



Saúde Mental e Interprofissionalidade: experiência de Betim, Minas Gerais,

Brasil

Mental Health and Interprofessionality: Betim experience, Minas Gerais, Brazil

Salud mental e interprofesionalidad: Betim experience, Minas Gerais, Brasil

Dirley Lellis dos Santos Faria

Celina Maria Modena

Instituto René Rachou – FIOCRUZ, Belo Horizonte, MG, Brasil.

João Leite Ferreira Neto

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Kênia Lara Silva

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Resumo

O modelo da Atenção Psicossocial trouxe novas formas de organização do trabalho em saúde mental. O objetivo desse estudo foi compreender a dinâmica de trabalho em equipe multiprofissional desenvolvido nos serviços de Betim/MG. O referencial metodológico se baseou na pesquisa qualitativa. Foram realizadas entrevistas narrativas e grupo focal. Sob a orientação da hermenêutica-dialética, foram construídas três categorias de análise: construção do processo de trabalho - aspectos históricos e atuais; trabalho em equipe e repercussões nas profissões; desafios do trabalho. O trabalho na Saúde Mental tem sido desenvolvido por equipes multidisciplinares, numa proposta de organização interprofissional. Os trabalhadores puderam reconstruir lugares identificatórios distintos de suas categorias específicas. Embora reconheçam que o trabalho em equipe e os dispositivos de reflexão coletiva são essenciais para sustentação do modelo, há desafios que comprometem o cuidado e provocam sofrimento no trabalhador, indicando a necessidade de investimento em Educação Permanente em Saúde.

Palavras-chave: Saúde Mental; Educação Permanente; Equipe Interdisciplinar de Saúde.

Abstract

The Psychosocial Care model brought new forms of work organization in mental health. The aim of this study was to understand the dynamics of multiprofessional teamwork developed at Betim / MG services. The methodological framework was based on qualitative research. Narrative interviews and focus group were conducted. Under the guidance of dialectical hermeneutics, three categories of analysis were constructed: construction of the work process

- historical and current aspects; teamwork and repercussions on the professions; job challenges. The work in mental health has been developed by multidisciplinary teams, in a proposal of interprofessional organization. Workers were able to reconstruct identifiable places distinct from their specific categories. Although they recognize that teamwork and collective reflection devices are essential to support the model, there are challenges that compromise care and cause suffering in workers, indicating the need for investment in Permanent Health Education.

Keywords: Mental Health; Permanent Education; Interdisciplinary Team of Saúde.

Resumen

El modelo de Atención Psicosocial trajo nuevas formas de organización del trabajo en salud mental. El objetivo de este estudio fue comprender la dinámica del trabajo en equipo multiprofesional desarrollado en los servicios de Betim / MG. El marco metodológico se basó en la investigación cualitativa. Se realizaron entrevistas narrativas y grupos focales. Bajo la guía de la hermenéutica dialéctica, se construyeron tres categorías de análisis: construcción del proceso de trabajo: aspectos históricos y actuales; trabajo en equipo y repercusiones en las profesiones; retos laborales. El trabajo en salud mental ha sido desarrollado por equipos multidisciplinares, en una propuesta de organización interprofesional. Los trabajadores pudieron reconstruir lugares identificables distintos de sus categorías específicas. Aunque reconocen que el trabajo en equipo y los dispositivos de reflexión colectiva son esenciales para respaldar el modelo, existen desafíos que comprometen la atención y causan sufrimiento a los trabajadores, lo que indica la necesidad de invertir en Educación Permanente en Salud.

Palabras clave: Salud Mental; Educación Permanente; Equipo Interdisciplinario de Saúde.

Introdução

O modelo de Atenção Psicossocial trouxe uma inversão na organização do processo de trabalho em Saúde Mental (SM). Com a Reforma Psiquiátrica, passou-se ao desenvolvimento do trabalho em equipe, com uma dinâmica interdisciplinar e horizontal, primando pela

construção coletiva dos processos de trabalho (Sampaio, Guimarães, Carneiro & Garcia Filho, 2011).

Propõe-se que as equipes deixem de ser um conjunto de categorias específicas para formarem um coletivo, responsável por atender às diferentes demandas e dimensões dos sujeitos em sofrimento mental. Nessa perspectiva, os

conceitos de interdisciplinaridade e interprofissionalidade são centrais para os processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Portaria nº 3.088, 2011).

Muitas vezes, esses termos são usados como sinônimos, sendo necessário, para sua melhor compreensão, distinguir as palavras “disciplina” e “profissão”. Disciplina é recorte ou domínio de informação técnica ou científica; profissão é recorte de ofício, de poder de exercício formal de uma ocupação. Disciplina, portanto, é domínio de conhecimento; profissão é habilitação de exercício ocupacional (Ceccim, 2018).

A interdisciplinaridade surge como consequência da complexidade do conhecimento, sendo concebida como saída para os impasses e as fragmentações dos saberes especializados da ciência moderna. Busca a integração e interação entre as diferentes áreas de conhecimento

e/ou disciplinas (Pereira, 2008; Ceccim, 2018).

A concepção de interprofissionalidade nasce no âmbito da formação de profissionais da saúde. A Educação Interprofissional em Saúde tem como princípios criar contextos de aprendizagem em que os trabalhadores da saúde aprendam conjuntamente sobre o trabalho, sobre as especificidades de cada profissão e função, sobre a integração dos saberes e sobre a ampliação do olhar sobre o cuidado aos pacientes (Oliveira & Daltro, 2020). Nesse sentido, interdisciplinaridade e educação interprofissional não são conceitos equivalentes por dizerem respeito, respectivamente, à esfera das disciplinas e áreas de conhecimento e à esfera das práticas profissionais colaborativas na equipe de saúde (Lima, Ribeiro, Padilha & Mourthé Júnior, 2018).

