

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Christiane Mery Costa

OS SENTIDOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE  
PARA O TRABALHO EM REDE:  
análise de uma experiência na Rede de Atenção Psicossocial do município de São Paulo

Rio de Janeiro

2019

Christiane Mery Costa

OS SENTIDOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE  
PARA O TRABALHO EM REDE:  
análise de uma experiência na Rede de Atenção Psicossocial do município de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola Politécnica  
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito  
parcial para obtenção do Título de Mestre em  
Educação Profissional em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Felipe Rangel de Souza  
Machado

Coorientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de  
Carvalho Amarante

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

C837s Costa, Christiane Mery  
Os sentidos da educação permanente em saúde para o trabalho em rede: análise de uma experiência na Rede Psicossocial do município de São Paulo / Christiane Mery Costa. - Rio de Janeiro, 2019.  
100 f.

Orientador: Felipe Rangel de Souza Machado  
Coorientador: Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

1. Educação Permanente. 2. Educação Permanente em Saúde. 3. Sistemas de Apoio Psicossocial. 4. Saúde Mental. 5. Rede de Atenção à Saúde. I. Machado, Felipe Rangel de Souza. II. Amarante, Paulo Duarte de Carvalho. III. Título.

CDD 374

Christiane Mery Costa

OS SENTIDOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE  
PARA O TRABALHO EM REDE:  
análise de uma experiência na Rede de Atenção Psicossocial do município de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola Politécnica  
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito  
parcial para obtenção do Título de Mestre em  
Educação Profissional em Saúde

Aprovada em 13/06/2019

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>ta</sup>. Dra. Francini Lube Guizardi - FIOCRUZ BRASÍLIA/DIREB

---

Prof. Dr. José Roberto Franco Reis - FIOCRUZ/COC

---

Prof. Dr. Felipe Rangel de Souza Machado - FIOCRUZ/ENSP

---

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante - FIOCRUZ/ENSP

*Aos meus pais, Joaquim e Elia (in memoriam),  
que me ensinaram o respeito e o convívio que  
são os balizadores do meu fazer diário.  
Aos meus filhos, Jonas e Guilherme: assisto  
com grande alegria à transformação de  
meninos em homens.  
À Fernanda, que sustenta minhas angústias  
cotidianas com amorosidade.  
À minha querida Silvana Rabello (in  
memoriam), de quem guardo a saudade da  
risada contagiante.  
Continuamos firmes no trabalho...*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus orientadores, Felipe e Paulo, que ouviram muitas histórias e as fizeram ter sentido, conduzindo com generosidade os atalhos pelo caminho que escolhi.

Aos professores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, que, de formas diversas, nos levaram a conhecer, aprender, ampliar, significar, questionar e repensar a educação profissional em saúde.

Aos meus colegas do curso, participantes ativos de meu processo de aprendizagem, pela constante colaboração e participação nas construções em sala de aula (e fora dela).

Agradeço à Laura Santucci e Myres Cavalcanti a confiança e autonomia para estruturar o Projeto Rede Sampa.

Aos parceiros de trabalho da Escola Municipal de Saúde de São Paulo e das Escolas Regionais.

Com um carinho muito especial, agradeço às queridas companheiras das empreitadas cotidianas: Claudia Abreu, Liane Nishi, Teresa Endo, Carmem T. Gonçalves Trautwein, Claudia Ruggiero Longhi, Cecília Assumpção.

Aos Coordenadores dos Cursos Ianni, Eroy, Paulo, Julieta, empenhados amorosamente no trabalho. Aos docentes dedicados e parceiros muito queridos: Cris, Daniela, Mario, Jaqueline, Patrícia, Simone, Tatiana, Adriana M., Aline, Luca, Liandro, Jenny, Laura, Miriam, Pedro, Adriana B., Andrea A., Bruna, Maria Antonieta, Andrea D.

*A pluralidade humana, condição básica da ação e do discurso, tem o duplo aspecto da igualdade e diferença. Se não fossem iguais, os homens seriam incapazes de compreender-se entre si e aos seus antepassados, ou de fazer planos para o futuro e prever as necessidades das gerações vindouras. Se não fossem diferentes, se cada ser humano não diferísse de todos os que existiram, existem ou virão a existir, os homens não precisariam do discurso ou da ação para se fazer entender. Com simples sinais e sons poderiam comunicar as suas necessidades imediatas e idênticas.*

*Ser diferente não equivale a ser outro - ou seja, não equivale a possuir essa curiosa qualidade de «alteridade», comum a tudo o que existe e que, para a filosofia medieval, é uma das quatro características básicas e universais que transcendem todas as qualidades particulares. A alteridade é, sem dúvida, um aspecto importante da pluralidade; é a razão pela qual todas as nossas definições são distinções e o motivo pelo qual não podemos dizer o que uma coisa é sem a distinguir de outra.*

*Na sua forma mais abstrata, a alteridade está apenas presente na mera multiplicação de objetos inorgânicos, ao passo que toda a vida orgânica já exhibe variações e diferenças, inclusive entre indivíduos da mesma espécie. Só o homem, porém, é capaz de exprimir essa diferença e distinguir-se; só ele é capaz de se comunicar a si próprio e não apenas comunicar alguma coisa - como sede, fome, afeto, hostilidade ou medo. No homem, a alteridade, que ele tem em comum com tudo o que existe, e a distinção, que ele partilha com tudo o que vive, tornam-se singularidades e a pluralidade humana é a paradoxal pluralidade dos seres singulares.*

*Hannah Arendt, in 'A Condição Humana'*

## RESUMO

O presente estudo procurou analisar a relevância das ações de Educação Permanente em Saúde para o alinhamento conceitual e o fortalecimento do trabalho em rede com vistas à integralidade do cuidado. A análise foi realizada a partir da descrição de um projeto de educação permanente em saúde ocorrido no município de São Paulo, que teve por objetivo o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, além da apreciação de entrevistas com os profissionais participantes das ações educacionais concretizadas no projeto. Trata-se de pesquisa qualitativa, com abordagem hermenêutica e utilização da metodologia construcionista social. Procurou-se abordar os fenômenos interacionais e o compartilhamento de saberes ocorridos nos percursos formativos e discutir a importância das interações dialógicas para o aprimoramento da organização da rede de cuidados e a produção de sentido na validação das práticas de trabalho. Identificou-se a necessidade de manter espaços facilitadores de atividades cujo objetivo seja a realização de alinhamento entre os profissionais que atuam em distintos pontos de atenção acerca do cuidado aberto e comunitário preconizado pela atenção psicossocial, bem como do acolhimento ao sofrimento psíquico como experiência constituinte da vida dos sujeitos. As atividades de Educação Permanente em Saúde possibilitaram o estímulo ao entendimento de conceitos e práticas nos encontros e contribuíram para o intercâmbio de *saberes e fazeres*, de experiências potentes desenvolvidas pelos profissionais, para a ativação da rede de cuidados informal e formal constituída nos territórios e para a disseminação da atenção psicossocial como modelo ético de cuidado integral baseado na escuta e no acolhimento.

Palavras-chave: Atenção Psicossocial. Educação Permanente em Saúde. Rede de Atenção à Saúde. Saúde Mental.

## **ABSTRACT**

The present study sought to analyze the relevance of the Permanent Health Education actions for the conceptual alignment the strengthening of networking with a view to the integrality of the care. The analysis was realized from the description of a project of permanent health education that happened in the county of São Paulo which had the as an objective the fortification of psychosocial attention network besides the appreciation of interviews with the professionals participating in the educational actions implemented in the project. It is a qualitative research, with hermeneutics approach and the use of the social constructionist methodology. We sought to address the interactional phenomena and the sharing of knowledge that occurred in the formative pathways and discuss the importance of the dialogic interactions for the enhancement of the care network organization and the making of meaning in the validation of work practices. It was identified the necessity of maintaining spaces that facilitate activities aimed at achieving alignment between the professionals that act in different points of attention about open and community care advocated by psychosocial attention, as well as the acceptance of psychological suffering as a constituent experience of the subjects lives. The Permanent Health Education activities enabled the stimulation of the understanding of concepts and practices in the meetings and contributed to the exchange of knowledge and practice, powerful experiences developed by the professionals for the activation of the informal and formal care network constituted in the territories and for the dissemination of the psychosocial attention as an ethical model of integral care based on listening and welcoming.

