito passou ser considerada como algo fecundo para a construção do projeto da saúde mental baseado principalmente, no mecanismo da participação social.

Dessas referências históricas, a Lei n. 10.216/2001 se apresenta no cenário brasileiro como um marco de proteção e compromisso com a garantia de direitos, induzindo a transformação do modelo assistencial em saúde mental por meio da valorização da autonomia das pessoas portadoras de transtornos mentais. Surgem as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, tendo como um dos princípios básicos a desinstitucionalização, como um profundo processo de mudança relacionado à desospitalização e, principalmente, à criação de formas de cuidado territorializadas, que visam a reabilitação e reinserção social. A desinstitucionalização representa, portanto, um desafio constante que acompanha transformações sociais, familiar, profissional, comunitário e cultural. Trata-se de redirecionamento teórico, prático e político para a desconstrução do paradigma hospitalocêntrico de exclusão e isolamento ainda bastante enraizados nas práticas profissionais do cotidiano dos serviços de saúde e nas mais variadas formas de conceber o imaginário social da loucura.

Nesse processo, cabe destacar a potência dos movimentos sociais para a produção de mudanças significativas no campo da atenção psicossocial. De maneira progressiva, tornou-se cada vez mais imprescindível o envolvimento de todos os atores sociais – profissionais, usuários, familiares e comunidade – no processo de construção do novo modelo emergente. Em seguida, serão retomados os meios pelos quais “(...) princípios tais como democratização, participação social, envolvimento, corresponsabilização, acolhimento, escuta polifônica e transversalidade passaram a fazer parte do cotidiano da atenção psicossocial.” (AMARANTE, 2007, p. 105), estabelecendo um modelo de saúde participativo.

## 1.2 Protagonismo e Participação Social

Acompanharemos alguns marcos importantes que fortaleceram o caráter participativo nas políticas públicas em saúde. Na década de 80 tivemos importantes ações como a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 e, posteriormente a Constituição Federal de 1988 que garantiu a implementação e o desenvolvimento de políticas sociais e econômicas a fim de assegurar à saúde como direito de todos e dever do Estado (MACHADO et al, 2014). Além disso, a Constituição já apresentava diretrizes como: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade que dois anos depois organizariam o sistema de Saúde. É fundamental destacar que anteriormente à essa Constituição, as Conferências de Saúde eram realizadas com participação muito restrita à gestores, técnicos e convidados.

Em 1990, foi regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS) que definiu um conjunto de leis que continuaram proporcionando muitas mudanças na saúde. (AMARANTE, 2007). Em meio as mudanças, a Lei n. 8080/1990 estabeleceu a participação da comunidade como princípio estruturante do SUS. No entanto, (CONASS, 2009, p. 30)

é na lei n. 8142/1990, que dispõe sobre a participação social no SUS, que são definidas as instâncias colegiadas nas quais a participação se realizará em todas as esferas de gestão do sistema: Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde.

Dessa maneira, esta lei garante a participação social no SUS, através dos Conselhos e Conferências em Saúde que representam espaço legal do caráter participativo e o exercício do controle social. Sendo o controle social uma ferramenta para garantir que a população participe do processo de construção e controle das políticas públicas em Saúde (BARBOSA, 2013).

Outro importante resgate a ser feito é a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (3ª CNSM) realizada no mesmo ano da Lei 10.216 consolidando a Reforma Psiquiátrica como política de governo e dentre muitas outras conquistas, estabelecendo a participação e o controle social como essenciais para o avanço da Reforma (Ministério da Saúde, 2005). Esta Conferência teve como principal eixo temático a: “Reorientação do Modelo Assistencial”, sendo o Controle Social um subtema do evento e contou com ampla participação dos

movimentos sociais, usuários, familiares, profissionais. Com efeito, a 3ª CNSM incentivou a ampliação e o fortalecimento do controle social como exercício da participação e ocupação em todos os espaços, contribuindo para a o avanço da autonomia e das políticas de Saúde Mental (BRASIL, 2001).

É imprescindível colocar a importância dos movimentos sociais diante das transformações apresentadas, e, principalmente no que diz respeito a valorização da participação social. Dez anos antes da formulação dos princípios da política pública de saúde, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) não restrito apenas à classe trabalhadora e aos sindicatos, mas como marco de uma mobilização política composta por diversos militantes da sociedade. O MTSM foi precursor fundamental na medida em que criava mobilizações e reflexões críticas quanto à hegemonia psiquiátrica que resultaram em propostas e implementações significativas para a nova política de Saúde Mental (AMARANTE, 1995).

Em sua perspectiva política, o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, possui como principal característica a participação através das dimensões socioculturais. A mobilização pela cultura tornou-se, com isso, um modo de envolver a sociedade na desconstrução de estereótipos estigmatizantes da doença mental. A década de 90, por exemplo, foi fortemente marcada pelo surgimento de músicas, peças de teatro, blocos carnavalescos, festivais, programas de televisão e rádio diretamente relacionados com a temática da Loucura. Para Amarante (2007, p.77):

(...) existe um aspecto fundamental nesta dimensão sociocultural que demonstra a sua inter-relação e interatividade com as demais dimensões: a participação social e política de todos os atores sociais envolvidos com o processo da reforma psiquiátrica.

Considerando que a dimensão participativa fomentada inicialmente pelos movimentos sociais assume um caráter estruturante para as políticas públicas de Saúde Mental, observa-se com maior clareza que a conduta e o cuidado nos serviços também devem se colocar nessa perspectiva. Com efeito, o trabalho em Saúde Mental vem sendo pensando e construído através do protagonismo e da participação principalmente, dos usuários e familiares.

No artigo “Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental”, os autores Juarez Furtado e Rosana Onocko (2008) exploram de maneira ampla as relações entre as políticas sociais – que possuem caráter redistributivo e autopromotor - e a participação como uma condição indispensável a uma política que assuma o comprometimento com transformações sociais.

Nessa perspectiva, nos aproximamos da ideia central que sustenta a presente discussão, de acordo com os mesmo autores (ONOCKO; FURTADO, 2008, p. 2672):

Se a participação popular é elemento vital e constituinte das políticas públicas – sobretudo se quisermos que estas superem seus riscos de degradação e manipulação e efetivamente cumpram sua missão de assistir e empoderar – podemos afirmar então que a participação da comunidade e de grupos de interesse na produção de conhecimentos em torno destas políticas públicas seria igualmente desejável.

A participação e o protagonismo de diferentes grupos de interesse são elementos fundamentais para a construção de políticas públicas em Saúde Mental, para a prática do cuidado e também para a produção de conhecimento no campo da Atenção Psicossocial. Os desafios do SUS nos impele para transformações não somente práticas de promoção de cuidado através da participação social de usuários, familiares e funcionários, mas também conduz um olhar direcionado para a participação e protagonismo social em pesquisa e produção de conhecimento. Seguindo essa perspectiva, refletiremos em seguida de que maneira estão sendo produzidas as pesquisas no campo da saúde pública, explorando ainda os desafios identificados.