Ceccim (2017) define interprofissionalidade como uma condição

de práticas colaborativas entre os profissionais da saúde. Citando Campos (2000) e sua concepção de campo e de núcleo, Ceccim nos fala de um “núcleo comum” às profissões.

Núcleo e campo são conceitos-ferramentas. O núcleo demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional, e o campo, um espaço de limites imprecisos no qual cada disciplina e profissão buscam, em outras, apoio para cumprirem suas tarefas teóricas e práticas (Campos, 2000). As atividades relacionadas ao campo são de caráter interdisciplinar; tanto o núcleo quanto o campo são mutantes e se influenciam mutuamente.

Para Ceccim (2017), a interprofissionalidade incluiria tudo aquilo que podemos desenvolver como “núcleo comum”, tudo aquilo que podemos realizar mediante apoio ou aquilo para o qual não temos autonomia, exceto quando executado junto a outros membros de uma

equipe. Assim, o “núcleo comum” reúne as categorias profissionais em grupos de compartilhamento, submetido a práticas colaborativas emergentes em cada agrupamento real, cada singular processo de construção de trocas, apoio, compromissos e estratégias visando ao maior acolhimento, maior resolutividade e “segurança do paciente” (Ceccim, 2018). A sobreposição, a intersecção e mesmo a identidade entre os conhecimentos e fazeres das várias categorias desenham interprofissionalidades “globais” (o comum das profissões) e “locais” (o comum emergente do agir protegido entre pares da ação do trabalho), somente “reais” no mundo do trabalho.

A colaboração interprofissional é, essencialmente, “co-laboração”, ou seja, é trabalho com e entre muitos, não sendo “algo simples”. Para o funcionamento efetivo em equipe, baseado em profunda colaboração interprofissional, a deliberada vontade e orientação de seus integrantes é

necessária, mas não suficiente. É fundamental a instauração de ambiente democrático e de mecanismos institucionais que garantam espaços intraequipes, que permitam o florescimento de práticas fundadas na cooperação entre saberes e ações (Furtado, 2007).

Frente ao exposto, buscou-se neste estudo compreender a dinâmica de trabalho em equipes multiprofissionais desenvolvida em serviços de saúde mental do município de Betim/MG.

Percurso metodológico

Este estudo foi sustentado na abordagem qualitativa orientada pela perspectiva hermenêutica-dialética, a partir da concepção de Minayo (2014). Para a autora, a combinação entre estes dois movimentos filosóficos faz a síntese dos processos compreensivos e críticos. Ambas partem do pressuposto de que o

investigador e o participante da pesquisa são expressões de seu tempo e de seu espaço cultural.

O cenário do estudo foi o município de Betim/MG, que tem uma população de 427.146 pessoas (IBGE, 2017) e está localizado a 30 km de Belo Horizonte. A partir da década de 90, teve um papel pioneiro na Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), pela implantação de uma rede de serviços substitutivos aos manicômios.

A rede de Saúde Mental de Betim busca oferecer as várias linhas de cuidado requeridas pelo portador de sofrimento, conforme preconizado pela RAPS. Em 2017, havia três CAPS para o atendimento de adultos, dois dos quais tipo III e um tipo I, um CAPSad tipo III, um CAPSi, um centro de convivência e três moradias protegidas. Ademais, contava também com 13 profissionais da SM na Atenção Básica referenciando 17 unidades.

Foram utilizados entrevistas narrativas e grupos focais como estratégias

metodológicas. Foram entrevistados 22 profissionais de diferentes categorias, bem como realizados dois grupos focais, com participantes inseridos em diferentes locais de trabalho (CAPS III, CAPS I, CAPS ad, CAPSi, Centro de Convivência, Residência Terapêutica, Unidade Básica), conforme

especificados na Tabela 1. Importante mencionar que os locais de trabalho não foram identificados para assegurar o anonimato dos participantes, conforme acordado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tabela 1: Caracterização dos Participantes

Símbolo	Profissão	Sexo	Tempo de serviço na SM	Entrevista narrativa	Grupo Focal	Grupo focal 'narrativo'
A1	Auxiliar de enfermagem	Feminino	10 anos	X	X	
A2	Auxiliar de enfermagem	Feminino	22 anos	X		
A3	Auxiliar de enfermagem	Feminino	16 anos	X		
A4	Aux. de enf. oficinaira	Feminino	4 anos	X	X	X
AH1	oficineira	Feminino	22 anos	X		X
T1	Técnico de enfermagem	Feminino	10 anos	X		
T2	Técnico de enfermagem	Feminino	5 anos		X	
E1	Enfermeira	Feminino	10 anos	X		
E2	Enfermeira	Feminino	22 anos	X		
E3	Enfermeira	Feminino	23 anos		X	
AS1	Assistente Social	Feminino	9 anos	X		
AS2	Assistente Social	Feminino	24 anos	X		
AS3	Assistente Social	Feminino	18 anos		X	X
AS4	Assistente Social	Feminino	6 anos	X		
P1	Psicólogo	Feminino	9 anos	X	X	X
P2	Psicólogo	Masculino	20 anos	X		X
P3	Psicólogo	Feminino	23 anos	X		X
PA1	Psiquiatra	Feminino	14 anos	X		
PA2	Psiquiatra	Masculino	21 anos	X		X
PA3	Psiquiatra	Feminino	23 anos		X	

PA4	Psiquiatra	Masculino	21 anos	X		
TO1	Terapeuta Ocupacional	Feminino	22 anos	X		X
TO2	Terapeuta Ocupacional	Feminino	10 anos	X		
TO3	Terapeuta Ocupacional	Masculino	8 anos		X	X
TO4	Terapeuta Ocupacional	Feminino	6 anos	X		X
F1	Farmacêutico	Feminino	21 anos	X		
F2	Farmacêutico	Feminino	9 anos	X		
F3	Farmacêutico	Feminino	10 anos		X	

Fonte: Dados da pesquisa.