**Keywords:** Psychosocial Attention. Permanent Health Education. Health Care Network. Mental Health.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Rede de atenção à saúde mental .....	38
Figura 2 – Identidade Visual.....	57
Figura 3 – Áreas Temáticas.....	57
Figura 4 – Circularidade.....	73

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Comparativo entre o modelo técnico assistencial manicomial e psicossocial .....	33
Quadro 2 - Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial .....	40
Quadro 3 – Elementos constituintes das Práticas Discursivas.....	48
Quadro 4 - Quantitativo de turmas e participantes dos cursos do Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana .....	64

## LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde  
AVA – Ambiente Virtual de Aprendizagem  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CER – Centro Especializado em Reabilitação  
CGR - Colegiado de Gestão Regional  
CIB - Comissão Intergestores Bipartite  
CIES - Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço  
DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde  
EMS – Escola Municipal de Saúde  
EMSR – Escola Municipal de Saúde Regional  
EPS – Educação Permanente em Saúde  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
MS – Ministério da Saúde  
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental  
NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial  
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
ONU – Organização das Nações Unidas  
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde  
PAREPS - Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde  
PET- Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde  
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde  
PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem  
PROFAPS - Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde  
Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde  
PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica  
PRS – Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
RAS – Redes de Atenção à Saúde  
SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa  
SGETS – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
SICONV - Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse do Governo Federal  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

Una-SUS - Universidade Aberta do SUS

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

## SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO .....	12
1. CAMINHOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS ...	17
1.1 .....A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	18
1.2 ABORDAGENS TEÓRICAS SOBRE EPS .....	24
1.3 A EPS COMO ESPAÇO DE DESENVOLVIMENTO DA AÇÃO COMUNICATIVA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	26
2. A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL NA CONSTITUIÇÃO DOS REPERTÓRIOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: O TEMPO LONGO .....	30
2.1 DO MANICÔMIO À REDE – MUDANÇA DE PARADIGMAS.....	33
2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A LUTA ANTIMANICOMIAL.....	36
2.3 OS DISPOSITIVOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	41
3. METODOLOGIA.....	43
3.1 O CONSTRUCIONISMO SOCIAL COMO OLHAR DA PESQUISA.....	43
3.2 O CONSTRUCIONISMO SOCIAL E A OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA....	46
3.3 CAMINHOS, TRILHAS E PERCURSOS METODOLÓGICOS .....	48
4. DESCRIÇÃO DO PROJETO REDE SAMPA - SAÚDE MENTAL PAULISTANA (PRS) – O TEMPO VIVIDO .....	52
4.1 A ELABORAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DO PROJETO.....	57
4.2 CONSTRUINDO O DIÁLOGO COM A REDE DE TRABALHADORES.....	60
5. OS SENTIDOS DA FORMAÇÃO PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – O TEMPO CURTO .....	65
5.1 REPERTÓRIOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	66
5.2 REPERTÓRIOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	74
5.3 REPERTÓRIOS DA REDE DE CUIDADOS .....	78
6. CONCLUSÃO.....	83
REFERÊNCIAS .....	87
APÊNDICES E ANEXOS .....	90
APÊNDICE I - ROTEIROS DE ENTREVISTAS:.....	91
APÊNDICE II – INSTRUMENTAL PARA A IDENTIFICAÇÃO DAS PRINCIPAIS NECESSIDADES DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL.....	93
ANEXO I – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	98

## I - INTRODUÇÃO

A implantação de modelos de atenção e gestão em saúde tem na formação dos trabalhadores uma operação estratégica para a estruturação de serviços e ações de acordo com as diretrizes estabelecidas. Ao longo da história recente da saúde pública no Brasil, a formação complementar à educação formal dos trabalhadores tem sido desenvolvida em atividades de educação continuada ou de educação permanente em saúde.

O termo educação continuada se desenvolve relacionado a programas educacionais implantados de modo verticalizado, com a adoção de ações centradas em treinamentos segmentados por categorias profissionais, muitas vezes distanciados da prática e das necessidades de saúde das populações atendidas. Este tipo de capacitação foi amplamente utilizado na década de 1970 e demonstra afinidade com o modelo de atenção biomédico, baseado na queixa-conduta, com foco na atenção hospitalar (VIEIRA et al., 2006).

Já o termo educação permanente em saúde relaciona-se a formação e qualificação dos trabalhadores com vistas à adequação dos processos de trabalho das equipes às necessidades de saúde da população. Sua adoção ocorre em período concomitante ao movimento de Reforma Sanitária, que promove uma ampliação da concepção do processo saúde-doença, considerando as influências não somente dos fatores biológicos, mas também de suas determinações históricas, sociais e culturais.

Em meados de 1980, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) passou a recomendar a reestruturação dos métodos de ensino-aprendizagem voltados à formação dos trabalhadores e à adoção de processos educativos de tipo permanente, que promovessem a adesão dos trabalhadores ao modelo de atenção em uma perspectiva interdisciplinar e territorial.

A educação permanente em saúde (EPS) é adotada como política pública pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), em 2004, e passa a ser compreendida como componente estratégico para "a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho" (BRASIL, 2009, p. 20). A mudança propôs que os processos educativos se inserissem de forma orgânica nas unidades de saúde, reconhecendo e concedendo lugar privilegiado ao trabalho não apenas como locus de aprendizagem, mas como produtor de saber.

No final de 2010, o Ministério da Saúde passa a recomendar a adoção de um modelo de coordenação de serviços e ações em Redes de Atenção à Saúde. De acordo com a Portaria

nº 4.279, de 30/12/2010, “as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Mendes (2011) destaca que a necessidade de intervir na fragmentação dos serviços, como descrito na Portaria, tem por imperativo a disponibilidade de recursos, melhoria no acesso, estruturação de sistemas de integração, definição de territórios e níveis de atenção.

No entanto, para além da integração por meio de sistemas, é necessário que outro tipo de rede se estabeleça: uma rede que conecte os profissionais, constitua entre eles o diálogo necessário à articulação entre os pontos de atenção e possibilite a definição dos fluxos assistenciais e o estabelecimento de projetos terapêuticos que ultrapassem os limites da unidade de saúde, estendendo-se para os territórios de vida.

Esta nova conformação deve impactar as metodologias educacionais voltadas à formação e à qualificação dos trabalhadores, que precisam ampliar a problematização dos processos de trabalho para abordar os modos de cuidado em rede. O enfoque na integração e articulação entre pontos de atenção lança o desafio de fomentar redes de conversação entre os atores que discutam a responsabilização no estabelecimento da integralidade e as estratégias do cuidado centrado nas necessidades singulares dos sujeitos e também dos coletivos.

É necessário colocar em pauta na rede territorial a discussão acerca dos paradigmas sobre os quais se fundamenta o trabalho em saúde, sob quais modelos de cuidado, quais concepções de sujeito, de território se definem as práticas adotadas pelos trabalhadores. A elaboração coletiva desses pressupostos serve ao alinhamento de uma base de conversação, reconhecendo o papel integrador do diálogo entre os profissionais.

A valorização da interação evidencia a necessidade de impulsionar o que Jürgen Habermas (1984) denominou *agir comunicativo*, em contraposição a um *agir instrumental*, ou seja, processos que objetivem o entendimento em detrimento daqueles que pretendam produzir um estado desejado; ampliar as possibilidades de interpretação dos fenômenos sociais por meio de processos dialógicos e intersubjetivos em espaços que estimulem a análise das práticas de trabalho.

Se a construção de acordos pela via do entendimento pode constituir-se em processos de revisão ou validação das práticas instituídas nos serviços, os projetos de qualificação profissional se inserem de modo muito privilegiado na promoção desses espaços de ressignificação dos modelos cristalizados no interior dos serviços de saúde.

Estabelecida em 23 de dezembro de 2011 pela Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011), a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) tem por finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Com o objetivo principal de fortalecimento da Raps, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e o Ministério da Saúde celebraram, em dezembro de 2012, um convênio cujo objeto é “promover a qualificação e a educação permanente dos profissionais da saúde do Sistema Único de Saúde, assim como promover a desprecarização dos vínculos de trabalho da saúde e a qualificação da gestão do trabalho, por meio de curso”.

O denominado Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana (PRS) faz uso de diversas estratégias de ação e diferentes ferramentas, procurando romper com modelos clássicos de formação e direcionando as discussões para o fortalecimento do trabalho em rede. Este projeto é realizado pela Escola Municipal de Saúde de São Paulo e, desde sua implantação, está sob minha coordenação, tendo participado da elaboração do Plano de Trabalho e da implementação das ações educacionais. O convênio tem vigência até dezembro de 2020.

Esta dissertação tem como foco este trabalho, realizado a partir das diretrizes da EPS e da Raps, e como objetivo analisar sua relevância no estabelecimento de uma *ação comunicativa* entre os profissionais das redes territoriais de trabalho. O recorte para a análise foi realizado considerando as ações desenvolvidas entre os anos de 2014 e 2016, abrangendo os cursos de curta duração, com carga horária de 60 horas, na modalidade semipresencial, sendo 32 horas de atividades presenciais e 28 horas de atividades no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). O uso do AVA inclui a elaboração de narrativas coletivas como trabalho de conclusão de curso, tendo por objetivo apresentar a interface entre o conteúdo discutido e o território de trabalho na visão da turma de alunos/trabalhadores. Nesse período, foram realizados nove cursos de diferentes temáticas, com 142 turmas distintas e mais de quatro mil profissionais inscritos.

Partindo de uma abordagem hermenêutica, adotamos como método de pesquisa o construcionismo social, que, aponta a desconstrução da ideia de existência de uma única verdade e considera que *status* de real dos fenômenos são conferidos por critérios de legitimidade assumidos por uma comunidade. O conhecimento, dessa forma, é fruto de uma construção social.

A pesquisa científica é vista nessa abordagem como “uma prática crítica e reflexiva, mas também como uma prática social” (SPINK, 2013, p. 43). Isso implica reconhecer os movimentos constantes de reflexividade crítica sobre o conhecimento pela análise da produção do sentido que o mesmo vai adquirindo nos grupos sociais.

O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (SPINK, 2013, p.22).

Nessa perspectiva, a linguagem é compreendida como sendo ela própria uma prática social, visto que reconhecer a interação social como espaço de legitimação do conhecimento implica considerar os processos dialógicos como articuladores dos jogos de posicionamentos nos grupos que dão sentido às experiências humanas.

A produção de sentido é observada pela análise das práticas discursivas, dos aspectos performáticos da linguagem em uso, ou seja, as escolhas linguísticas, os contextos de produção, a intencionalidade em produzir alterações no *status* da relação, que expressam os posicionamentos dos interlocutores.