## CAPÍTULO 2

### DESAFIO DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Nesse capítulo, serão destacadas as dimensões dinâmica e expansiva da produção do conhecimento no campo atenção psicossocial em progressivo crescimento e atravessado por inúmeras áreas, teorias e saberes passíveis de pesquisa e projetos de formação continuada. Segundo Delgado (2015, p. 312), a saúde mental pública é concebida como:

(...) um imenso campo empírico para a produção de conhecimento, urgente e necessário, capaz de enfrentar desafios novos, interrogar sobre barreiras de acesso, formação de profissionais para a saúde mental do SUS, parâmetros de funcionamento efetivo de novos dispositivos (como consultórios de rua, programas de economia solidária, residências terapêuticas, equipes de atendimento assertivo no território), e outros temas.

Para o autor, a importância de gerir bem os conhecimentos sobre a atenção psicossocial implica a redução das barreiras de acesso, tendo como efeito a ampliação ao cuidado em Saúde Mental. No entanto, o cenário de pesquisas e disseminação de estudos e novas tecnologias em saúde deve considerar uma “notável fragilidade no campo da produção de conhecimento aplicado à condução prática dos dispositivos de atenção” (DELGADO, 2015, p.13), interrogando os impactos efetivos de determinados resultados e achados de pesquisa para o cotidiano da assistência pública.

Atualmente, podemos reconhecer inúmeros impasses referentes ao tema da produção do conhecimento em atenção psicossocial, ocasionando certa fragilidade de desenvolvimento de pesquisas que se apropriem estrategicamente destes impasses na busca por novas propostas ou soluções. Além disto, nota-se uma carência significativa de pesquisa no campo da saúde mental pública, conforme indicada por Delgado (2015, p. 312):

Uma busca na literatura científica brasileira revelará a visível rarefação dos temas da atenção psicossocial, se comparados ao vigor da produção científica da pesquisa biomédica (psiquiatria, neurociências), e da epidemiologia e saúde pública.

Desse modo, interrogamos a fragilidade da produção do conhecimento na atenção psicossocial tomada não apenas pela pluralidade temática inerente ao campo, mas especialmente pelo modo como o conhecimento vem sendo produzido, sem necessariamente estabelecer estratégias de colaboração com os gestores, profissionais e usuários dos serviços para a superação dos limites e obstáculos da assistência. A esta perspectiva se somam as discussões sobre *gestão do conhecimento* entendida como “(...) um processo estratégico, pluridisciplinar, visando a alcançar os objetivos da organização, graças a uma exploração ótima dos seus conhecimentos.” (ELLERY et al, 2010, p. 01). A mesma autora indica que a gestão do conhecimento mostra-se como um desafio, especialmente quando busca-se efetivar os princípios do SUS, a partir da apropriação do conhecimento produzido pela participação social, e, dessa forma favorecendo e valorizando o mecanismo da participação (ELLERY, 2010).

Os desafios da produção do conhecimento vêm sendo discutido entre várias frentes de pesquisa e de práticas em saúde pública. Em fevereiro de 2014, o Seminário *Prioridades de Pesquisa na Atenção Psicossocial*, realizado por pesquisadores do Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUPPSAM/IPUB/UFRJ) em parceria com a Superintendência de Saúde Mental da Cidade do Rio de Janeiro (SMS/RJ), produziu um rico debate sobre o reconhecimento e a análise dos impasses no desenvolvimento de pesquisas, tentando encontrar estratégias de superação. Dentre os desafios encontrados neste seminário (NUPPSAM/IPUB/UFRJ, 2014, p. 01)<sup>4</sup>

(...) destaca-se a ausência de uma cultura de pesquisa na rede de saúde mental do SUS. Quando a universidade faz dos serviços seu objeto de estudo, muitas vezes ela não incorpora as demandas dos trabalhadores e usuários da rede ao processo investigativo. Ao mesmo tempo, as instituições de saúde não entendem a produção de conhecimento como parte de sua prática, o que pode ser observado na própria organização dos serviços, especialmente em relação à insuficiência do sistema de informações.

Verificou-se, então, uma lacuna problemática entre teoria e assistência, entre produção científica e as demandas dos serviços. No mesmo seminário,

---

<sup>4</sup> Relatório Final: “Prioridades de Pesquisa em Atenção Psicossocial” realizado pelo IPUB através do “Seminário para construção de uma agenda estratégica” (*mimeo*, 2014).



foi possível observar certa desvalorização das pesquisas na medida em que muitos dispositivos de saúde não consideram o potencial das pesquisas na qualificação do cuidado. Notou-se que muitas pesquisas se distanciam das reais necessidades e demandas dos serviços: quando há proximidade pouco é sabido sobre estratégias de divulgação desses estudos. Com efeito, os autores do relatório final do Seminário relatam que é possível perceber uma baixa produção de artigos sobre a temática, e uma forte concentração desses trabalhos em alguns estados específicos, como São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul.

Se por um lado, há uma desvalorização da pesquisa ao considerá-la como elemento que vem “de fora” por outro lado, identifica-se falta de estímulo à pesquisa a partir das condições de trabalho precárias. Aspectos como baixa remuneração, ausência de materiais e de infraestrutura, inexistência de um plano de carreira são fatores pelos quais os profissionais não sentem-se incentivados a atuar como pesquisadores

Reconhecendo a produção de conhecimento como aliada da promoção do cuidado em atenção psicossocial, conclui-se que é fundamental que a Política Pública de Saúde Mental incorpore a produção de conhecimento como uma estratégia prioritária da agenda política. Com o objetivo de acompanhar os desafios da produção de conhecimento na Atenção Psicossocial, Delgado (2014, p. 02) defende ser necessário:

(...) colocar as necessidades da gestão em contato com os grupos de pesquisa, estimular a produção de conhecimento como forma de avançar no campo da Reforma Psiquiátrica, e inserir a pesquisa no contexto das demandas e questões que o campo de trabalho produz.

No intuito de incentivar e promover conhecimento, alinhado com as diretrizes das políticas públicas de saúde mental, discutiremos iniciativas de pesquisa que visam contribuir para o avanço no campo. Dessa forma, considerando tratar o conhecimento como uma ferramenta potencialmente capaz de efetivar os princípios da Saúde Mental, é fundamental que a elaboração de pesquisas seja feita a partir de um viés metodológico participativo.

## 2.1 . Estratégias Participativas de Pesquisa

Em setembro de 2015, a professora Daniela Bursztyn deu início ao projeto de pesquisa *Política de Pesquisa em Saúde e Produção do Conhecimento no Campo da Atenção Psicossocial* na Universidade Federal Fluminense, Campus Rio das Ostras, com parceria acadêmica do Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUPPSAM/IPUB/UFRJ). O projeto é desenvolvido com seis alunas<sup>5</sup> de Iniciação Científica do Curso de Psicologia que mantém encontros regulares e possui como objetivo geral ampliar a investigação da temática da produção de conhecimento e, sobretudo do compartilhamento do conhecimento como política de pesquisa na saúde pública. A pesquisa, ainda em andamento, visa a valorização de iniciativas colaborativas de suporte ao mútuo aprendizado como uma direção para pesquisa na Atenção Psicossocial.

O projeto utiliza-se de uma metodologia de estudo de revisão, construindo um banco de dados a partir de um recorte de termos de interesse para a pesquisa no campo da atenção psicossocial, apontando para a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em saúde (BRASIL, 2008). O trabalho levantou as publicações de artigos na plataforma do Google Acadêmico, usando o descritor “Atenção Psicossocial” entre os anos de 2000 à 2015. Após obter uma amostra final de 400 artigos, exploramos as seguintes categorias: Ano, Título do artigo, Autores, Periódico, Universidade, Área do Conhecimento, Natureza do Artigo, Serviços Pesquisados, Colaboração pesquisa-serviço, Eixo Temático e Link.