O critério de inclusão dos participantes exigiu ser funcionário efetivo da RAPS de Betim, com um percurso na mesma. Foram, então, entrevistados profissionais de nível superior e técnico, com mais de 15 anos de trabalho em SM, em sua maioria. As entrevistas foram realizadas presencialmente, no local de trabalho, pela primeira autora. O contato com as pessoas entrevistadas foi realizado pessoalmente ou por meio telefônico. As entrevistas foram realizadas entre 2017 e 2018. Cada trabalhador(a) foi convidado(a) a narrar, livremente, sobre seu processo de formação em Saúde Mental. Segundo Onocko Campos et al. (2013), as narrativas

dão um sentido às histórias vividas, buscando a compreensão das mesmas.

O primeiro grupo focal foi realizado no final de 2017, com a participação de duas pesquisadoras (mediadora e observadora do grupo), com duração de duas horas, em ambiente próprio para reuniões da equipe de saúde do município. Foram levantadas questões sobre o tema “Formação em Saúde Mental” para mobilizar a discussão, tais como: “Vocês se sentiam preparados para o trabalho em Saúde Mental quando iniciaram? Ao longo da formação profissional de vocês, quais momentos consideram importante para o trabalho na saúde mental?”

Durante o processo de pesquisa, foi utilizado o critério de saturação, finalizando a coleta quando os temas se tornaram repetitivos e as informações suficientes para a investigação (Minayo, 2014).

O primeiro grupo focal e as entrevistas foram transcritas, buscando ser o mais fiel possível à forma como cada participante se expressou. Foram realizadas várias leituras do material, buscando entender os textos “neles mesmos” (Minayo, 2014). Esse exercício permitiu apreender as ideias centrais e elencar os temas abordados.

Na análise, procuramos compreender o consenso dos trabalhadores acerca do processo de trabalho em SM, bem como seus aspectos históricos. Também buscamos compreender os diversos sentidos expressados, embora conscientes de que estes estão sempre abertos em várias direções (Gadamer, 1997). Em seguida, destacamos os

dissensos, as contradições e os conflitos que marcavam as narrativas.

A análise, então, se ancorou na apreensão das narrativas em seu movimento contraditório, tendo em conta de que os profissionais entrevistados pertencem a um grupo de trabalho com uma ideologia denominada “antimanicomial”, mas que são também condicionados pelo momento histórico, pelo contexto vivido, tendo interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem (Minayo, 2014).

As categorias de análise foram definidas a partir do diálogo entre os conteúdos e a revisão de literatura, sendo apresentadas neste artigo as seguintes: 1) Construção do processo de trabalho: aspectos históricos e atuais. 2) Trabalho em equipe e repercussões nas profissões. 3) Desafios do trabalho. O tema interprofissionalidade apareceu como um eixo transversal, perpassando as três

categorias e será o objeto de discussão neste artigo.

No processo final da pesquisa foi construída uma narrativa comum a partir de todos os temas analisados. Essa narrativa foi apresentada, em julho de 2019, ao segundo grupo focal, sendo que todos os participantes da pesquisa foram convidados para o mesmo. Os integrantes do grupo puderam retificar, discutir e validar a narrativa construída. Assim, coube a esse grupo interpretar e legitimar a mesma, constituindo o que Gadamer (1997) conceitua de “círculo hermenêutico”. Nesse processo, os sujeitos da pesquisa “passaram duas vezes pelo mesmo lugar, mas o fizeram em atitudes diversas, compreendendo de maneira sempre ampliada” (Onocko Campos, 2013; p.270). Os demais participantes receberam por email a mesma narrativa e puderam também retificar e validar a mesma.

A pesquisa aqui apresentada se desenvolveu no âmbito de investigação de

doutorado da primeira autora e foi aprovada pelos comitês de ética da Prefeitura de Betim/MG e do Instituto René Rachou - FIOCRUZ/MG (CAAE-68499517.6.0000.5091), não havendo conflitos de interesses e nem financiamento externo.

Resultados e Discussão

Construção do Processo de Trabalho:

Aspectos Históricos e Atuais

No município implantou-se uma lógica de organização do trabalho a partir do acolhimento, definição de Técnicos de Referência (TR), discussão coletiva de casos clínicos de maior complexidade e trabalho em rede intersetorial. Isso se iniciou em 1994, quando foi criado o primeiro CAPS; “(...) com o processo de discussão da Reforma Psiquiátrica, o CERSAM... começou a ser referenciado com esse nome: CERSAM (Centro de

Referência em Saúde Mental) (...) a própria SM foi se formatando de uma forma do modelo {do município} de Santos, que era todo mundo atender” (AS2).

Segundo Amarante(2012), a Reforma Psiquiátrica assumiu repercussão nacional com a intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos na Casa de Saúde Anchieta, em 1989, e a subsequente criação de dispositivos antimanicomiais na cidade. A experiência santista se tornou a mais importante do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, inspirando várias experiências conduzidas por todo o país e o projeto de lei Paulo Delgado (Ferreira Neto, 2017; Sampaio & Bispo Junior, 2021). Betim/ MG foi um dos municípios brasileiros a implantarem serviços substitutivos ao manicômio inspirado nessa experiência.

Os serviços no município foram constituídos por equipes multiprofissionais, com atividades que

deveriam ser desempenhadas por todos os técnicos de nível superior (acolhimento, plantão, atendimento à crise, referência técnica de usuários, discussão e construção de projetos terapêuticos, entre outros). Os profissionais passaram a ter um “núcleo comum” de atividades, necessitando de colaboração para realizar suas novas funções, numa perspectiva de trabalho integrado e interprofissional, como apontado por Ceccim (2017, 2018).