Nesses processos dialógicos, circulam repertórios linguísticos, que se referem aos conteúdos utilizados e que estão repletos de temporalidade. Segundo Spink (2013) os repertórios culturais e históricos que produzem as representações sociais de um dado período e representam o *Tempo Longo*; os repertórios próprios da pessoa, construídos ao longo de sua vida e que constituem seu pertencimento a determinado grupo social, onde ocorre a resignificação dos conteúdos culturais, o *Tempo Vivido*; e o tempo da produção dialógica, onde percebemos a produção do sentido e a atualização dos conteúdos da história social e particular dos participantes, o *Tempo Curto*.

Assim, construímos nosso percurso de análise no primeiro capítulo, circunscrevendo os caminhos da educação permanente em saúde no SUS e sua pertinência no modelo organizativo das RAS. Já no segundo capítulo, temos o recorte da saúde mental enquanto contexto singular do trabalho da Raps, situado como o *Tempo Longo*, ou seja, os paradigmas que constituem o campo da saúde mental e a adoção da atenção psicossocial como modelo ético de cuidado sobre os quais se constroem os repertórios que irão permear o cuidado em rede e exigir o posicionamento dos trabalhadores.

No terceiro capítulo, descrevemos o percurso metodológico desta pesquisa pelos caminhos do construcionismo social e, no capítulo quatro, apresentamos as estratégias e

metodologias adotadas no Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana como o *Tempo Vivido*, considerado como um *sujeito coletivo* implicado com os repertórios culturais do *Tempo Longo* do campo da saúde mental e seu compromisso com a atenção psicossocial.

No capítulo cinco, analisaremos os repertórios do *Tempo Curto* levantados nas entrevistas com os participantes do PRS: coordenadores de área, docentes e alunos/trabalhadores, observando a construção dos repertórios de EPS, de atenção psicossocial e do trabalho em rede, a partir dos quais se discute o papel das interações dialógicas na validação de práticas de trabalho pelo coletivo de profissionais. Por fim, apresentamos as conclusões deste trabalho e o convite a novas investigações a fim de que mantenham vivo o diálogo que produz sentidos no coletivo e faz andar a vida.

## 1. CAMINHOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS

Durante a década de 1950, a formação de profissionais na área da saúde orientou-se pelo modelo hospitalar – marcado pela concentração e centralização de recursos humanos e tecnologia – e pelos modos tayloristas de produção e divisão do trabalho. O termo *educação continuada* foi adotado, inicialmente, relacionado à formação médica, sendo posteriormente ampliado para fazer referência à formação de profissionais de nível fundamental e médio. Esse modelo produziu treinamentos específicos e segmentados por categorias profissionais, voltados a fazer o ajuste dos trabalhadores às demandas dos serviços, nos quais o médico era figura central do atendimento em saúde (VIEIRA et al., 2006).

Ao longo da década de 1970, o conceito de educação continuada ganhou destaque como estratégia de reestruturação dos serviços e formação complementar à educação formal, atrelado a concepções cujo foco estava no desenvolvimento de ações educacionais restritas às funções de cada profissional e sem a adoção de metodologia de ensino específica (MOTTA, 1998, apud VIEIRA et al., 2006).

Nesse sentido, traduzindo um amplo movimento popular entre as décadas de 1970 e 1980, a Reforma Sanitária trouxe para o campo da saúde o debate político e as manifestações de trabalhadores e usuários acerca da necessidade de atuação sobre os determinantes sociais de saúde e as necessidades de melhoria da condição de vida das populações. A participação da comunidade e de diversos setores sociais ganhou força e importância no campo da saúde coletiva.

A formação dos trabalhadores passou a ser vista como um componente estratégico na mudança do modelo. As bases sobre as quais a formação se estruturava ganharam novo direcionamento com a indicação de adoção de concepções pedagógicas que incluíssem em seu escopo não apenas os aspectos tecnicistas das profissões que operavam no campo, mas também agregando conhecimentos que permitissem a garantia de cuidados qualificados à população.

A atuação de organismos internacionais ligados à Organização das Nações Unidas (ONU) promoveu, nesse período, o movimento de internacionalização da educação, influenciando os países periféricos na adoção das políticas públicas educacionais por ela recomendadas. A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) orientou a adoção do termo *educação permanente*, baseado em uma concepção de educação como processo contínuo, presente no decorrer de toda a vida do indivíduo.

Este conceito se desenvolveu entre as décadas de 1950 e 1970 em alguns países europeus, no Canadá e nos Estados Unidos, acompanhando as mudanças sociais decorrentes das transformações do mundo pós Segunda Guerra Mundial. Suas referências são as propostas educacionais para adultos advindas de movimentos de educação popular, sindicatos, trabalhadores, refugiados, estando, portanto, imbricadas com o mundo do trabalho.

## 1.1 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A formação em saúde também recebeu essa influência. Atendendo às diretrizes da Opas, o Brasil adotou a Educação Permanente em Saúde (EPS) como proposta pedagógica em oposição aos modos de operar a formação dos trabalhadores dos processos de educação continuada. Seus principais eixos seriam “o processo de trabalho em saúde, as necessidades que emergem do desenvolvimento dos serviços e dos problemas sanitários, o desenvolvimento integral do trabalhador da saúde, o fortalecimento das equipes de trabalho e da autonomia nas tomadas de decisões” (OPAS, 1990 em LAVRAS<sup>1</sup> - não publicado).

Para Lavras, entre os anos de 1978 e 2002, os documentos e publicações da Opas apontam que a adoção da EPS no Brasil efetivou um avanço na articulação entre processo de trabalho e práticas educativas. Isso se refletiu em mudanças teórico-metodológicas relacionadas à inclusão de diversos campos das ciências sociais e psicologia nos debates da saúde, ao reconhecimento das necessidades educacionais advindas das práticas de trabalho, revelando um apagamento nas fronteiras entre categorias profissionais e à incorporação de experiências pedagógicas advindas da educação de adultos e dos movimentos de educação popular. Ainda segundo a autora, esta análise documental possibilitou observar uma gradativa incorporação da EPS aos processos estratégicos de gestão do Sistema de Saúde.

Definindo a educação permanente como “uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde” (BRASIL, 2003), o Ministério da Saúde instituiu, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps), voltada à formação e ao desenvolvimento de trabalhadores do setor.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as

---

<sup>1</sup> Lavras, Carmen Cecília de Campos - PROJETO: “Desenvolvimento do Plano Diretor de Educação Permanente em Saúde do Estado de São Paulo”- Produto 2 – Marco de Referência da Educação Permanente em Saúde – UNICAMP/NEPP/FUNCAMP/SES-SP (Não publicado).

necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004).

A EPS é apresentada na Política Nacional como estratégia capaz de realizar a revisão crítica das práticas de trabalho a partir das reais necessidades de saúde das populações e desencadear processos formativos que produzam uma aprendizagem significativa e plena de sentido, devendo articular formação e trabalho em atividades capilarizadas pela rede e incorporadas ao cotidiano das organizações de saúde do SUS.

As ações devem ser transdisciplinares, planejadas de modo ascendente e realizadas de maneira descentralizada, com abordagens que não se limitem a questões de natureza técnico-científica, mas promovam também o desenvolvimento de habilidades éticas e humanísticas e se estendam para intervenções que visem à melhoria da gestão e à participação e ao controle social.

A metodologia problematizadora como geradora da aprendizagem significativa tem destaque como pressuposto pedagógico da EPS, mediando o caminho que, partindo da prática dos trabalhadores, coloca-a em análise, estimulando a reflexão crítica e provocando a construção de um novo conhecimento. Experiências e vivências devem ser tomadas como geradoras de novos aprendizados e de novas inquietações.

O trabalho é, portanto, definido como o princípio educativo por excelência, sobre o qual devem se conceber e estruturar as propostas curriculares. Às concepções de trabalho e de trabalhador subjaz um projeto de construção da identidade que deve estar consonante com os princípios do SUS enquanto política pública universal, equânime e integral.

A construção curricular implica, entre outras ações, a seleção e organização de experiências de aprendizagem e de conhecimentos que são considerados integrantes da formação, tendo em vista um perfil desejado de indivíduo, cidadão, profissional etc. A este perfil corresponde uma identidade projetada - um modo de perceber e atuar sobre uma realidade específica - que se quer desenvolvida em todos os egressos (BATISTELLA, 2009, p. 84).

As propostas curriculares devem, assim, engajar os trabalhadores nas análises do cotidiano do trabalho enquanto objeto de aprendizagem, procurando romper com as fragmentações que permeiam o campo. Ceccim (2004, p. 165) salienta que:

Todos e cada um dos que trabalham nos serviços de saúde, na atenção e na gestão dos sistemas e serviços têm ideias, noções e compreensão acerca da saúde e de sua produção, do sistema de saúde e de sua operação e do papel que cada profissional ou cada unidade setorial deve cumprir na prestação das ações de saúde. É a partir dessas ideias, noções e compreensão que cada profissional se integra às equipes ou agrupamentos de profissionais em cada ponto do sistema. É a partir dessas concepções, mediadas pela organização dos serviços e do sistema, que cada profissional opera.

De modo dialético, a proposição de novos modos de pensar a educação imbricada com o mundo do trabalho transita entre os ideais de emancipação dos sujeitos e a formatação condicionada pelos modos de produção e reprodução da sociedade capitalista.

Nesse sentido, Ramos (2010, p. 70) afirma que as referências da EPS são as mesmas que as das políticas de formação que a precederam, quais sejam:

[...] a centralidade do processo de trabalho e sua abordagem desvinculada das relações sociais de produção; ênfase nos sujeitos individuais e nas relações intersubjetivas, em detrimento das questões de classe; valorização mais das características subjetivas (competências) do que dos conhecimentos formais dos trabalhadores; destaque ao potencial das metodologias mais do que na pertinência dos conteúdos; e subordinação da teoria à prática em vez da unidade teoria-prática.