A partir da definição dessas categorias foi possível identificar alguns resultados preliminares, visto que a pesquisa ainda está em andamento. A respeito da categoria ano, observa-se que em determinados anos há um aumento significativo do número de artigos publicados no campo, como, por exemplo, o período entre 2009 a 2011 e, para esse dado consideramos como chave de leitura a influência de políticas indutoras de pesquisas sobre o tema

---

<sup>5</sup> Além da minha participação, o projeto conta com a parceria das alunas: Antônia Fonseca, Gabriela Souza, Gabriela Santana, Larissa Moraes e, Taylane Lima.

no SUS, como a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008).

A respeito da categoria “Periódico”, identificamos um maior número de artigos publicados sobre atenção psicossocial na revista *Ciência & Saúde Coletiva* vinculada à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Nosso levantamento confirmou que a maioria dos artigos publicados são produções da área de Enfermagem, em segundo lugar psicologia e em terceiro medicina. Outro dado curioso é que as quatro universidades que mais publicam nesta modalidade correspondem ao eixo sul-sudeste do país, em primeiro lugar, por exemplo, encontramos a Universidade de São Paulo (USP). Com relação aos ‘serviços pesquisados’, a maioria dos artigos não faz referência ao serviço ou não desenvolveram estudos com trabalho de campo, nas pesquisas que relatam estudo de campo, estão concentrados nos serviços CAPS. Além disso, o CAPS também aparece em primeiro lugar na relação das temáticas de maior interesse de pesquisa em Atenção Psicossocial, sendo a maioria dos artigos de natureza de Relato de Pesquisa.

Nas próximas etapas da pesquisa objetiva-se analisar os verdadeiros impactos das produções de perfil acadêmico-científico no cotidiano da assistência em Saúde Mental e nessa perspectiva, já foi possível identificar alguns autores que apresentam metodologias de ‘pesquisa participativa’ na atenção psicossocial com ênfase nos conceitos de ‘empoderamento’, ‘ajuda mútua’ e ‘cuidado compartilhado’ (PRESOTTO et.al, 2013). A revisão sistemática realizada pelo grupo de pesquisa tem proporcionado um olhar descritivo sobre a produção de conhecimento nos anos que sucederam a Reforma Psiquiátrica brasileira. No atual contexto, as estratégias participativas são reconhecidas como fundamentais para promover a participação social no âmbito do cuidado, do ensino e da pesquisa. Segundo Onocko e Furtado (2013), a relação entre participação social, produção de conhecimento e políticas públicas em saúde tem demonstrado resultados bastante eficazes.

No artigo: “Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental”, os mesmos autores (Onocko; Furtado, 2008) identificam três objetos relacionados às pesquisas participativas: **pragmático** designa a perspectiva sobre o uso do conhecimento em prol da resolução de problemas; **político e**

**ideológico** ligados à democracia e justiça, proporcionando oportunidade de voz aos diversos grupos marginalizados; e, **epistemológico** considerando que para melhor compreensão da realidade é essencial percebê-la a partir de variadas perspectivas.

Outra contribuição ao tema da pesquisa participativa em saúde, é o artigo “Experiências brasileiras sobre a participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental” (PRESOTTO, 2013), que demarca o tempo recente dessa prática no Brasil, apesar da forte repercussão dessas experiências no cenário internacional, influenciadas pelos conceitos de reabilitação social, empoderamento e *recovery*<sup>6</sup>. Sobre o campo da atenção psicossocial, Presotto et al. (2013, p. 2838) considera que:

Para este campo multifacetado, a experiência de vida de usuários e familiares e sua autonomia são direções tanto éticas quanto metodológicas; assim, o tema da participação em pesquisa assume relevância e se torna um desafio intrínseco e obrigatório.

Embora sejam recentes, as várias iniciativas de viés participativo, como por exemplo os Grupos de Ajuda Mútua, valorizam a produção do conhecimento dando voz aos usuários e seus familiares promovendo protagonismo no cuidado, ensino e pesquisa em saúde mental. Além dessa experiência brasileira, os autores indicam outras iniciativas de viés participativo, como a do Guia Pessoal de Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM) elaborado originalmente no Canadá e adaptado à realidade brasileira em 2009 (PRESOTTO, 2013).

Considerada uma ferramenta de cuidado para pessoas com transtornos mentais, o GAM estimula maior compreensão e autonomia nos processos que envolvem o uso de medicação. Assim, noções como “(...) empoderamento e *recovery* são vivenciados pelos usuários, ao longo de sua participação nas atividades da pesquisa GAM-BR” (PRESOTTO, 2013, p. 2842). O autor ainda destaca que a maioria dos usuários identificam que através da participação, tiveram benefícios individuais, pois a experiência participativa gerou progresso no tratamento e, conseqüentemente melhor qualidade de vida.

---

<sup>6</sup> “Segundo Slade (2012, p. 10-13), conforme citado por Presotto (2013, p. 2838), “*Recovery* é um caminho, um processo, e vincula-se a uma visão da medicina baseada em valores (e não apenas em provas e evidências científicas)”.

Em ambos os processos, observa-se que o usuário e seus familiares não são tomados como “objetos de pesquisa”, ao contrário, assumem o papel de integrante fundamental ao longo do processo de cuidado e produção do conhecimento. Nessa direção, o projeto “Familiares Parceiros do Cuidado<sup>7</sup>” também é indicado para ressaltar o modelo participativo voltado para usuários, familiares e profissionais dos serviços. Na mesma direção, Passos (2013, p. 09) defende que:

No contexto brasileiro no campo da saúde coletiva, em consonância com a aposta democratizante do Sistema Único de Saúde (SUS), a participação dos sujeitos nos processos de gestão e realização da pesquisa em que se encontram implicados é um modo de garantir o protagonismo desses sujeitos no processo de produção de conhecimento.

Contudo, para garantir o protagonismo dos sujeitos, torna-se importante superar alguns impasses presentes na prática. Somente o convite à participação pode não ser suficiente para realizar pesquisas participativas, já que o serviço possui um grande número de demandas e este tipo de trabalho exige um grau de esforço e interesse dos participantes (FURTADO, 2013). Um caminho estratégico e sensato para superar esse desafio é, sem dúvida, levar em consideração os interesses e demandas dos gestores, profissionais, usuários, familiares, ou seja, do campo de Assistência à Saúde Mental.

Apesar da ausência de uma política de pesquisa para a saúde mental no Brasil que induza e incentive a participação desses atores na produção do conhecimento, é possível identificar a potência das experiências brasileiras como forma de ampliação da produção de cuidado e de conhecimento em psiquiatria e saúde mental no Brasil (PRESOTTO, 2013). Com efeito, a produção e disseminação do conhecimento articuladas à utilidade prática do cuidado na Atenção Psicossocial, são consideradas estratégias de fortalecimento de uma rede colaborativa em Saúde. Nesse caminho, abordaremos discussão em questão, complementando-a através de um conceito metodológico colaborativo de conhecimento compartilhado baseado na experiência de Política de Pesquisa em Saúde no Canadá.