Mesmo tendo a figura essencial do TR, os trabalhadores apontaram a importância do estabelecimento de vínculos dos usuários com diferentes profissionais, pontencializando vários espaços de circulação (oficinas, assembleias, passeios, entre outros).

O cuidado em SM foi compreendido pelos trabalhadores na relação entre usuários e profissionais, na intersubjetividade, no “corpo a corpo”, isto é, no contato próximo e cotidiano, sendo necessária a escuta subjetiva de cada um,

pela equipe. Nesse sentido, os trabalhadores aprenderam que é necessário que todos tenham “tato” (A1), “manejo” (A2): “saber escutar, ouvir... se permitir encontrar com o outro” (T2). Para tanto, se faz necessário estabelecer relações horizontais, como nos narra uma oficinaira: “o usuário conta coisas que no consultório do psicólogo ele não conta.” (AH1). Ou seja, diferentes espaços e diferentes relações produzem diversas formas de cuidado.

Podemos compreender o trabalho em SM como interdisciplinar e interprofissional. Interdisciplinar, na medida em que pressupõe conhecimentos provenientes de várias ciências, bem como conhecimentos populares e conhecimentos tácitos; interprofissional, pois pressupõe a co-laboração entre os trabalhadores, o fazer compartilhado e integrado (Ceccim, 2018).

Segundo Abrahão, Azevedo & Gomes (2017), o encontro entre os

trabalhadores, entre os diferentes saberes em circulação produz cuidado e também novos conhecimentos, uma vez que conseguem extrair da experiência aprendido e inovações tecnológicas, num processo de educação permanente. Tal dinâmica foi observada neste estudo.

Eu acho que tem um ganho, que é da SM, que é a participação na reunião de equipe, a participação no plantão como um todo. Essa coisa de estar junto ali discutindo quais os pacientes que deveriam ser buscados naquele dia, participação na equipe, na construção do caso. Entender porque o TR optou por colocar o paciente na permanência dia. Eu acho que a equipe de enfermagem tem algo que é do olhar cotidiano, de vê aquele paciente todo dia, e poder dizer coisas... que é desse observar. (T1).

A partir da compreensão de como os trabalhadores se organizaram para realizar o cuidado, reconhecemos a integralidade e o cuidado ancorado numa concepção ampliada de saúde, bem como o trabalho em equipe interprofissional permitindo a atenção às necessidades dos usuários de forma contextualizada (Peduzzi, 2017).

O Trabalho e as Repercussões nas Profissões

No cotidiano dos serviços, os trabalhadores têm aprendido muito a partir das trocas interprofissionais, estabelecendo relações que permitem recombinações de saberes e práticas: “Eu acho que é isso o objetivo do CAPS. A gente vai trocando experiência com a especialidade de cada um. (...) A gente aprende com as outras profissões.” (AS1). Podemos dizer que os trabalhadores de Betim vivenciam o processo de Educação Permanente em

Saúde (EPS), considerando o trabalho como fruto da interação dos profissionais da equipe entre si e com os usuários (Ceccim, 2018).

Segundo Ayres(2004, p.24), o tomar para si determinadas responsabilidades na relação com o outro envolve questões identificatórias: “perguntar acerca de por que, como e quanto se é responsável por algo é como se perguntar quem se é, que lugar se ocupa diante do outro”. Os relatos dos trabalhadores do estudo nos permitem compreender suas reflexões sobre tais questões.

(...) eu não tinha formação em psicologia, então eu não sentia apta a fazer atendimentos dos casos. Eu acolhia os casos, eu participava dos plantões, mas eu tinha o meu campo de atividades que eram as reuniões de família, atividades com os pacientes, atividades extramuros, contato com o Centro de

Convivência, em reunião de familiares. E os acolhimentos na urgência, que eu participava como plantonista. Mas eu não atendia casos. Às vezes eu me colocava como técnico de referência, isso passou ser até discussão, então teve gente que falava assim: “Então você vai ser técnico de referência e o caso é com o psicólogo”. Isso, obviamente, gerava uma grande confusão, porque o projeto do caso se mistura na escuta do atendimento e acaba que não dava muito certo. Depois apareceu: “Os casos de oligo pode ser dela”. Eu falei: “Espera aí. Eu não vim aqui pra atender oligo. Eu vim pra ser assistente social”. Eu ia sempre marcando um pouco esse lugar da minha profissão. (AS2)

Para muitos entrevistados, o trabalho se estabelece num limite impreciso entre a especificidade, a

identidade profissional e os papéis atribuídos ao coletivo da equipe. Eles se identificam, muitas vezes, como “trabalhadores da SM”. O terapeuta ocupacional, por exemplo, já não se reconhece como aquele profissional responsável por manter o paciente ocupado, como era nos hospitais psiquiátricos:

O SUS me contratou para eu ser uma terapeuta ocupacional. E eu vim com esta intenção, com esta ideologia. Hoje, eu não me sinto mais terapeuta ocupacional... Eu acho que eu fui. (...) E isto traz uma série de questões pra mim, porque existe um papel que é esperado do terapeuta ocupacional, que é o papel de quem vai ajudar a pessoa a ser autônoma nas atividades concretas do dia a dia. Espera-se que o terapeuta ocupacional faça oficina produtiva com os pacientes. (...) Hoje, uma oficina de produção

não é o que eu sei dar de melhor.

(TO2)

De acordo com Sampaio e cols. (2011) e Almeida & Trevisan(2011), a noção de “atividade” na SM foi ressignificada e o *setting* terapêutico ampliou-se para o território, assim como foram apresentados novos referenciais teóricos condizentes com a proposta de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

A equipe de enfermagem também inventou novas formas de atuar, ampliando a visão para outros horizontes. Para além do “olhar e vigiar”, os auxiliares e técnicos descobriram que é possível escutar e aprender com as sutilezas do outro: “(...) O principal da saúde mental é a escuta. Se não tiver você não aprende. Aprendi ouvindo, observando, pegando pequenas brechas do paciente. Ele tem uma parte sensível que a gente consegue lidar.” (A3)

Os enfermeiros passaram a exercer funções diversas, para além de supervisionar a equipe.