Segundo a autora, os preceitos apresentados pela Pneps sugerem que a consolidação das diretrizes do SUS está de tal forma subordinada aos modos de gestão e atuação dos trabalhadores que prescindem de determinantes políticos e econômicos na esfera macropolítica, de modo que “a concretização da reforma sanitária dependeria da constituição de sujeitos sociais capazes de efetivar as mudanças propostas” (RAMOS, 2010, p. 66).

A partir da instituição da Pneps, o Ministério da Saúde passa a implementar ações e programas que se alternam entre movimentos inovadores e disruptivos e a realização de ações de capacitação em massa espalhadas pelo território nacional, de modo contraditório aos preceitos que a fundamentam.

Cavalcanti (2015) analisa os rumos da educação permanente no âmbito do SUS, pelo período dos dez anos iniciais dentro da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e, em especial, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges). O autor afirma que as rotas traçadas pela Pneps em sua implantação apontam duas importantes alterações nos modos de realizar a formação de trabalhadores: o reconhecimento do trabalho não somente como espaço de aprendizagem, mas também como produtor de conhecimento singular e o questionamento das ofertas educacionais implementadas, desconsiderando as realidades específicas dos sistemas e serviços de saúde.

No entanto, com a alteração nas pautas e agendas dos governos, ocorrem mudanças significativas na condução da Pneps. Cavalcanti (2015) identifica três momentos distintos em sua implantação e efetivação: de 2003 a 2005, de 2006 a 2011 e de 2012 a 2014, os quais serão abordados a seguir.

#### 1.1.1. Os anos iniciais (2003 e 2005)

O período que insere a educação permanente no contexto do MS tem como pano de

fundo a reivindicação dos movimentos sociais por maior autonomia dos municípios na definição dos modelos assistenciais e no uso do repasse financeiro.

O referencial de desenvolvimento de Recursos Humanos elaborado pela Opas em 2002 orienta a adoção de processos de EPS com enfoque na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de práticas profissionais a partir das necessidades do trabalho. Nesse sentido, dois aspectos importantes devem ser incrementados: “de um lado [...] reconhecer o trabalho como espaço de aprendizagem e de produção de conhecimento e de outro [...] questionar a forma como essas ofertas educacionais eram formuladas e implementadas, de modo descolado das realidades específicas dos serviços e sistemas de saúde” (CAVALCANTI, 2015, p. 25).

Avançando nessa proposição e reconhecendo a necessidade de implicação ética e política dos diversos atores nos cenários de construção cotidiana do SUS, o Deges elabora o conceito de quadrilátero de educação permanente, envolvendo ensino, gestão, atenção e controle social, em um movimento que tencionava gestar os processos educativos no cotidiano dos serviços de modo a operar na integralidade do cuidado.

Ocorre a implantação dos Polos de Educação Permanente<sup>2</sup> enquanto estrutura de fomento às ações loco-regionais. Grande incentivo é dado aos processos de facilitação de EPS e, segundo o autor, há um movimento disruptivo nos modos de produzir educação com ênfase na produção de subjetividade e organização de coletivos. O período é marcado por grande dificuldade na execução orçamentária pelos municípios.

Os arranjos de gestão da política, sua lógica de incorporação de diferentes atores, de fomento à mudança na organização institucional, das relações de poder, e sobretudo a profunda mudança na racionalidade relativa às decisões sobre a utilização dos recursos, foram contribuições de suma relevância para pensar as relações entre Estado e sociedade (CAVALCANTI, 2015, p. 137).

Para o autor, a atuação primordial da Pneps no período foi mais intensa no campo da participação política que propriamente em ações educacionais estrito senso.

### 1.1.2. A Transição (2006 a 2011)

Este período foi caracterizado pelas mudanças políticas ocorridas no interior do MS e

---

<sup>2</sup> Polos de Educação Permanente em Saúde são instâncias de articulação interinstitucional [...] dispositivos do Sistema Único de Saúde para promover mudanças, tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação na saúde, funcionando como rodas de debate e de construção coletiva - Rodas para a Educação Permanente em Saúde (Ministério da Saúde, 2004, Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Polos de Educação Permanente em Saúde).

da SGTES/Deges, com extinção dos Polos de Educação Permanente em Saúde. O repasse de verba, alterado para a modalidade fundo a fundo, fica condicionado à apresentação de um plano estadual de EPS, definido a partir dos Planos de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (Pareps). As instâncias de pactuação e decisão passam a ser, no nível municipal, os Colegiados de Gestão Regionais (CGRs)<sup>3</sup> e as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (Cies)<sup>4</sup> e, no nível estadual, as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs)<sup>5</sup>. Isso significou a anulação da pluralidade dos atores que participam dos processos decisórios, ficando estes restritos aos gestores municipais e estaduais. As ações de educação voltadas à população são transferidas para a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Sgep).

No que diz respeito à reorganização dos cursos de graduação, foi estabelecido o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Posteriormente, em parceria com o Ministério da Educação, implantou-se o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Inicialmente centrado na Atenção Básica, em 2010, se destina à Saúde da Família, Saúde Mental e Vigilância em Saúde e, em 2011, se articula com o Pró-Saúde através do PET-Saúde Redes.

No que tange à formação dos profissionais do SUS, são implantados os programas Telessaúde, produzindo interface entre assistência e educação por meio de teleconsultorias, teleducação e telediagnóstico na produção de apoio à atenção básica, e a Universidade Aberta do SUS (Una-SUS), articulando uma rede de instituições acadêmicas na produção e oferta de cursos a distância para os profissionais. Ambos se articulam como estratégias de utilização das novas tecnologias de informação e comunicação.

Em 2008, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) é ampliado para outras áreas de formação para profissionais de nível médio, por meio do Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde (Profaps), contribuindo para a expansão da atuação da Rede de Escolas Técnicas do SUS.

---

<sup>3</sup> O Colegiado de Gestão Regional (CGR) tem a participação de todos os municípios da região e da representação do estado. A constituição do CGR é uma etapa da regionalização que, para o pleno funcionamento, requer que os instrumentos de planejamento, a regulação, a programação e a ação coordenada entre os gestores sejam efetivos e permanentes. O CGR se configura como espaço permanente de pactuação, cogestão e de decisão, mediante a identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva (Ministério da Saúde - Série Pactos pela Saúde, 2006, v. 10).

<sup>4</sup> A Comissão Estadual Permanente de Integração Ensino-Serviço (Cies) é instância intersetorial e interinstitucional permanente que participa da formulação, condução e do desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde prevista no Artigo 14 da Lei nº 8.080/90 e na NOB/RH - SUS.

<sup>5</sup> A Comissão Intergestores Bipartite é a instância de pactuação entre estados e municípios na implementação e operacionalização do SUS.

De modo a alterar completamente os preceitos iniciais da Pneps, Cavalcanti (2015, p. 119), destaca que

[...] tampouco são enunciadas de alguma maneira possíveis relações dessas iniciativas com o plano ético-político, da mobilização e implicação de atores com a construção do SUS, de modo que as ações e os usos da educação permanente em saúde restringem essa última ao plano de questões técnico-científicas concernente aos profissionais atuantes nos serviços de saúde.

O saldo deste período é a diversificação de mecanismos e dispositivos para operar a formação dos trabalhadores da saúde, repasse financeiro com desresponsabilização do MS em sua execução e distanciamento dos objetivos iniciais de construir a EPS como mecanismo democrático de articulação de coletivos e produtor de subjetividade e singularidades.

### 1.1.3. Os anos finais do período (2012 a 2014)

Neste momento, a SGTES se dedica basicamente à fixação de profissionais médicos no território nacional por meio do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) e, posteriormente, do Programa Mais Médicos. O Deges passa a se responsabilizar pela alteração do modelo de formação e ampliação da oferta de vagas na graduação em medicina.

No campo da formação de profissionais do SUS, a descentralização de recursos para os fundos estaduais e municipais de saúde é suspensa, direcionando as ações de EPS para a realização de capacitações nacionais, vinculadas, sobretudo, às redes prioritárias. Com grande oferta de vagas para todo o país, tem sua execução realizada por instituições formadoras contratadas. Cavalcanti (2015) aponta que estas capacitações nacionais se interpõem às agendas locais, constringendo os municípios a adesões sem espaço e tempo para discutir sua pertinência.

A baixa execução dos recursos financeiros repassados a estados e municípios também se apresenta como uma questão constante, ocasionada basicamente por entraves legais, baixo interesse de gestores na sua execução e pouco apoio do Ministério da Saúde. As ações voltadas à problematização dos processos de trabalho não necessitam, no geral, de muito aporte financeiro.

As ações voltadas à formação dos trabalhadores do SUS perdem a força inovadora e a capacidade de incluir em seu desenvolvimento a subjetividade e a singularidade do trabalhador. A EPS também não se constitui como um campo com fortes referenciais teórico-metodológicos.

Analisando a produção científica nesse mesmo período, Figueiredo et al. (2017) realizaram estudo bibliométrico sobre teses e dissertações que abordavam a temática de EPS. As autoras apontam dificuldades na identificação das publicações científicas pela inexistência do descritor “educação permanente em saúde”. Referem que as produções giram em torno da própria política e de experiências desenvolvidas nos serviços. Concluem também que:

- Os principais cenários e temas com os quais a EPS esteve relacionada foram as políticas de saúde e os campos do ensino/formação e da atenção básica.
- Os referenciais teóricos não estavam explicitados na maioria das teses e dissertações pesquisadas.
- A abordagem foi em grande parte qualitativa, utilizando-se de entrevistas semiestruturadas.
- As referências bibliográficas estavam relacionadas a publicações dos ministérios da Saúde ou Educação; referências de autores diversos que publicam sobre EPS; e referências bibliográficas relacionadas ao método adotado.