---

<sup>7</sup> Grupo criado em 2011, no IPUB/UFRJ sob coordenação do Prof. Pedro Gabriel Delgado (PRESOTTO, 2013).

## 2.2 Política de Pesquisa Colaborativa: a experiência canadense *Knowledge Translation* (Conhecimento Compartilhado)

O conceito canadense *Knowledge Translation* (GRAHAM et al., 2006) é uma metodologia bastante propagada no cenário internacional, cuja a incidência no Brasil ainda é bastante recente em termos de compreensão e disseminação do conceito (BURSZTYN; DELGADO, (prelo) 2017). Dessa forma, objetivando uma maior compreensão das principais características desse conceito metodológico, utilizaremos o artigo *Conhecimento Compartilhado e Estratégias Colaborativas de Pesquisa na Atenção Psicossocial*, pelos autores Daniela Bursztyn e Pedro Delgado que encontra-se aprovado mais ainda em fase de publicação<sup>8</sup>.

O *Knowledge Translation* (KT) foi introduzido no Canadá, no ano 2000 pelo Instituto Canadense de Pesquisa em Saúde, como uma iniciativa de avaliar e mobilizar estudos no setor da Saúde Pública. A proposta dessa estratégia prevê minimizar as lacunas presentes entre as produções científicas e a aplicabilidade de seus resultados para a prática da assistência no âmbito da saúde (BURSZTYN; DELGADO, (prelo) 2017).

O termo empregado para expressar o método é traduzido pelos mesmos autores para o português como *conhecimento compartilhado* e designa um processo cujo o conhecimento é colocado em ação. À princípio esta definição já nos remete ao resultado proposto pela metodologia, que seria fazer uso das pesquisas científicas, ou seja, utilizar na prática as evidências encontradas. Sobre o processo colaborativo, aponta-se para a importância de questionar de que maneira é possível que essas evidências influenciem as tomadas de decisão no sistema de saúde.

Graham et al (2006) destacam que as evidências em si não são suficientes para atender as demandas e decisões. Do mesmo modo, a insuficiência pode ser identificada na medida em que, como já foi exposto, existem lacunas entre a disseminação das evidências produzidas e a aplicação consistente dos resultados na prática da assistência da Atenção Psicossocial (BURSZTYN; DELGADO, 2017, no prelo).

---

<sup>8</sup> Publicação prevista para o segundo semestre do ano vigente, indicado nas referências bibliográficas.

Esta metodologia é uma estratégia para superação dessas lacunas, pois a produção científica passa a ser refletida e trabalhada a partir da lógica do compartilhamento de demandas e temáticas entre os serviços de saúde e as instituições acadêmicas. Em linhas gerais, o processo de KT se dá através de duas fases, sendo a primeira a criação do conhecimento e a segunda a fase de desenvolvimento de ações. Existem algumas etapas em meio à essas duas fases que envolvem variados aspectos de níveis diferentes do sistema de saúde, que irão influenciar o modo da produção de conhecimento e sua utilização na tomada de decisões. (BURSZTYN; DELGADO, (prelo) 2017).

O conhecimento compartilhado, ou tradução do conhecimento, fundamenta-se como um processo dinâmico no qual a produção de pesquisas é feita a partir do processo interativo com todos os envolvidos. Isto implica considerar o conhecimento compartilhado como precedente à pesquisa. Esse aspecto sugere uma mudança complexa que envolve todos – clínicos, pacientes, gestores, pesquisadores, parcerias comunitárias, etc. – na tomada de decisão em saúde (BURSZTYN; DELGADO, (prelo) 2017).

Apesar de desafiador, o estabelecimento de intervenções efetivas e capazes de minimizar as lacunas que incidem sobre o processo de tradução do conhecimento para a prática de cuidados em saúde, revela-se como uma mudança essencial para promover melhores resultados tanto no nível da assistência quanto da produção científica.

Apesar da ausência de uma política de pesquisa em Saúde Mental no Brasil, observa-se que a experiência canadense suscita novas perspectivas para a construção de uma política de pesquisa em Atenção Psicossocial que tenha como diretriz o financiamento de estratégias colaborativas em pesquisa no campo. Construir uma agenda de prioridades de pesquisas sensível aos atravessamentos da prática em saúde mental, que prioriza a parceria entre produção científica e serviços, mostra-se uma iniciativa potente para o avanço da Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido, os autores BursztyN e Delgado (2017) e de certa forma, também o grupo de pesquisa no qual eu me encontro, investigam iniciativas no Brasil que se aproximam da ideia de Conhecimento Compartilhado. Diante disso, encontramos um trabalho relatado no artigo: “Avançando no uso de

políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri – Piauí” por Jorge Barreto e Nathan Souza, que corresponde a esse modelo de proposta.

Dentre outras discussões, o artigo conta a experiência da aplicabilidade de evidências para a criação de iniciativas em Saúde. A secretaria Municipal de Saúde do município de Piripiri implementou, em 2010, no Núcleo de Evidências em Saúde (NEv), uma iniciativa subsidiária do componente brasileiro da Evidence-informed Policy Network (EVIPNet) Américas, a qual segundo Barreto et al, 2013, p.26-27):

(...) representa um experimento local endereçado à tradução do conhecimento e sua disseminação social visando à melhoria dos serviços e do sistema local de saúde mediante o uso dos resultados da pesquisa científica nos processos de enfrentamento dos problemas locais de saúde.

Em suma, este modelo consiste em definir problemas, identificar intervenções para enfrentá-los, avaliar a qualidade das evidências globais e locais e traduzi-las para os principais interessados, considerando valores sociais e leis. Os autores destacam que o uso de evidências de pesquisas para construir políticas e programas de saúde eficazes é fundamental principalmente quando há escassez de recursos e investimentos, ou seja, evitando riscos e aumentando a possibilidade de sucesso com determinada iniciativa pública (BARRETO et al, 2013).

Um exemplo de decisão em política pública informada por evidências é apresentado no final do artigo, seguindo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde: 48% dos óbitos no município entre 2005-2010 estavam relacionados as doenças do aparelho circulatório. Como possibilidade de enfrentamento foi definida a prática de atividade física para controle e prevenção de eventos cardiovasculares ligados à hipertensão arterial na atenção primária à saúde. Nessa perspectiva, as evidências possíveis foram identificadas e avaliadas a fim de auxiliar na tomada de decisão para implementação de ações específicas. A primeira síntese de evidências produzidas pelo NEv subsidiou a formulação de um programa local de promoção da saúde focado na atividade física como facilitadora da mudança do estilo de vida. Foi criada então, a “Academia da Praça” pela qual são ofertadas



atividades físicas com prioridade de exercício aeróbico e sob orientação profissional (BARRETO; SOUZA, 2013).

O artigo indica que as consequências da ação implementada estão sendo monitoradas, e, ainda que não dê para avaliar amplamente, os resultados preliminares mostram-se promissores (BARRETO; SOUZA, 2013). Dessa forma, é possível perceber com maior clareza o quão eficaz pode ser uma política pública em saúde que faz uso de estratégias de 'conhecimento compartilhado', utilizando-se de evidências científicas para ampliar as possibilidades de sucesso nas implementações de decisões em saúde pública.