Eu já não estava conseguindo ficar só ali no posto de enfermagem vendo aquelas questões, até porque o trabalho flui numa outra lógica (...). Hoje eu assumo o plantão, eu acompanho casos, eu cuido da enfermagem o quanto eu posso, faço atividades na Permanência Dia. O enfermeiro aqui, ele diversificou muito, sabe? (E1)

A ação da enfermagem psiquiátrica se concretizava prevalentemente no campo administrativo, de forma burocrática e baseada no modelo biológico. De acordo com outros estudos (Silva & Fonseca, 2005; Silva, Diniz, Costacurta & Bueno, 2009), o novo modelo de atenção provocou um rompimento nessa postura, fato confirmado neste estudo.

Mesmo profissões mais tradicionais como a psiquiatria sofreram modificações,

embora um dos entrevistados ainda a reconheça como um fazer “mais engessado” (PA3). Os psiquiatras pontuaram que o trabalho em equipe foi o que mais possibilitou estas mudanças: “Mas esse tipo de clínica, eu ia aprender aqui. Eu fui entender que não bastava este cabedal de saber psiquiátrico, médico, né! Saber fazer um bom diagnóstico nosológico, psicopatológico, de saber prescrever e tal”. (PA2)

A interprofissionalidade, portanto, não aniquila as profissões, antes aperfeiçoa e eleva suas competências e habilidades a patamares distintos. “(...) É justamente porque mais profissionais sabem (vêm a saber) que uma categoria pode saber mais e é desafiada a saberes mais profundos. (...)” (Ceccim, 2017, p. 51).

No entanto, outro psiquiatra entrevistado marcou certo limite permitido pela própria equipe para essas mudanças, pois, ao sair de uma postura médica tradicional, a equipe não o reconheceu:

O psiquiatra... tinha que esperar o veredicto dele, mesmo que ele não estivesse na equipe. Tinha que esperar o veredicto dele, porque o psiquiatra tal não estava pra dar o veredicto. Eu falava: -“Mas eu estou aqui, ué!”. Entendeu? Eu via que eu não representava o discurso da psiquiatria que se nomeava “Os psiquiatras”. Entende? Porque eu me desvestia disso, eu fazia de tudo. (PA4)

Os relatos informam dois aspectos da organização do trabalho interprofissional: o reconhecimento da transformação do escopo de práticas de todas as profissões, ao mesmo tempo em que há, ainda, um reforço do fazer médico tradicional. Importante considerar que essa evidência se revela pelo discurso do psiquiatra ao mencionar que os outros profissionais esperam o médico para dar o “veredicto”.

As evidências do estudo indicam uma contradição entre o discurso da interprofissionalidade, que exige relações horizontalizadas, e a postura médico-centrada. Nesse contexto, pode-se analisar que há vários determinantes para este processo. Entre eles, o desafio de se romper radicalmente com a identidade médica, aspecto esperado para a conformação de um “campo” comum, em que não há fronteiras entre as profissões. Podemos reconhecer o quanto é difícil para cada um romper com padrões com os quais construiu sua própria identidade profissional, ficando num lugar de desconforto, de ‘não saber’ quando o outro colega sai do lugar esperado, mesmo que teoricamente se lutasse por isto.

Segundo Koda e Fernandes(2007), o trabalhador sofre uma experiência de desenraizamento ao ver sua identidade profissional ser colocada em questão. Ao construir um trabalho mais articulado com profissionais de outras áreas,

reassignificando o seu próprio saber, rompe com práticas tradicionalmente instituídas e reproduzidas nos cursos de formação e suas referências identificatórias são questionadas. As fragilidades suscitadas podem ser vividas como ameaças.

Neste contexto, podemos dizer como Oliveira e Daltro (2020), que há um conjunto de fatores que emerge como reais impeditivos para uma práxis em equipe interprofissional, sendo necessário, portanto, serem trabalhados em dispositivos de EPS, como, por exemplo, em supervisões clínico-institucionais. Entendemos EPS como aprendizagem no trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem. Nesse sentido, o aprender e o ensinar deve se incorporar ao cotidiano das organizações de saúde (Brasil, 2009).

Os profissionais farmacêuticos também narraram mudanças. Ainda que suas funções continuem sendo “muito técnicas”, afirmam que ao trabalhar em equipe sofreram transformações: “Eu fui aprendendo algumas coisas. E fui me modificando no rigor... Eu tinha que sair do preto e do branco, aquela coisa da faculdade” (F1). Ao estar dentro do serviço, participando das discussões e reuniões, esse profissional também pode ampliar sua visão sobre o cuidado: “a partir do momento que a gente está lá, a gente passa a ter esta visão do cuidado, da escuta e passa a ser um elemento desta escuta também. (...) eu participo das discussões de casos com a equipe.” (F3)

Também o psicólogo ampliou seu cabedal de atuação: “Durante muito tempo a gente fez um trabalho muito individual. A gente atendia no ambulatório (...). Depois de algum tempo a gente começou a fazer umas práticas em grupo. Uma pessoa foi fazer assembleia, eu fui fazer oficinas.”

(P2). O psicólogo passou a atender casos graves, crises, que muitas vezes ficavam, exclusivamente, a cargo da psiquiatria.

Segundo Ferreira Neto(2010, 2017), no caso do psicólogo, encontramos inicialmente as deficiências de uma formação clínica baseada num modelo liberal-privado de consultório, que não o preparava para o novo modelo de SM. No entanto, sua entrada no SUS introduziu perspectivas de uma clínica ampliada. Constatamos nesta pesquisa a atenção dos psicólogos para as questões sociais, políticas e culturais, além dos aspectos subjetivos.