## 1.2 ABORDAGENS TEÓRICAS SOBRE EPS

Vieira et al. (2006) relacionam as abordagens teóricas da EPS com a utilização do “método da roda”, desenvolvido por Gastão Wagner de Souza Campos<sup>6</sup> e o conceito de tecnologias de saúde desenvolvido por Emerson Elias Merhy<sup>7</sup>.

Segundo Ramos (2010, p. 67) esta concepção de educação profissional “subestima o papel das relações sociais de produção no processo de trabalho em saúde e sobrevaloriza o trabalho vivo”.

Ramos (2010) destaca que a EPS se configurou mais enquanto processo de gestão que como processo pedagógico. Segundo a autora, seu eixo gira em torno da “produção de novos pactos e acordos coletivos de trabalho no SUS. Seu foco seriam os processos de trabalho [...], seu alvo, as respectivas equipes, e seu lócus de operação, os coletivos” (RAMOS, 2010, p. 71).

Em um dos textos seminais do período de implementação da Pneps, Ceccim (2005) refere que a educação permanente em saúde pode se configurar em um dispositivo que

---

<sup>6</sup> O método da roda foi desenvolvido por Gastão Wagner de Souza Campos para a gestão de processos de trabalho, de sujeitos e coletivos. É pautado na cogestão e na participação social dos trabalhadores. (CAMPOS, 2013).

<sup>7</sup> O conceito de tecnologias em saúde refere-se a compreensão do trabalho em saúde como um conjunto de tecnologias duras, referindo-se aos instrumentos de trabalho, tecnologias leve-duras, relacionadas ao saber técnico do profissional, e tecnologias leves, que é o ato de produção do cuidado em saúde. (Merhy, 2009).

possibilite aos “coletivos de produção” espaços de negociação para a reestruturação dos processos produtivos que considerem de modo singular o tempo e o espaço onde operam.

Essa potencialidade sugere a estruturação de estratégias de formação dos trabalhadores voltadas a enfrentar a fragmentação da atenção e da gestão na efetivação da integralidade do cuidado, como proposto no modelo das Redes de Atenção à Saúde, adotado pelo Ministério da Saúde, conforme a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010:

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2010).

A Portaria apresenta a educação permanente como dispositivo importante para a superação do modelo fragmentado de saúde e o favorecimento da integralidade por meio de mudanças de práticas na Atenção Primária e na implantação de Linhas de Cuidado que possibilitem a articulação dos recursos e organizem os percursos dos usuários pelos pontos de atenção da rede.

Hartz e Contandriopoulos (2004) referem que a integralidade só é possível com a integração dos serviços de modo coordenado em redes assistenciais onde os atores e organizações atuem de modo interdependente, visto que não é possível a nenhum deles solucionar todos os problemas de saúde de uma população.

A integralidade proposta pela organização em rede lança luz sobre o estabelecimento de mecanismos de regulação e estabelecimento de fluxos institucionais entre os serviços de saúde, mas também sobre a necessidade de criar modos de negociação entre as pessoas que atuam nos pontos de atenção.

Sobre a natureza do objeto “rede”, uma dupla leitura torna-se indispensável: como estrutura organizacional, voltada para a produção de serviços, e como uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004, p.331).

Deste modo, parece ser de fundamental importância a criação de espaços institucionais que estabeleçam uma base de conversação que favoreça a permanente

renegociação de papéis dos atores envolvidos, como descrito acima. Pode-se dizer que este modo de organizar a atenção enseja a inscrição de novas análises sobre os processos de EPS, que façam uma inflexão sobre seu papel nos processos de coordenação do cuidado.

A articulação entre os pontos de atenção exige a validação de determinadas práticas sociais em detrimento a outras na constituição dos paradigmas do cuidado integral que considerem a corresponsabilização dos distintos atores partícipes do processo. Estas análises devem considerar principalmente a capacidade da EPS em produzir processos dialógicos que promovam estratégias de negociação entre os agentes de saúde com vistas ao estabelecimento de relações solidárias, ao reconhecimento e à constituição de parcerias formais e informais nos territórios de circulação dos usuários, à composição das alternâncias no *continuum* do cuidado, ao reconhecimento da produção de conhecimento constituído no coletivo.

É possível aludir, então, a um novo desafio para a EPS a partir das inovações dadas pela contemporaneidade. Como citado por Cavalcanti (2015, p. 160), “somos agora, mais do que nunca, desafiados a trabalhar em rede, a formar redes sociais onde processos de produção de sentidos sobre o mundo são colocados em disputa e a *colaboração* permite a resolução de problemas comuns” (grifo nosso).

### 1.3 A EPS COMO ESPAÇO DE DESENVOLVIMENTO DA AÇÃO COMUNICATIVA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

*Colaboração* talvez seja a ideia central ao se pensar a produção do cuidado integral no modelo das RAS, em que ocorre o entrelaçamento de uma multiplicidade de redes. Esta multiplicidade ativa, performática intervém e modifica a realidade por meio de distintas práticas de trabalho.

Questões relativas ao cuidado carregam, *a priori*, uma alusão à subjetividade e à relação entre os sujeitos envolvidos nos atos de saúde. Para Ayres, “quase sempre que se fala de cuidado, humanização ou integralidade se faz referência a um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear, a relação entre um sujeito, o paciente, e o profissional de saúde que lhe atende” (AYRES, 2004, p. 29 apud SPINK, 2015, p. 116).

Spink (2015), nesta mesma linha, entende o ato do cuidado como um ponto de contato entre sujeitos (profissionais de saúde e pacientes) que trazem consigo uma série de redes em que estão inseridos. O profissional atua sustentado por sua formação profissional, pela credibilidade que confere a determinadas pesquisas, pelas equipes de pares e gestores que o circundam, pelos protocolos, exames e serviços de diagnóstico a que tem acesso. O paciente,

por sua vez, traz consigo, além de sua condição clínica, sua família e amigos, os conhecimentos adquiridos em espaços formais e informais de educação, sua bagagem cultural, sua condição econômica, de trabalho e tantas outras.

Além da atualização de diferentes redes pessoais no ato do cuidado, para a efetivação do cuidado integral nas RAS, é necessária uma grande variedade de redes interconectadas. Nas redes, “o aspecto relacional extrapola as interações face a face, tornando-se mais fluido e circunstancial, dependendo do contexto em que o cuidado é performado. São relações plurais em contextos históricos e culturais também plurais” (SPINK, 2015, p. 117). Seja por sua característica de integração de sistemas de apoio, técnico e de gestão, seja enquanto possibilidade de conexão entre sujeitos, a rede pode ser compreendida enquanto “espaço” de disponibilização de recursos (ROSENSTIEHL, 1978, apud COSTA, 2011).

Segundo Thacker (2004, apud COSTA, 2011), é importante fazer a distinção entre conectividade e coletividade. Os indivíduos se conectam pela rede, ou seja, a conectividade é um atributo da rede, mas isso não produz coletividade. Os indivíduos conectados recorrem às redes para usufruir de recursos que são disponibilizados, criando um arsenal de possibilidades maior que nas relações individuais. A rede pode ser vista como “uma estrutura que se alimenta de um fluxo de recursos” (COSTA, 2011, p.18).

O estar em rede cria uma situação na qual somos conscientes de que contribuímos com a rede e é a rede que contribuirá conosco, e não aqueles indivíduos com os quais contribuímos diretamente. O benefício, portanto, não deve ser esperado no tempo imediato e da pessoa com quem colaboramos ou contribuímos, mas da rede como um todo e num tempo diferido (COSTA, 2011, p. 9).

É por meio da construção de “propósitos comuns”, do estabelecimento de **colaboração** e intencionalidade para o grupo que se institui a coletividade, ampliando as conexões aleatórias e interessadas em ganhos individuais em direção à produção de um “comum”. Operando com negociações que produzem arranjos colaborativos, essa rede deve admitir graus de coesão variáveis de seus participantes (COSTA, 2011).

Sob esse aspecto, as ações de EPS podem ser direcionadas para a constituição de coletivos de rede voltados ao cuidado integral. Essa integração é viabilizada por processos comunicativos em torno dos quais se organizam metodologias e estratégias direcionadas à produção do comum por meio das discussões acerca dos paradigmas, referenciais teóricos e modos de produção do cuidado. Nesse sentido, é possível colocar em análise as práticas referendadas pelos profissionais e possibilitar a elaboração de arranjos centrados na rede de sustentação real, existente e ativa ou passível de ser ativada. A comunicação tem papel fundamental nesses processos integrativos.

O filósofo e sociólogo alemão Jürgen Habermas afirma que “a linguagem preenche as funções de alcançar o entendimento, coordenar ações e socializar os indivíduos” (HABERMAS, 1987, apud PINTO, 1995, p. 82). A teoria da ação comunicativa proposta por ele possibilita pensar os processos de comunicação com vistas à integração de ações.

Segundo ele, a comunicação pode se direcionar ao *agir instrumental* ou ao *agir comunicativo*. No *agir instrumental*, o uso da linguagem destina-se a informar. Já no *agir comunicativo*, ela se destina a produzir reconhecimento mútuo. Enquanto no primeiro a influência do locutor no meio social é um fator determinante para o sucesso da ação, no segundo a integração social é atingida por meio do entendimento em processos de coordenação de ações (HABERMAS, 2002, apud LIMA; RIVERA, 2009).