A partir dessas referências, podemos concluir que discutir Políticas Públicas em Saúde Mental, refletindo a RAPS como uma rede viva de compartilhamento, sem considerar estratégias de colaboração na produção do conhecimento e do cuidado aparenta ser uma atitude pouco eficiente. É preciso reconhecer através da experiência canadense e do município de PIRIPIRI/Piauí a potência da parceria entre a produção de pesquisas – instituições acadêmicas, por exemplo – e as demandas dos serviços, como uma prática colaborativa indispensável para qualidade do campo do cuidado em Saúde Mental. Valorizando a parceria entre universidades e serviços, o próximo capítulo dedica-se a apresentar a construção de uma experiência prática de conhecimento colaborativo.

## **CAPÍTULO 3**

### **A EXPERIÊNCIA NO CAPS BETINHO**

#### **3.1 Contextualização do campo e sensibilização ao tema**

O CAPS no qual foi realizada a intervenção, é um serviço de modalidade II e está localizado no município de Macaé, na região dos Lagos, no interior do Rio de Janeiro. Macaé possui uma população com cerca de 206.728 habitantes. Tratando-se da produção científica na cidade, uma característica importante a ser destacada é que o município possui cerca de 17 Universidades, dentre elas pelo menos quatro são de ensino público: UFF, UFRJ, UNIRIO, UENF<sup>9</sup> e outras de ensino privado como, por exemplo: Estácio de Sá, Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), Salesiana, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Macaé (FAFIMA) e Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). Além disso, muitas dessas universidades possuem graduação em áreas da saúde, onde são oferecidos cursos de: Psicologia (UFF/Rio das Ostras, Salesiana e Estácio/Macaé), Enfermagem (UFF/Rio das Ostras e UFRJ/Macaé), Medicina (UFRJ), Nutrição (UFRJ), entre outros.

Observa-se que o município de Macaé é um vasto campo científico e, esta realidade provocou reflexões que foram discutidas ao longo do trabalho realizado. Alguns dos questionamentos que originaram a proposta de intervenção foram: “Quais relações existem entre os dispositivos de saúde mental, em especial o CAPS Betinho e as universidades ao redor? Como o CAPS se relaciona com a produção de conhecimento científico local?”

A RAPS do município é organizada a partir do “Programa de Saúde Mental” e, dividida a partir dos seguintes dispositivos: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Consultório na Rua, CAPS AD, CAPS II e CAPSI, Núcleo de Saúde Mental (ambulatório) e Hospital de Emergência), Serviço de Residência Terapêutica (SRT), Programa de Tabagismo, Emergência (Unidade de Pronto Atendimento/UPAs, Pronto Socorro/PAM Aeroporto e Hospital Público de Macaé/HPM). Dessa forma, o

---

<sup>9</sup> As siglas correspondem respectivamente à Universidade Federal Fluminense, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade do Rio de Janeiro e Universidade Estadual do Norte Fluminense.

CAPS Betinho, comparado à outros serviços de Saúde Mental que pude conhecer no interior do estado, está inserido em uma rede que se organiza de maneira bem estruturada. O serviço em destaque possui uma equipe técnica com cerca de 21 profissionais, dentre eles estão: Psicólogas, Assistentes Sociais, Técnica de Enfermagem, Enfermeira, Terapeuta Ocupacional, Musicoterapeuta, Técnicos Administrativos, Psiquiatras e Profissionais de Apoio. O dispositivo possui cerca de 400 usuários cadastrados e 50 pacientes em média, permanecem por dia no dispositivo. Quanto ao número de atendimentos diários, o coordenador do serviço destaca que a demanda é constante e extrapola a quantidade de pacientes que permanecem diariamente no serviço.

No CAPS são realizadas atividades a partir de oficinas terapêuticas, sendo esta considerada uma marca característica do cuidado nessas modalidades de serviços. As oficinas são espaços de criação fundamentais na medida em que possibilitam a produção de sentidos e também subjetivação dos usuários, contribuindo desta forma no processo de autonomia. Na maioria dos casos, as temáticas das oficinas refletem interesses e dificuldades dos usuários, e, por essa perspectiva pode-se afirmar que a construção desses espaços demandam protagonismo e um certo caráter de pesquisa participativa. Nesse sentido, fazendo referência ao campo da produção de pesquisa dentro do serviço, observa-se que embora o coordenador relate que há uma parceria muito interessante sendo construída com as Universidades, não existem pesquisas sendo produzidas no CAPS Betinho.

A partir desse dado, foi construída uma proposta de intervenção com o objetivo de desenvolver uma pesquisa participativa e, principalmente produzir um conhecimento colaborativo. A coordenação e a equipe aceitaram a proposta e a intervenção se deu por meio de uma oficina de consenso na qual participaram as alunas da pesquisa relatada anteriormente, a professora Daniela Bursztyn e alguns profissionais da equipe que participaram ativamente da produção de conhecimento.

Como primeira etapa, iniciamos uma discussão a fim de sensibilizar a equipe para o tema da produção de conhecimento compartilhado e, além disso, compreender melhor as relações já estabelecidas entre Universidades e CAPS Betinho. Nessa perspectiva, foi possível identificar os modos pelos quais existe

uma parceria entre Universidades locais e o CAPS, sendo esta parceria considerada pelo atual coordenador do Programa de Saúde Mental bastante íntima e produtiva. Este profissional destaca que tanto as Universidades públicas, em especial a UFRJ e a UFF, quanto também as privadas tem sido bastante presentes, criando encontros sistematizados. Um exemplo disto, se revelou no dia 18 de maio do ano vigente, data de comemoração do dia Nacional da Luta Antimanicomial, quando houve intensa participação de membros das universidades na construção de uma agenda de eventos em memória à esta data.

Além disso, foi relatado que, recentemente, uma professora universitária através de um projeto do edital PET – Saúde fomentou um curso de capacitação para rede assistencial, com o tema relacionado à atuação e manejo da gestão do cuidado em álcool e outras drogas. Durante a discussão outro profissional do serviço relembra um curso de capacitação oferecido pela Universidade para a rede de Saúde do município com o tema: “Redes Vivas e Estratégias de Saúde da Família (ESF)”. Outra iniciativa desenvolvida com parceria entre Universidade e serviço, neste caso, mais especificamente o CAPS AD é o programa da Escola de Redução de Danos.

Um profissional relatou também, um exemplo prático sobre o quanto a parceria entre Universidade e Serviço pode ser fundamental no processo de cuidado de um paciente. A situação apresentada foi de um pedido de internação compulsória de um jovem que fazia uso abusivo de uma determinada droga e a família que não conseguia suportar a situação acionou o Ministério Público. Em meio à essa situação, um agente comunitário da Atenção Básica que aprendeu estratégias de cuidado no curso da Escola de Redução de Danos, questionou a determinação e relatou que de acordo com o conhecimento compartilhado no curso, o jovem não poderia ser internado compulsoriamente, pois o mesmo havia diminuído o padrão de uso. A partir desse relato, o agente começou a movimentar a rede, o CAPS AD realizou uma visita e verificou-se que existia um conflito importante na família, porém o jovem havia diminuído o uso de drogas e, portanto a internação não era uma medida necessária. Esta experiência é um caso concreto de êxito na relação entre a universidade e os serviços de Saúde Mental e ilustra a importância desta parceria.