O assistente social também foi convocado a sair do seu núcleo específico e a responder por questões de outra ordem. Isto não foi sem conflitos:

(...) aquela angústia que eu tinha no início de achar que eu não conseguiria contribuir com o caso porque eu não sou psicóloga, né? Então assim, isso também é uma

coisa que tem um processo de amadurecimento meu, de saber que minhas contribuições também podem gerar um processo de mudança naquele sujeito. (AS2)

Segundo Robaina (2010), verificam-se duas matrizes de atuação no serviço social em SM: uma identificada com a atividade clínica, que deixa um pouco de lado o mandato social da profissão — para a autora, tal adesão advém da crise de identidade do assistente social numa área em que as demais categorias profissionais são formadas para a clínica. A outra perspectiva refere-se àquela atuação que preserva a identidade desse profissional e sua autonomia técnica, sem negar a interdisciplinaridade, buscando contribuir no campo teórico-prático para a identificação dos determinantes sociais, das particularidades de como a questão social se expressa no âmbito da saúde mental.

No CAPS você trabalha como técnico de referência, os profissionais fazem a mesma coisa. Mas na prática, você vê que você vai puxar mais pra sua profissão. É lógico que a minha visão é mais pro social. Então, os casos que eu acompanho, são os casos que a questão social chama a minha atenção. [...] a minha escuta é uma escuta mais pro lado do social, não posso falar que uma escuta da psicologia, que não é. As intervenções são diferentes, sim. (AS1)

Os achados permitem constatar a existência das duas matrizes de atuação na trajetória dos assistentes sociais participantes do estudo, que foram juntamente com outros profissionais construindo um lugar híbrido de “trabalhadores da SM”. Com isso, podemos considerar a existência de uma contínua reconstrução das identidades

profissionais, envolvendo sentimentos, pensamentos, disputas e comportamentos dos trabalhadores (Oliveira, Leme & Godoy, 2009; Ceccim, 2018; Oliveira E Daltro, 2020).

Desafios do Trabalho

A precarização do trabalho, a falta de condições adequadas, um número insuficiente de trabalhadores, o excesso de encargos e responsabilidades, o aumento da demanda, o adoecimento e a falta de investimento da gestão foram apontados pelos entrevistados como desafios para a sustentação da RAPS de Betim/MG. A seguinte narrativa retrata a realidade vivida:

Hoje em dia a gente tem uma demanda gigante e o mesmo RH. A gente está num momento de sobrecarga... Eu acho que a gente antes preocupava em discutir na região. A gente tinha tempo pra

isso. Hoje a gente não discute caso nenhum, só quando é... um caso mais grave. (...) a gente perdeu todas as parcerias: por exemplo, a secretaria de esportes tinha oficinas aqui... Tinha oficina na biblioteca pública. Então a gente foi perdendo todas essas parcerias. E ao mesmo tempo aumentando a demanda. Isso vai desgastando muito o trabalhador. (TO4)

Retrata-se a falta de investimento institucional causando sofrimento nos próprios trabalhadores: “Tá difícil demais, não tem gente pra trabalhar. As funcionárias vivem com problemas de saúde. Se fala, cai numa coisa muito ampla. O país está difícil! Mas antes do país estar, nós começamos a ficar.” (F1)

Os estudos de Ramminger & Brito (2008), Oliveirae cols. (2009), Ribeiro (2015), Anjos Filho & Souza (2017), Machado (2020), Sampaio e Bispo Júnior (2020)apontaramque a implantação da rede

substitutiva ao manicômio não se constituiu prioridade nos orçamentos públicos, com reflexos na estrutura das instituições e nas condições de trabalho, trazendo sofrimento para os trabalhadores.

Como é difícil fazer esse trabalho com a nossa equipe! E como é difícil fazer este trabalho com a gente mesma! Da gente se sentir motivada no lugar de trabalho. E da gente, mesmo não estando tão motivado, ter que ajudar a equipe a se manter motivada, a cuidar do outro, porque o cuidado cansa, né?
(TO2)

Observamos sentimentos de tristeza, exaustão e impotência caminhando lado a lado com a exigência de acolhimento e resolução de problemas complexos de forma criativa e entusiasmada, criando uma situação paradoxal e conflitiva.

Merhy(2013) descreve o trabalho nos CAPS como algo árduo, com intensa

demanda de múltiplos cuidados, o que faz o trabalhador experimentar sentimentos intensos e antagônicos, cobrando de si mesmo e da equipe uma disponibilidade e abertura permanentes, difícil de sustentar, sobretudo para aqueles que ofertam seu trabalho vivo para vivificar o sentido da vida do outro.

Mesmo reconhecendo a importância do trabalho em equipe, os profissionais de Betim/MG têm enfrentado desafios para realizá-lo de forma colaborativa. Alguns serviços não alcançam a integração dos trabalhadores recém-chegados na mesma dinâmica construída anteriormente:

E outro espaço, que eu acho que a gente tem que valorizar muito, porque cada vez mais eu vejo um risco disso acabar, com estas novas turmas que vem, é o espaço da reunião clínica. Ouço muito pessoal falando: “Para que é que existe esta reunião? Vamos trabalhar que é

melhor”. Então assim, as pessoas mais novas não têm esta dimensão de como que este espaço é importante para a formação, tanto clínica e de um conhecimento coletivo mesmo, construção de casos e tal, quanto de ações políticas. (P3)

Os estudos de Ramminger & Brito (2008) e de Silva & Costa (2008) também perceberam este fenômeno: de um lado, profissionais experientes, que fizeram a opção por atuarem em um modelo assistencial e acreditaram no trabalho que estavam desenvolvendo; de outro lado, profissionais sem experiência do campo da saúde mental, que, muitas vezes, foram formados num modelo uniprofissional e não aprenderam o trabalho em equipe. O confronto entre os dois gera dificuldades de integração e insegurança no agir.