Interessam ao *agir comunicativo* as pretensões de validade criticáveis do locutor, ou seja, as falas que se referem “à tomada de posição em termos de confirmação ou negação (sim/não) perante discursos diversos que podem ser alvos de críticas” (PALERMO, 2013, p.7). As pretensões de validade podem ocorrer de três formas, conforme impactem o mundo objetivo, social ou subjetivo. O mundo objetivo corresponde à totalidade dos fatos e sua validade é feita por verificação e afirmação; o mundo social refere-se à totalidade das relações interpessoais com regulações socialmente legitimadas, validado por meio de correção normativa; o mundo subjetivo alude à totalidade das experiências pessoais do locutor verificadas em processos de autenticidade e sinceridade (HABERMAS, 1984 apud PINTO, 1995).

A possibilidade de entendimento entre os atores pressupõe uma inteligibilidade, um saber implícito, normatizado e não problematizável, ou seja, não sujeito a validações, ao qual Habermas (1987 apud PINTO, 1995) chamou mundo da vida. Este compreende a cultura (conhecimentos adquiridos pelo sujeito que o ajudam a interpretar o mundo), a sociedade (onde se estabelecem a ordenação e a regulação entre indivíduos em um grupo), e a pessoa (as competências que compõem a personalidade do sujeito e o colocam em ação no mundo). É no mundo da vida que se estabelece a ação comunicativa.

Segundo Habermas, o espaço onde aparece a formação discursiva de opinião e a vontade política é a esfera pública (PALERMO, 2013). Ela constitui redes dialógicas, abertas, que favorecem a mediação de diálogos e o intercâmbio de opiniões. A participação dos indivíduos na esfera pública pode ocorrer de forma episódica (informal), pela presença organizada (por organizações instituídas formalmente) ou abstrata (mídias).

A esfera pública tem como característica elementar ser um espaço irrestrito de comunicação e deliberação pública, que não pode ser anteriormente estabelecido, limitado ou restringido, os elementos constitutivos não podem ser antecipados. Em

princípio, está aberta para todo âmbito social. A esfera pública é sempre indeterminada quanto aos conteúdos da agenda política e aos indivíduos e grupos que nela podem figurar (LUBENOW, 2010, p. 238).

Pela produção de procedimentos com pretensões de validade criticável, configura-se como o espaço de debate de opiniões para o estabelecimento de entendimento entre sujeitos implicados no agir comunicativo.

A linha de raciocínio de Habermas aponta para o entendimento da complexidade moderna com vistas a oferecer soluções que não tornem os destinos das pessoas como simples desdobramentos de imposições institucionais e sistêmicas, mas que ofereça possibilidades de transformações sociais que se abram para o que emana do mundo da vida, ou seja, para que as organizações da sociedade civil tenham capacidade de intervenção política e não sejam meramente números nas estatísticas oficiais (PALERMO, 2013, p. 16).

Pensando na coordenação de ações e serviços de saúde a partir da adoção do modelo das RAS, a EPS pode se configurar enquanto espaço onde as pretensões de validade sejam acionadas a partir dos saberes circulantes e que possibilite as transformações sociais necessárias por meio estímulo ao *agir comunicativo* em vez do *agir instrumental*, ou seja, a busca do entendimento no lugar da busca do estado desejado. Pode estar neste lugar a possibilidade de produzir o propósito comum capaz de agregar o coletivo de trabalhadores na integralidade do cuidado de modo coeso e implicado em todos os pontos de atenção.

## 2. A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL NA CONSTITUIÇÃO DOS REPERTÓRIOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: O TEMPO LONGO

Dois grandes paradigmas se contrapõem na compreensão da loucura e do louco e compõem o enredo das narrativas constitutivas do campo da saúde mental. O primeiro compreende a loucura enquanto fenômeno biológico, que resulta em uma inabilidade na adaptação às normas e ao convívio social. A centralidade do problema está colocada no sujeito e “a doença” é compreendida em seu aspecto incapacitante.

A lógica se pauta na “expropriação de todo elemento subjetivo na ‘experiência de estar fora da norma’; [na] [...] anulação da história individual e coletiva e [na] [...] confirmação do caráter exclusivamente biológico de fenômenos também vinculados às condições sociais, ambientais, psicológicas e relacionais” (BASAGLIA, 2015, p. 25).

A terapêutica se direciona aos dispositivos que reafirmam a necessidade de adaptação normativa por meio de condicionamento farmacológico, do confinamento, do uso de medidas educativas ou punitivas.

O modelo assistencial se desenha em torno das grandes instituições asilares, os manicômios, pautados no ideário de manutenção da ordem social. O “tratamento” se fundamenta na identificação de sujeitos insanos e incapazes sujeitados a “um sistema fundado na vigilância, no controle, na disciplina [...] com dispositivos de punição e repressão” (AMARANTE, 2013, p. 61).

O anormal será, então, objeto de um saber de adaptação, de correção, de reinserção nas regras que transgrediu. Em decorrência disso, o punir passa a relacionar-se ao curar, expressão do que Foucault chamou de poder de normalização, manifestação exemplar de uma sociedade disciplinar (SILVA, 2008, p. 145).

Em oposição a esse paradigma, tem-se a compreensão da patologia como resultado de uma construção social erigida sobre valores comparativos entre saúde e doença. As normas sociais definem os parâmetros de normalidade e a loucura é referida aos sujeitos que não se submetem a ela.

Para Canguilhem (apud SILVA, 2008), o termo “normativo” está relacionado à capacidade adaptativa do indivíduo ao meio. A constituição desse campo do conhecimento pressupõe uma hierarquização de possibilidades em que o patológico se apresenta como a perda da maleabilidade, ou seja, a diminuição de possibilidades adaptativas e de atuação sobre o meio, tendo por fundamentação, então, não as condições de normalidade, mas sim as condições “consideradas” normais.

A loucura é vista como geradora de uma experiência singular e sua terapêutica implica a negociação de outras possibilidades de expressão de diferenças. “Curar, nessa perspectiva, seria expandir a normatividade individual restringida pela doença. O tratamento, baseado na singularidade, teria como ponto de ancoragem a satisfação subjetiva da ampliação da normatividade” (SILVA, 2008, p. 143).

Amarante (2013, p. 63) salienta que a saúde mental deve ser considerada como um *processo social complexo*, que “se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões”.

A compreensão de algo como um processo nos remete a movimento, transformação: percurso onde se reafirmam paradigmas ou se estruturam rupturas que fazem caminhar a compreensão da loucura enquanto fenômeno. Amarante (2013) define quatro dimensões inerentes a esse processo: teórico-conceitual, jurídico-política, técnico-assistencial e sociocultural.

A *dimensão teórico-conceitual* se constitui nas bases epistemológicas do desenvolvimento do campo enquanto ciência. Basaglia (apud AMARANTE, 2013, p. 66) destaca que a psiquiatria separa o “objeto fictício, ‘a doença’, da existência global e complexa dos sujeitos e do corpo social” sendo ela, a doença, e não o sujeito que a vivencia, o objeto de seu desenvolvimento científico. Esta proposição se direciona a colocar “a doença entre parênteses” como uma nova possibilidade de produzir conhecimento a partir da implicação com a experiência do sujeito. Isso não significa negar a doença como produtora de sofrimento, e sim direcionar o foco epistêmico aos sujeitos e sua trajetória de vida, construída por determinações sociais, históricas, culturais que reafirmem múltiplas possibilidades de ser e de viver.

A *dimensão técnico-assistencial* se refere aos espaços de produção de cuidado, que devem se voltar a analisar os problemas do cotidiano e intervir neles: relações pessoais, sociais, trabalho, lazer, moradia. Os serviços assistenciais são compreendidos como “dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais [...] lugares de sociabilidade e produção de subjetividade” (AMARANTE, 2013, p. 69).

A *dimensão jurídico-política* se constitui enquanto campo de disputa estratégica na construção de cidadania, sendo impulsionada pelos movimentos sociais no tensionamento de agendas governamentais e na consolidação de marcos legais e mecanismos garantidores dos direitos humanos.

Por fim, a *dimensão sociocultural* tem como horizonte a constituição de um novo projeto de sociedade, uma real possibilidade de transformação social, visto que se fundamenta no envolvimento de toda sociedade na discussão sobre o paradigma da loucura. A criação de projetos culturais e espaços coletivos de convivência traz grande contribuição para a alteração do lugar social dos sujeitos em sofrimento psíquico. Segundo Basaglia (2013), a relação da sociedade com esses sujeitos não deve ser fundamentada em sentimentos de tolerância, mas na evocação de sentidos de reciprocidade e solidariedade.

Essas dimensões desenvolvidas por Amarante têm sido pautadas no cenário das políticas públicas de saúde contra o paradigma manicomial. De forma dialética, entre avanços e retrocessos, podemos identificar as arenas de disputa pelo modelo de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Costa-Rosa (2000) refere que as concepções das práticas em saúde mental se desenrolam em duas esferas indissociáveis, mas distintas entre si: a esfera político-ideológica e a teórico-técnica. O autor ressalta que o resgate da dignidade e da cidadania abordado no modelo psicossocial se insere na dimensão político-ideológica e tem sido amplamente referenciado pelos movimentos antimanicomiais. No entanto, é de fundamental importância elucidar o paradigma psicossocial nos seus aspectos teórico-técnicos, pensando nos modos de respostas construídos para fazer frente às abordagens do que ele nomeou modelo asilar.

Segundo o autor, “só é possível considerar que dois modelos de atuação no campo da saúde mental são alternativos se são contraditórios. E dois modelos serão contraditórios se a essência das suas práticas se encaminhar em sentidos opostos quanto a seus parâmetros basilares” (COSTA-ROSA, 2000, p. 144).