Outro modelo de parceria ocorre através de estágios nos quais a rede recebe há mais de dez anos, estagiários de psicologia e de enfermagem (em sua grande maioria, pela UFF e UFRJ, respectivamente). Um relato marcante na discussão realizada é de um profissional que observa que o espaço de produção acadêmica dentro do serviço ainda é muito incipiente. Entretanto, a parceria que existe enquanto campo de estágio é bastante potente e benéfica para ambos os lados. Com efeito, o estágio caracteriza uma importante articulação entre a produção de conhecimento da Universidade e a produção de conhecimento do serviço, em outras palavras, o conhecimento colaborativo.

### **3.2 A oficina de Consenso: uma pesquisa colaborativa**

O método escolhido para realização da oficina foi a Técnica Grupo Nominal (TGN) ou também chamada de Oficina de Consenso. É uma metodologia de pesquisa participativa, quanti-qualitativa, bastante utilizada no campo da Saúde Pública, baseada na extração e síntese de informações dos participantes a fim de obter consenso entre especialistas sobre programas, medidas e outros aspectos (DESLANDES, 2008). Consideram-se especialistas não somente àqueles que estão inseridos no meio acadêmico, todavia também àqueles que estão diretamente na prática do campo. “Nesta perspectiva, o conceito de especialista é ampliado, incluindo desde a expertise acadêmica até as pessoas cujas vivências sejam significativas para a questão em foco” (DESLANDES, 2008, p. 443).

De maneira geral, as oficinas são modos de fazer e transmitir algo a partir de uma experiência partilhada (ONOCKO, 2011) e nesse sentido, a oficina de consenso mostrou-se uma ferramenta conveniente e fundamental na medida em que o objetivo foi produzir um conhecimento compartilhado. Foi pedido para que dentre os profissionais do serviço, cerca de 6 pessoas pudessem se disponibilizar e participar da oficina representando toda a equipe diante da proposta de levantar temas relevantes para a produção de conhecimento no CAPS.

A Oficina foi gravada com o consentimento dos participantes, sendo eles: um musicoterapeuta, duas psicólogas, o coordenador do Programa de Saúde Mental, uma assistente social e um psiquiatra. Solicitamos aos

participantes que registrassem em um papel de maneira sigilosa três temas, em formato de palavras ou expressões que são relevantes para o serviço, a partir de demandas identificadas e que poderiam ser exploradas através de parcerias com as Universidades.

Os 18 temas foram recolhidos e expostos para compreensão de todos os participantes à respeito do que cada temática se tratava. Em seguida, foi iniciada uma etapa de discussão e agrupamento dos temas reconhecidos como iguais ou semelhantes. Ao final obtivemos 10 temas de prioridade de pesquisa para o CAPS Betinho:

1. CAPS e ESF (Estratégia de Saúde da Família);
2. O Trabalho do técnico de referência;
3. O trabalho do Psiquiatra no CAPS: Dificuldades para ir além da clínica tradicional;
4. A transformação do CAPS II em CAPS III;
5. Articulação no território;
6. Uso ambulatorial do CAPS;
7. Avaliação do Serviço;
8. Inserção dos familiares no cotidiano do CAPS;
9. Saúde do Trabalhador;
10. Processos de trabalho na Clínica Ampliada.

Cabe pontuar alguns comentários e modificações pertinentes para assimilação e conclusão dos temas finais. O tema “O trabalho do Psiquiatra no CAPS” foi resultado do agrupamento de ideias semelhantes. Na atual discussão, um participante relatou um grande incômodo acerca da sua prática no serviço, ao destacar que infelizmente muitas vezes realiza um trabalho a partir de uma perspectiva tradicional e ambulatorial. Além disso, outro profissional demonstra preocupação em relação à inserção e ao trabalho de novos médicos no serviço, já que existe um risco de perda dos dois psiquiatras que trabalham no dispositivo há muitos anos.

Ao longo da leitura dos temas, o grupo chegou ao consenso de que seria importante que algumas temáticas fossem apresentadas conjuntamente com expressões e questionamentos incitados. Um dos temas que houve bastante repetição e semelhança foi: **“A transformação do CAPS II em CAPS III”**. Desse modo, algumas expressões foram acrescentadas nesta temática e

finalizou-se da seguinte maneira: “O processo de mudança da tipologia de CAPS II em CAPS III; Manejo da crise nos leitos de acolhimento no CAPS III e no PAM-Aeroporto; Como transformar o CAPS II em CAPS III de forma que a comunicação entre a antiga e a nova equipe, consolide relações, a ponto de implementar um CAPS III potente e eficiente? Quais os problemas de um CAPS III que podem ser minimizados ou previamente pesquisados para serem evitados?” (SIC).

Para um dos participantes da Oficina, essa transição de CAPS sugere a necessidade de mudança na cultura do manejo à crise e um grande desafio na gestão do cuidado, visto que com a existência do CAPS III, imediatamente o município de Macaé suspende a internação de pacientes em cidades ao redor, ocorrendo, portanto, o descredenciamento dos hospitais psiquiátricos.

A temática “**Avaliação do serviço**” foi complementada com: “Levantamento dos dados estatísticos do CAPS; A real importância do CAPS Betinho na qualidade de vida dos usuários, como um serviço de substituição dos hospitais psiquiátricos, a partir da lógica de cuidado da reforma psiquiátrica; Infraestrutura e recursos materiais: relação com a gestão municipal para suprir o CAPS de materiais para a clínica, manutenção do imóvel, remuneração dos profissionais, capacitação e etc.” (SIC).

O tema “**A inserção dos familiares no cotidiano do CAPS**” foi agrupado com outro semelhante e o consenso final foi: “A Inserção dos familiares no cotidiano do CAPS: Por quê é tão difícil a inserção dos familiares no CAPS? Será que a dificuldade é do usuário, dos familiares ou da equipe?” (SIC).

Observou-se que haviam alguns temas relacionados ao **uso ambulatorial no CAPS** e nessa etapa da discussão um profissional destaca que pode ser perigoso afirmar que os pacientes que comparecem ao serviço só para os atendimentos médicos se tratam a partir de uma lógica ambulatorial, visto que a intensidade do cuidado é definida pelo próprio usuário. Para ilustrar essa ideia, este profissional relata que recentemente participou de um encontro para discutir um caso no qual era refletida a inserção de um paciente no CAPS que até certo momento não tinha participação nas oficinas. No entanto, com a discussão foi possível perceber que o usuário possuía uma riqueza na relação com o território que extrapolava a permanência dele no dispositivo. Ou seja,

para este profissional não é correto afirmar que pacientes que somente frequentam ao tratamento médico estão fazendo uso ambulatorial no serviço CAPS. Através de contribuições como essa o grupo elaborou o tema da seguinte maneira: “Uso ambulatorial do CAPS: Identificar maiores informações sobre os usuários que não aderem ao CAPS em atividades para além do atendimento médico. Quais os motivos e qual o papel do CAPS nesses casos? Por que os usuários muitas vezes frequentam apenas o tratamento psiquiátrico, fazendo do CAPS um uso ambulatorial?” (SIC).