Um ponto importante, que também deve ser considerado, segundo Ramminger & Brito (2008), é o campo de

disputas políticas em que os trabalhadores exercem suas atividades: “o discurso médico-psiquiátrico versus o discurso da reforma psiquiátrica”. Essa disputa levou os trabalhadores de SM de Betim a exercerem “uma militância” para defenderem um novo modo da sociedade relacionar com a loucura. Ao longo dos anos, com a ampliação e com a entrada de profissionais formados em períodos em que os movimentos de reforma já se encontravam institucionalizados nos serviços, apareceram dificuldades de integração entre esses trabalhadores.

Sabemos que na Atenção Psicossocial são imprescindíveis momentos de reflexão e de avaliação para a integração e clareza do trabalho desenvolvido, bem como para o desenvolvimento profissional, num processo de EPS. Verificamos, no entanto, que os espaços reflexivos conquistados, outrora, estão sendo fragilizados. Parece haver uma tensão entre a demanda

crescente e a necessidade de discussão e planejamento. O excesso de trabalho tem concorrido para um clima de impaciência entre os trabalhadores. Embora tenhamos encontrado profissionais com trajetória de investimento na formação e no trabalho, contraditoriamente, os percebemos desgastados e em sofrimento.

À vista disso, o SUS vem sofrendo cortes financeiros desde 2016 e mais acentuadamente no atual governo. Um novo cenário característico de uma agenda de Estado mínimo tem dificultado a sustentação da RPB. Vivemos um cenário adverso para a Política Brasileira de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, decorrente dos movimentos retrógrados contra-reformistas, sendo que as Comunidades Religiosas (chamadas eufemisticamente de terapêuticas) têm retomado o lugar do manicômio e os hospitais psiquiátricos, por sua vez, foram reafirmados como serviços da RAPS (Batista Araújo & Cassoli, 2020; Machado, 2020; Oliveira & Szapiro, 2020).

Os achados deste estudo indicam que continua sendo fundamental o investimento em ações de EPS para o trabalho interprofissional e a luta pela sustentação do modelo de atenção psicossocial.

Considerações Finais

O município de Betim/MG foi vanguarda na sustentação do modelo de Atenção Psicossocial e adquiriu importantes conhecimentos para o trabalho em equipe interprofissional. No processo de construção dos serviços estabeleceram-se dispositivos essenciais para o cuidado integral dos usuários. Nesta trajetória de construção, os profissionais puderam reconstruir lugares identificatórios distintos dos seus núcleos específicos, compartilhando com as demais categorias novas funções e adquirindo outras competências, sem, no entanto, perder a

contribuição da sua profissão, embora isso não tenha sido sem sofrimento.

A história recente tem trazido diversos desafios: os trabalhadores percebem um aumento importante na demanda, bem como na complexidade dos casos. No entanto, vivenciamos um retrocesso nas políticas públicas, especialmente da saúde, acarretando perdas importantes de dispositivos de inclusão social, número insuficiente de trabalhadores, enfraquecimento de práticas coletivas e colaborativas de reflexão do trabalho e de Educação Permanente.

Entendemos que esse trabalho contribuiu para ampliar a memória do movimento da RPB através da experiência de Betim/MG, importante cenário desse movimento, ressaltando que a formação em Saúde Mental requer uma educação interprofissional. Demonstrou a importância do trabalho interprofissional e da Educação Permanente como instrumentos potentes no fortalecimento do

modelo de Atenção Psicossocial, no enfrentamento da nossa complexa conjuntura e na produção de um sistema de saúde equânime.

Referências

- Abrahão, A. L., Azevedo, F. F. M. & Gomes, M. P. C. (2017). A produção do conhecimento em Saúde Mental e o processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial. *Trabalho Educação Saúde*, 15(1), 55-71. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/tes/a/n5SsHRx4Wdg5HMp7vJ67yjt/?format=pdf&lang=pt>
- Almeida, D. T. & Trevisan, E. R. (2011). Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. *Interface*, 15(36), 299-307. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Skn4jbQLSq8MzwLW6vw7kWs/?lang=pt&format=pdf>
- Amarante, P. D. C. (2012). Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. Em L. Giovanella (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ed. (pp. 635-655) Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Anjos Filho, N. C. & Souza, A. M. P. (2017). A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface*, 21(60), 63-76. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YkCPK8>