Com base no trabalho desenvolvido por ele neste texto, propomos um quadro comparativo com as principais diferenças técnico-assistenciais entre os modelos:

Quadro 1 – Comparativo entre os modelos técnico-assistencial asilar e psicossocial

	<b>Asilar</b>	<b>Psicossocial</b>
<b>Compreensão da Loucura</b>	Tem determinação orgânica e o indivíduo é visto como o doente.	Não é um fenômeno exclusivamente individual, mas social.
<b>Instituição</b>	Manicômio.	Rede de serviços e dispositivos sociais de educação, cultura, residencialidade, trabalho e geração de renda.
<b>Objetivos do tratamento</b>	Cura e remissão de sintomas.	A loucura e o sofrimento psíquico são reintegrados como partes da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito.
<b>Determinações</b>	Orgânicas.	Políticas e biopsicossocioculturais.
<b>Tratamento</b>	Medicação.	Psicoterapias, laborterapias, socioterapias, medicação, dispositivos de reintegração sociocultural, com destaque para as cooperativas de trabalho.
<b>Sujeito</b>	Visto como destinatário principal das ações a serem realizadas pelos profissionais.	Considerado em sua dimensão orgânica e sociocultural. O sujeito é ativo no tratamento.
<b>Intervenção terapêutica</b>	Centrada no sujeito/paciente.	Deslocamento do sujeito para a instituição e o contexto.
<b>Intervenções no meio social</b>	Raras e com caráter pedagógico e assistencial.	A família e o grupo social são vistas como agentes das mudanças desejadas. Ênfase na constituição de estratégias associativas de usuários e familiares.
<b>Modo de trabalho</b>	Divisão do trabalho: fragmentação da atenção e hierarquização das funções dos profissionais, com centralidade na figura do médico.	Equipe interprofissional, que inclui, além dos profissionais da área da saúde, trabalhadores das artes e da cultura.
<b>Organizador do trabalho dos diferentes profissionais</b>	Prontuário do paciente.	Intercâmbio das diferentes visões teórico-técnicas e inclusão de grande diversidade de práticas.

(Fonte própria)

## 2.1 DO MANICÔMIO À REDE – MUDANÇA DE PARADIGMAS

Michel Foucault (1961), em seu livro *História da Loucura na Idade Clássica*, discute a constituição do saber médico sobre a loucura e sua submissão à razão (apud Amarante, 1995). Segundo Foucault, na Idade Média, a figura do louco era atribuída a uma existência

nômade, ligada a uma concepção de “alteridade pura”, determinada pela exclusão do louco - sua expulsão dos muros que delimitavam as cidades. Nesse período, os hospitais gerais e Santas Casas de Misericórdia tinham a função de hospedaria, abrigando toda sorte de marginais: loucos, prostitutas, leprosos, vagabundos, ladrões. Já na modernidade, a loucura passa a ser relacionada às ciências médicas. A construção de definições nosográficas baseadas nas manifestações aparentes dos sintomas abre caminhos que conduzem à medicalização e ao uso de terapêuticas diversas enquanto práticas da psiquiatria.

Na investigação sobre a *História da Loucura*, Foucault afirma que essa mudança

aponta para uma desnaturalização e desconstrução do caminho aprisionador da modernidade sobre a loucura, qual seja, aquele que submeteu a experiência radicalmente singular do enlouquecer a classificações e terapêuticas ditas científicas: submissão da singularidade à norma da razão e da verdade do olhar psiquiátrico, rede de biopoderes e disciplinas que conformam o controle social do louco (AMARANTE, 1995, p. 24).

Segundo Amarante (1995), a definição do hospício como lugar institucional do louco e a criação de uma nosografia das “doenças mentais” atribuem conotação de risco e periculosidade aos pacientes e definem para o louco a segregação social e a adoção de ações tutelares. Philippe Pinel, entre o final do século XVIII e início do século XIX, é pioneiro na constituição de espaços específicos para o louco – os hospícios –, convertendo a função filantrópica primordial dos hospitais (de hospedaria, hospitalidade) em instituições fundamentadas no saber médico. Conferindo grande importância ao isolamento enquanto possibilidade de observação e descrição de sintomatologia, os hospitais eram vistos como o “lôcus para a manifestação da verdadeira doença” (AMARANTE, 1995, p. 26).

O caráter de isolamento e as práticas autoritárias e punitivas no interior dos hospícios geram, desde o princípio, muitas críticas ao modelo manicomial. As colônias de alienados se apresentam em um momento posterior como a primeira proposta institucional de reforma do modelo totalitário pineliano, defendendo o tratamento pelo resgate da razão e da liberdade. Sem diferenciação prática dos hospitais psiquiátricos, acabou por ampliar a importância da psiquiatria e amenizar as críticas ao hospício.

É a partir da Segunda Guerra Mundial que se organizam de forma mais sistemática as novas propostas de reforma psiquiátrica, questionando ora a instituição asilar, ora o saber psiquiátrico. Em um mundo pautado em ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, toda forma de violência e desrespeito aos direitos humanos era repudiada.

Para Birman e Costa (1994, apud AMARANTE, 1995), a psiquiatria clássica passa a sofrer uma crise teórica e prática quando deixa de ter como objeto o tratamento da doença mental e passa a agir para a promoção de saúde mental. Essa crise se inicia com um processo

de crítica à estrutura asilar, responsável pela grande cronificação dos pacientes, em que ainda predomina uma crença no manicômio como “instituição de cura”. Como exemplos dessa corrente estão a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas.

A psiquiatria de setor (na Inglaterra) e a psiquiatria preventiva (nos Estados Unidos da América - EUA) se desenvolvem como modelos que promovem a extensão da psiquiatria ao espaço público, apresentam estratégias tanto para intervir e diminuir o aparecimento das doenças mentais nas comunidades, quanto para a promoção da saúde mental, produzindo projetos de caráter coletivos e preventivos, complementares à abordagem individual e assistencial.

Na Inglaterra, a antipsiquiatria se estabelece no bojo do movimento de contracultura, em especial do movimento *hippie*. Refuta a ideia de uso de tratamentos medicamentosos ou físicos, concentrando a atividade terapêutica em terapias verbais e grupais, visto que compreende a loucura como um fenômeno que não se refere ao indivíduo, mas que emerge de problemas na relação entre as pessoas. É na experiência desenvolvida por Franco Basaglia na Itália que se tem a grande ruptura com a estigmatização da loucura e do louco por meio dos processos de segregação nos hospitais psiquiátricos.

Na década de 1960, ele inicia uma experiência inovadora, que pretendia a transformação do manicômio de Gorizia em um “hospital de cura” (AMARANTE, 1996), conseguindo mergulhar nesta experiência na cidade de Trieste, em um momento posterior. Basaglia trilha um caminho que ultrapassa a questão da mera proposta de desospitalização em direção a um movimento que aponta a necessidade da desinstitucionalização. A partir da desmontagem do manicômio, investe em centros de saúde mental referenciados para grupos de 20 a 40 mil habitantes, na criação de residências para os usuários e na constituição de cooperativas de trabalho.

Segundo Amarante (1995, p. 46), a experiência basagliana rompe com o “paradigma psiquiátrico clássico que transforma loucura em doença e produz uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito precisa distanciar-se para produzir saber e discurso”.

Questionando as instituições, os dispositivos terapêuticos e os modos de operar a clínica, o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana (PDI) altera significativamente o modelo assistencial e redimensiona o conceito de loucura. Segundo Basaglia, a “psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença” (1979, apud AMARANTE, 1995). Reorganizar a ordem desta operação, dando destaque ao sujeito, requer, mais que a desospitalização, investir na desinstitucionalização.

Amarante (1995) confere fundamental importância à participação de diversos setores da sociedade civil (políticos, sindicais, sociais) na real possibilidade de mudança na assistência: “Neste momento, a reinvenção das práticas precisa confrontar-se no espaço da comunidade e na relação que os técnicos estabelecem com a loucura, com a solidariedade e o desejo da produção da diferença plural” (AMARANTE, 1995, p. 48).

## 2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A LUTA ANTIMANICOMIAL

Essas diversas experiências de reforma e, em especial, a experiência italiana, foram inspiradoras da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que tem trajetória coincidente com o movimento de Reforma Sanitária no contexto de redemocratização do país no final da década de 1970.

Um recorte no histórico de internações em hospitais psiquiátricos no país no período da ditadura militar, entre os anos de 1965 e o final da década de 1970, pode dimensionar a avalanche de enclausuramentos produzida pelas políticas higienistas e preventivistas da época. Guimarães (2010, p. 277) aponta que:

O número de internações por neurose em hospitais psiquiátricos, que em 1965 era de 5.186, em 1970 passou para 18.932. No ano de 1975, esse valor se elevou para 70.383 e, em 1977, já estava em 200.000. Estima-se que, no período de 1950 a 1970, a população de doentes mentais tenha aumentado em 213%, enquanto o crescimento da população geral no Brasil foi de 82%. [...] Os portadores de transtorno mental eram tratados em hospitais-colônia e manicômios espalhados em todo país, sendo a grande maioria com localização no entorno dos centros urbanos. As internações tinham duração média de 25 anos e superlotavam os hospitais, adotando-se medidas coercitivas e isolamento dos doentes como formas de tratamento, acrescidos da situação dramática do déficit de profissionais capacitados.

Em meados da década de 1970, trabalhadores denunciam as condições precárias de trabalho e de assistência nas instituições psiquiátricas, dando origem ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Amarante (1995, p. 52) descreve como objetivo do MTSM:

[...] constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *lócus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade.