Outra temática elaborada foi “**Processo de trabalho na Clínica Ampliada**: Organização do tempo dos profissionais; Como articular a ideia da Clínica Ampliada, da compreensão do tempo dos usuários, do trabalho de criação e manutenção do vínculo terapêutico e o trabalho no território com toda a demanda que recebemos sem acabar com uma agenda rígida?” (SIC).

O tema: “**Saúde do trabalhador**” foi complementado com: “Relações de trabalho; Estratégias dos profissionais para lidar com as dificuldades do trabalho; Valorização do profissional; Síndrome de Burnout; Falta de reconhecimento da condição de insalubridade por parte da prefeitura.” (SIC).

Ao final desta etapa foi solicitado aos participantes que escrevessem em um papel os temas identificando entre eles, uma hierarquia de acordo com a prioridade de cada um para o serviço. Obteve-se a seguinte classificação de temas prioritários:

1. Articulação no território
2. Transformação do CAPS II em CAPS III
3. Avaliação de Serviço
4. CAPS e ESF
5. Inserção dos Familiares
6. Uso Ambulatorial do CAPS
7. Processos de Trabalho
8. O Trabalho do Psiquiatra no CAPS
9. Trabalho do Técnico de referência
10. Saúde do Trabalhador

Na última etapa da oficina foram debatidos os possíveis desdobramentos desta intervenção colaborativa. Um dos pontos de partida para a discussão foi pensar sobre de que maneira seria possível construir



parceria com as universidades a fim de trabalhar estes temas prioritários para o CAPS Betinho. A partir dessa proposta foi relatada **a importância da participação dos estagiários dentro do serviço** como uma forma de produzir trabalhos sobre os temas prioritários. Um profissional relatou que há cada dois anos ocorre um fórum de Saúde Mental no município e, que nesse sentido, poderia aproveitar essa oportunidade e fomentar trabalhos e discussões sobre os temas levantados.

Além disso, outro profissional destacou que ele acredita que alguns dos temas selecionados são demandas muito mais direcionadas às discussões entre a própria equipe com **parceria para supervisões clínicas** e, nessa perspectiva, destacou a importância da construção de parcerias para o tema nomeado como “Uso Ambulatorial do CAPS.”

O coordenador do Programa de Saúde Mental coloca que há um movimento do próprio programa em **solicitar contrapartidas das Universidades, já que a rede é apropriada como campo de estágios e experiências**. É relatado que alguns médicos do programa possuem uma redução da carga horária para realização de função de preceptoria. Também existe a expectativa de que a partir do segundo semestre deste ano haja um aumento das parcerias com as Universidades, possibilitando maior colaboração para com os serviços. Outra vez é destacada **a importância da realização de supervisão Clínico-Institucional**, prática esta que é em muitos municípios condição para o funcionamento do CAPS, e, infelizmente nunca houve no CAPS Betinho.

Segundo os encaminhamentos da discussão, a relação entre serviços de saúde mental e universidades podem se estreitar na medida em que enquanto os dispositivos oferecem campos de estágio, as universidades podem oferecer pesquisas e atividades colaborativas, como houve destaque, por exemplo, para a possibilidade de supervisões Clínico-Institucional. Além disso, houve diálogo sobre a necessidade de haver uma contrapartida diária e, nesse caso, os estágios são importantes estratégias de contrapartida, visto que o aluno é uma forma de aproximar a Universidade da realidade do serviço.

Alguns participantes da Oficina destacaram que foi uma intervenção produtiva, pois a mesma contribuiu para provocar uma série de reflexões nos profissionais envolvendo o tema da produção de conhecimento no seu campo

de trabalho e reflexões em torno das práticas cotidianas, atravessamentos e dificuldades.

É fundamental nos apropriarmos do fato de que a Universidade Pública é sustentada pelo tripé: Ensino, Pesquisa e Extensão (SIEUTJES, 1999), e, limitando-se ao aspecto de extensão, dentre milhares de considerações a respeito disso, está a necessidade de criação de projetos de extensão. Sendo assim, uma das bases de sustentação da Universidade é o modo de relacionamento entre Universidade e sociedade. A extensão é, portanto uma ferramenta de disseminação dos conhecimentos produzidos pela Universidade e, nesse sentido “(...) os conhecimentos ou técnicas a serem disseminados precisam representar uma diferença significativa na vida das pessoas ou de parte da sociedade para que haja interesse genuíno em sua transferência” (SIEUTJES, 1999, p. 109).

Conclui-se que esta intervenção permitiu realizar uma pesquisa participativa e, principalmente colaborativa na medida em que foi estabelecida maior clareza quanto às prioridades e demandas de produção de conhecimento no serviço e, além disso, valorizou-se parcerias entre as produções científicas da Universidade e o campo da Assistência em Saúde Mental. A expectativa é de que este trabalho contribua para a criação de novas parcerias e pesquisas colaborativas, tendo como incentivo à busca pelo atendimento de demandas no campo da assistência e a valorização da produção de conhecimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na revisão bibliográfica realizada, foi possível perceber que durante toda a história da Saúde Mental a participação social foi mecanismo fecundo para construções de possibilidades potentes nas políticas públicas e no campo do cuidado. Nesse sentido, o processo de produção de conhecimento no campo da Atenção Psicossocial deve acompanhar as transformações da realidade em questão e integrar a participação social e o protagonismo de usuários nas metodologias de pesquisas, disseminando os avanços da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Apesar do reconhecimento de pesquisas participativas sendo desenvolvidas em saúde mental, a realização deste trabalho permitiu identificar e problematizar as lacunas existentes entre a produção de conhecimento científico e as demandas que resultam da prática dos trabalhadores, usuários e gestores que compõem os serviços públicos de saúde. Ao longo da discussão, observou-se que alguns impasses no desenvolvimento de pesquisas na área da saúde evidenciam uma cisão entre teoria e assistência. Tornou-se necessário, então, incitar e expandir reflexões sobre estratégias nas quais prática e teoria, ou seja, pesquisa e assistência sejam caminhos indissociáveis na realidade dos serviços e dos meios de produções científicas.

Para discutir a redução desta lacuna, indicou-se a metodologia canadense *Knowledge Translation* (Conhecimento Compartilhado) como estratégia e política de pesquisa de viés colaborativo, cujo processo inclui todas as partes envolvidas (pesquisadores, profissionais, usuários, gestores, a comunidade, etc.) na produção de conhecimento no campo da saúde pública. Essa importante iniciativa mostrou que a produção e difusão de conhecimento a partir de um processo colaborativo são apostas potentes capazes de superar as barreiras que atravessam o cuidado na atenção psicossocial.

Dessa maneira, é preciso fomentar a criação de uma política de pesquisa para a rede de saúde mental no Brasil que possa trabalhar uma agenda de temas prioritários ao campo, valorizando não somente a produção de conhecimento, mas principalmente estratégias de conhecimento compartilhado.