- [N7DMfyNcG8G63L9MP/abstract/?lang=pt](https://www.scielo.br/j/pcp/a/JLZCLZb7xptjLFJtQPGL3mg/abstract/?lang=pt)
- Ayres, J. R. C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade* [online], 13(3), 16-29. DOI: [10.1590/S0104-12902004000300003](https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003)
- Batista Araújo, J. & Cassoli, T. (2020). Reabilitação psicossocial: entre a segurança e ética da existência. *Rev. Polis e Psique*, 10(3), 52-76. DOI: 10.22456/2238-152X.90746
- Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Recuperado de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mvLNphZL64hdTPL4VBjnrLh/abstract/?lang=pt>
- Ceccim, R. B. (2017). Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. In R. F. C. Toassi (org.). *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* [recurso eletrônico]. 1.ed. (pp. 49-67). Porto Alegre: Rede Unida. Recuperado de: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/183942/001064798.pdf>
- Ceccim, R. B. (2018). Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface*, 22(2), 1739-1749. DOI: 10.1590/1807-57622018.0477.
- Ferreira Neto, J. L. (2010). A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 30(2), 390-403. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/JLZCLZb7xptjLFJtQPGL3mg/abstract/?lang=pt>
- Ferreira Neto, J. L. (2017). *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. 2ª ed. ampliada. São Paulo: Escuta.
- Furtado, J. P. (2007). Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface*, 11(22), 239-255. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/icse/a/NMxT747jtM8xfpFsxWshvvt/abstract/?lang=pt>
- Gadamer, H. G. (1997). *Verdade e método*. Petrópolis: Vozes.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. (2017). *Brasil em Síntese / Minas Gerais*. Brasília: IBGE. Recuperado de: <https://www.ibge.gov.br/>
- Koda, M. Y. & Fernandes, M. I. A. (2007). A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1455-1461. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/csp/a/GQ4qsFGjPND9FQjxVgJN47Q/abstract/?lang=pt>
- Lima, V. V., Ribeiro, E. C. O., Padilha, R. Q., Mourthé Júnior, C. A. (2018). Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. *Interface*, 22(2), 1549-1562. DOI: 10.1590/1807-57622017.0722
- Machado, C. V. (2020). A Reforma Psiquiátrica Brasileira: caminhos e desafios. *Saúde em Debate*. 44(3), 5-8. DOI: 10.1590/0103-11042020E300
- Merhy, E. E. (2013). Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In T. B. Franco, E. E. Merhy. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade*

- em saúde* – Textos reunidos. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec.
- Oliveira, G. M. & Daltro, M. R. (2020). ‘Coringas do cuidado’: o exercício da interprofissionalidade no contexto da saúde mental. *Saúde em Debate*, 44(3), 82-94. DOI: 10.1590/0103-11042020E309
- Oliveira, E. & Szapiro, A. (2020). Porque a Reforma Psiquiátrica é possível. *Saúde em Debate*, 44(3), 15-20. DOI: 10.1590/0103-11042020E302
- Oliveira, T. T. S. S., Leme, F. R. G., Godoy, K. R. G. (2009). O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. *Mental*, 7(12), 119-138. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272009000100007&script=sci_abstract
- Onocko Campos, R. et al. Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- Peduzzi, M. (2017). Educação Interprofissional para o Desenvolvimento de Competências Claborativas em Saúde. In R. F. C. Toassi (org.) *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* [recurso eletrônico]. 1.ed. (pp. 49-67). Porto Alegre: Rede Unida.
- Pereira, I. B. (2008). Interdisciplinaridade. In Pereira, I. B. & Lima, J. C. F. *Dicionário da Educação Profissional*. 2 ed. Ampliada. Rio de Janeiro, BR: EPSJV, FIOCRUZ. Recuperado de: <https://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>
- Portaria nº 3.088. (2011, 23 dezembro). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, No. 251, Brasília-DF. Recuperado de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Ramminger, T. & Brito, J. C. (2008). O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. *Revista brasileira de saúde ocupacional*, 33(117), 36-49. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/MxSr8KLxBCny7hSvNSnLhyJ/abstract/?lang=pt>
- Ribeiro, M. C. (2015). Trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de Alagoas, Brasil: interstícios de uma nova prática. *Interface*, 19(52), 95-107.. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/icse/a/dLFVCBBLB6Z7hfmVbTHtYdN/abstract/?lang=pt>
- Robaina, C. M. V. (2010). O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. *Serviço Social e Sociedade*, 102, 339-335. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/93KsjnBWthCBWJcd7fL57pP/abstract/?lang=pt>
- Sampaio, M. L. & Bispo Junior, J. P. (2021). Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 19. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00313
- Sampaio, J. J. C., Guimarães, J. M. X., Carneiro, C. & Garcia Filho, C. (2011). O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(12), 4685-4694. Recuperado de:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/8zxxknp8BqQ7V7wgHTf6fjp/?lang=pt>

Silva, A. L. A. & Fonseca, R. M. G. S. (2005). Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Revista Latino-americana de Enfermagem* [online], 13(3), 441-49. Recuperado de: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000300020

Silva, E. A. & Costa, I. I. (2008). Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go. *Psicologia em Revista*, 14(1), 83-106. Recuperado de:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v14n1/v14n1a06.pdf>

Silva, S. S., Diniz, A. S., Costacurta, M. R. R. & Bueno, S. M. V. (2009). O enfermeiro na promoção da saúde mental dos indivíduos: aspectos históricos. *Revista de Enfermagem Hereditaria*, 2(2), 99-104. Recuperado de: <http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2009/febrero/salud%20mental.pdf>

Dirley Lellis dos Santos Faria é Psicóloga Clínica. Trabalhadora da Saúde Mental. Possui mestrado em psicologia Social pela UFMG. Doutoranda em Saúde Coletiva pela FIOCRUZ/MG.

Email: dirleylellis@yahoo.com.br

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5089-8160>

Celina Maria Modena possui Pós-Doutorado em Saúde Coletiva pela Fiocruz-MG, Doutorado em Ciências pela UFRRJ, graduação em Psicologia pela UFMG e graduação em Medicina Veterinária pela UFRGS. É orientadora de mestrado e doutorado do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área

Ciências Humanas e Sociais em Saúde, da Fiocruz-Minas.

Email: celina.modena@fiocruz.br

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5035-3427>

João Leite Ferreira Neto é graduado em Psicologia pela UFMG. Possui mestrado em Filosofia pela UFMG, doutorado em Psicologia Clínica pela PUC-SP e pós-doutorado em Psicologia Social pela UERJ. Professor adjunto IV do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e técnico superior de saúde da Prefeitura de Belo Horizonte. Bolsista do CNPq

Email: jleitefn@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3900-508X>

Kênia Lara Silva possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais, Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais e Doutorado pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE). Bolsista do CNPq.

Email: kenialara17@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3924-2122>

Submissão: 28/08/2019

1ª avaliação: 28/04/2021

2ª avaliação: 13/10/2021

Aceite: 18/11/2021