A intervenção participativa no CAPS, por meio de uma Oficina de Consenso com alguns profissionais do serviço permitiu uma grande aproximação com prática do estudo discutido e, além disso, colaborou para o serviço através da elaboração de temas de prioridades de pesquisa. Sendo assim, estima-se que esta pesquisa colaborativa realizada fomente novas parcerias na produção do conhecimento e, em consequência na produção do cuidado. Em suma, que este trabalho monográfico provoque novas condições e possibilidades para a construção de políticas públicas em saúde mental sensíveis ao campo da produção de conhecimento e das práticas colaborativas entre instituições de pesquisa e dispositivos de Atenção Psicossocial.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. Coord. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998;

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007;

ANTUNES, S.M.M. de O.; QUEIROZ, M. de S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 207–215, jan. 2007. <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01127.pdf> Acesso em: 10 abr. 2017;

BARRETO, J. O.; SOUZA, N. M. Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri-Piauí. **Ciênc. Saúde coletiva** [online]. vol.18, n.1, p. 25-34, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232013000100004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232013000100004&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em: 02 mai. 2017;

BEZERRA, J. R. B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: **Rev. Saúde Coletiva**, v.17, n.2, p.243-250, 2007. <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf> Acesso em: 25 abr. 2017.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, n. 2, p. 456-468, 2008. [http://www.foz.unioeste.br/mural2009/arquivos/cad\\_ssude\\_-\\_saude\\_mental.pdf](http://www.foz.unioeste.br/mural2009/arquivos/cad_ssude_-_saude_mental.pdf) Acesso em: 18 abr. 2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Brasília, 2011. <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00180.pdf> Acesso em: 5 mai. 2017;

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. [http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd\\_18.pdf](http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf) Acesso em: 16 mar. 2017;

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Cartilha: Rede de Atenção Psicossocial, 2001. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca\\_raps\\_rede\\_atencao\\_psicossocial.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf) Acesso em: 05 mar. 2017;

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa e Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília, 2016.

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf> Acesso em: 7 mar. 2017;

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. 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. Brasília, novembro 2005.

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)

Acesso em: 8 mar. 2017;

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Saúde Mental em dados – 12, ano 10. Brasília, 2015. <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf> Acesso em: 10 abr. 2017;

BURSZTYN, D. C.; DEGALDO, P. G. Conhecimento compartilhado e estratégias colaborativas de pesquisa na atenção psicossocial. **Rev. Ecos- Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, (prelo) 2017;

CAVALCANTI, M. T. Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 13, n. 2, p. 541-542, 2015. <http://www.scielo.br/pdf/tes/v13n2/1981-7746-tes-13-02-0541.pdf> Acesso em: 24 abr. 2017;

COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde e Sociedade**. v. 21, n. suppl. 1, p. 138-151, 2012. <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/12.pdf> Acesso em: 18 abr. 2017;

CRUZ, S. R.; BASTOS B. F. E. Política pública de saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS. **VII Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação**. Palmas/TO, 2012. <http://propi.iftto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/2842/1827> Acesso em: 8 mar. 2017;

COSTA, A. M. N.; DIAS, D. R. **Qualidade faz a diferença: métodos qualitativos para pesquisa em psicologia e áreas afins**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio: São Paulo: Edições Loyola, 2013;

DELGADO, P. G. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: **Rev. de Saúde Coletiva**. v. 25, n.1, p. 13-18, 2015. <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00013.pdf> Acesso em: 3 abr. 2017;

\_\_\_\_\_. O desafio da produção de conhecimento sobre a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 2, p. 312, 2015. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0312.pdf> Acesso em: 5 abr. 2017;

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1975;

\_\_\_\_\_. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva; 2005;

\_\_\_\_\_. O uso dos prazeres e o cuidado de si. In: **Ética, sexualidade e política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004e. (Ditos & Escritos, v. 5), 1983;

FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. O. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, n.11, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100022> Acesso em: 16 jan. 2017;

GRAHAM, Ian D. et al. Lost in knowledge translation: time for a map?. **Journal of continuing education in the health professions**, v.26, n.1, p. 13-24, 2006. [https://www.mcgill.ca/mqhrq/files/mqhrq/graham\\_2006\\_lost\\_in\\_knowledge\\_translation.pdf](https://www.mcgill.ca/mqhrq/files/mqhrq/graham_2006_lost_in_knowledge_translation.pdf) Acesso em: 20 fev. 2017

JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R. F.; **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2014;

LANCETTI, A.; **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2011;

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/27.pdf> Acesso em: 29 abr. 2017;

PASSOS, E.; PALOMBINI, A. L.; CAMPOS, R. O. Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**. v. 3, n. 1, p. 4-17, 2013. <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/1110> Acesso em: 27 abr. 2017;

PEREIRA, E. C.; COSTA-ROSA, A. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde e Sociedade**. v. 21, n.4, p.1035-1043, 2012. <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a20.pdf> Acesso em: 26 mar. 2017;

PRESOTTO, R. F.; SILVEIRA, M.; DELGADO, P. G. G.; VASCONCELOS, E. M. Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. **Revista: Ciência & saúde coletiva**. v.18, n.10, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000008> Acesso em: 16 mai. 2017;

ROLIM, L. B. CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde debate**. v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013. <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf> Acesso em: 9 abr. 2017;

SLEUTJES, M. H. S. C. Refletindo sobre os três pilares de sustentação das universidades: ensino-pesquisa-extensão. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: v.33, n. 3, p. 99-111, maio/jun.,1999. <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7639/6177> Acesso em: 10 abr. 2017.



## **ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Venho por meio deste, convidá-lo (a) a participar e contribuir, como integrante de uma atividade de pesquisa cuja metodologia será baseada na Técnica de Grupo Nominal (TGN) ou Oficina de Consenso. Esta pesquisa será realizada pela graduanda em psicologia Carolina dos Santos Bianchini, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Daniela Costa Bursztyn, com o intuito de subsidiar seu trabalho de monografia para conclusão de Curso de graduação em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense em Rio das Ostras.

A pesquisa tem como finalidade sensibilizar um grupo de profissionais da equipe do CAPS Betinho, do município de Macaé acerca da produção de conhecimento no campo da Atenção Psicossocial, recolhendo temas prioritários de pesquisa que possam contribuir com as demandas e os interesses do serviço.

Para que tais objetivos sejam alcançados, você será convidado a escrever temas de pesquisa que julga serem prioritários para o serviço, podendo contribuir de maneira positiva para o mesmo. Deixamos claro que todos os dados pessoais dos participantes serão confidenciais. Não haverá nenhum encargo financeiro relacionado à contribuição para a pesquisa. Você tem o direito de desistir da oficina à qualquer momento, e, também ter acesso aos resultados da mesma se assim desejar. Os resultados desta pesquisa serão apresentados no trabalho monográfico e/ou disseminados através de publicação em periódico acadêmico-científico.

Sua participação é de suma importância para a pesquisa, visto que os conhecimentos adquiridos através desta oficina vão contribuir para a temática da produção de conhecimento no campo da Atenção Psicossocial. Desde já, agradecemos sua participação e para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Carolina Bianchini pelo telefone (22) 99842-9552 ou pelo e-mail: carolina-bianchini@hotmail.com, ou com a coordenadora da pesquisa, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Daniela Bursztyn pelo email: danielacb@id.uff.br.

### **CONSENTIMENTO PÓS- INFORMAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos da atividade de pesquisa descrita acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desta oficina sem nenhum tipo de remuneração. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido tal como o contato da equipe de pesquisa para posteriores esclarecimentos se necessário.

Assinatura participante: \_\_\_\_\_

Assinatura pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura do coordenador da pesquisa: \_\_\_\_\_

Macaé, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.