Partindo de agendas reivindicatórias das categorias de trabalhadores, o MTSM cria mobilizações e importante tensionamento com setores privados e conservadores dominantes produtores do modelo hegemônico, hospitalocêntrico, dos grandes complexos hospitalares e incorpora a pauta dos direitos dos pacientes psiquiátricos pela intervenção dos grupos de defesa dos direitos humanos:

[...] o tom das discussões marca o crescente caráter político e social da trajetória do MTSM. São abordadas, ainda, as implicações econômicas, sociais, políticas e ideológicas na compreensão das relações entre o processo de proletarianização da medicina, do poder médico, da assistência médico-psiquiátrica em processos de exclusão e controle sociais mais abrangentes. Critica-se o modelo assistencial como ineficiente, cronificador e estigmatizante em relação à doença mental. Os determinantes das políticas de saúde mental, dos processos de mercantilização da loucura, da privatização da saúde, do ensino médico e da psiquiatrização da sociedade são também temas de muita preocupação (AMARANTE, 1995, p. 56).

Inspirados pelas inovadoras experiências europeias de psiquiatria comunitária, pelo experimento americano da antipsiquiatria e, em especial, pela proposta de desinstitucionalização de Franco Basaglia no mesmo período, o MTSM assinalava a necessidade de implantação de serviços substitutivos de base comunitária.

Em 1987, organiza-se o II Congresso Nacional do MTSM em torno do tema *Por uma sociedade sem manicômios*, em que se redige um manifesto, marco histórico da Luta Antimanicomial no Brasil:

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical. Contra a mercantilização da doença! Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! Por uma sociedade sem manicômios!

Nesse período, têm início no Brasil as primeiras experiências de unidades de atendimento em meio aberto. Na cidade de São Paulo, implanta-se o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil em 1987, o Caps Professor Luís da Rocha Cerqueira (ou Caps Itapeva, como ficou conhecido) e a intervenção na cidade de Santos, em 1989, que culminou com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta e a implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), conferindo mais tenacidade à luta antimanicomial.

No âmbito da dimensão jurídico-política, estava colocado o imperativo de constituir marco legal, superando a trajetória segregacionista dos serviços de saúde. “A partir da década de 1990, foram iniciadas de forma mais enfática as lutas do movimento antimanicomial nos campos legislativo e normativo, em consonância com a construção da Reforma Psiquiátrica” (GUIMARÃES, 2010, p. 279).

Diversas portarias ministeriais orientaram as ações de saúde para a regulação das internações, a garantia de direitos e o atendimento humanizado dos internos, preparando terreno para a implantação da rede de serviços substitutivos.

No ano de 2001, foi promulgada a Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), que “dispõe sobre a proteção aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, ratificando a implantação de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio.

O Ministério da Saúde desenvolve diversas ações como a concessão de incentivos financeiros para a redução do número de leitos psiquiátricos, a implantação do programa de transferência de renda “De Volta Para Casa”, que beneficia egressos dos hospitais psiquiátricos, a criação dos Serviços de Residência Terapêutica, a implantação dos Caps no país.

Os Caps são considerados a porta que regula o acesso do usuário à rede assistencial de seu território. Oferecem atendimento a pessoas com transtorno mental que vai desde cuidados clínicos até atividades de reinserção social do usuário na comunidade, como o acesso ao trabalho, ao lazer, a direitos civis, devendo contribuir para o fortalecimento dos laços familiares e sociais.

O modelo da Rede de Atenção à saúde mental é assim definido pelo MS:

Figura 1. Rede de atenção à saúde mental



Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

De acordo com a demanda atendida, podem ser Caps adulto, para pessoas com 18 anos ou mais com transtornos mentais, Caps infanto-juvenil (Caps II), que atendem a crianças e adolescentes, ou Caps Álcool e Drogas (Caps AD), que oferecem serviços às pessoas que sofrem de transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Considerando o contingente populacional sob sua responsabilidade territorial, pode funcionar por dez horas (Caps I); por até 13 horas (Caps II) ou por 24 horas (Caps III).

As ações técnico-assistenciais têm seu foco direcionado para a reabilitação psicossocial, orientando ações e serviços para a interdisciplinaridade e a inclusão social dos usuários nos territórios onde se instalam. Esse modo de operar o cuidado exige do profissional uma mudança de atitude em relação à doença, aos sujeitos e aos modos de ser e de viver.

Na interface com a Atenção Básica, principalmente com a expansão da Estratégia Saúde da Família no território nacional, o Ministério da Saúde investe na implantação das Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental, atividade desempenhada a partir dos Caps ou com a constituição dos Nasf.

O relatório de Gestão 2003-2006, elaborado pela Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde, aponta o desafio de consolidar uma rede de atenção à saúde mental, destacando seu potencial para o desenvolvimento do trabalho com base territorial:

Somente uma rede, com seu potencial de construção coletiva de soluções, é capaz de fazer face à complexidade das demandas e de garantir resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais. A rede de saúde mental é complexa, diversificada, de base territorial e deve constituir-se como um conjunto vivo e concreto de referências para o usuário dos serviços (BRASIL, 2007, p. 11).

Em 2010, o MS, no que tange à implantação das RAS, define a APS como organizadora do cuidado:

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. (BRASIL, 2010)

Em dezembro de 2011, a Raps foi definida pelo Ministério da Saúde como uma rede prioritária, tendo por finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

A Raps tem como diretrizes a garantia de atendimento humanizado, integralidade no cuidado e equidade no acesso, respeito aos direitos humanos e enfrentamento aos preconceitos e estigmas, diversificação nas estratégias de cuidado organizadas em rede, incluindo aí ações

intersetoriais, uso de estratégias de redução de danos, incentivo à participação de usuários e seus familiares no território pelo exercício da cidadania e controle social e a promoção de estratégia de educação permanente para os profissionais.

Sua organização se dá em torno de componentes e pontos de atenção, conforme quadro abaixo:

Quadro 2 – Pontos de Atenção da RAPS

<b>Atenção Básica em Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade Básica de Saúde;</li> <li>• Núcleo de Apoio a Saúde da Família;</li> <li>• Consultório na Rua;</li> <li>• Centros de Convivência e Cultura.</li> </ul>
<b>Atenção Psicossocial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.</li> </ul>
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SAMU 192;</li> <li>• UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.</li> </ul>
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de Acolhimento;</li> <li>• Serviço de Atenção em Regime Residencial .</li> </ul>
<b>Atenção Hospitalar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitos de saúde mental em Hospital Geral.</li> </ul>
<b>Estratégias de Desinstitucionalização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços Residenciais Terapêuticos;</li> <li>• Programa de Volta para Casa;</li> <li>• Programa de Desinstitucionalização.</li> </ul>
<b>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda;</li> <li>• Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares.</li> </ul>

Fonte: Ministério da Saúde – 2011

Enquanto nas instituições asilares o regime segregacionista e disciplinar era palco para o desenvolvimento de atividades de caráter normativo e punitivo, nos serviços substitutivos, as ações propostas passam a ter foco na inclusão do indivíduo no meio familiar e comunitário. A atividade passa a ter por objetivo facilitar e valorizar a expressão do sujeito e sua produção, ampliando as possibilidades individuais e mediando o acesso aos bens comunitários, impactando significativamente a dimensão sociocultural.

Os diversos pontos de atenção da Raps devem se constituir de modo a garantir a integralidade do cuidado a partir do território de vida. Isso implica que a reabilitação psicossocial seja a prática cotidiana dos serviços, que fomente a constituição de redes de acolhimento e inclusão social, amplie as possibilidades de trânsito e de participação social dos sujeitos e estimule o pertencimento comunitário.

O estabelecimento dos fluxos assistenciais que envolvem a atenção básica, psicossocial, hospitalar, de urgência e emergência, estratégias de residencialidade, de desospitalização e de inclusão pelas vias do trabalho e da cultura implicam, mais do que a

discussão rotineira e cotidiana do cuidado produzido nos serviços, as negociações e pactuações na rede, objetivando o fortalecimento do paradigma antimanicomial e, de modo mais contundente, inscrevendo-se na dimensão sociocultural do complexo processo social que define o campo da saúde mental, como referido por Amarante (2013).

## 2.3 OS DISPOSITIVOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A reabilitação psicossocial pode ser compreendida como uma estratégia de cuidado com vistas à ampliação da capacidade contratual dos sujeitos nas suas relações familiares e comunitárias. Para Saraceno é o meio social, e não é o indivíduo, que deve ser o foco das mudanças propostas:

A reabilitação [psicossocial] pode ser definida como o conjunto de todas as atividades destinadas a maximizar as oportunidades do indivíduo para sua recuperação e minimização dos efeitos incapacitantes da cronicidade. Esses objetivos incluem a gestão ambiental no nível individual, familiar e comunitário. Desta forma, é evidente que a reabilitação constitui um marco conceitual sólido, uma referência para todo o desempenho psiquiátrico, e não pode ser considerada simplesmente como uma técnica particular para uma população específica de pacientes. Reabilitação é uma atitude estratégica do trabalhador, uma condição emocional de encontro entre o serviço e o usuário, uma política de superação das separações existentes entre os diferentes ambientes e recursos disponíveis (SARACENO; BARQUERO, 1992, p. 3 – 4. Tradução nossa)<sup>8</sup>.

Segundo Gerra (2004, p. 88) a atenção psicossocial deve objetivar “modificar as regras do jogo de forma que todos possam participar em trocas permanentes de competências e interesses”. Isto exige uma atuação que transcenda a dimensão técnica e assistencial e se insira de modo decisivo na dimensão sociocultural, alcançando uma maior participação dos sujeitos nos grupos sociais.

O território é o espaço de transformação humana, palco de construção e produção de sua história social, devendo ser orientador das ações de saúde a serem desenvolvidas nas unidades que compõem essa rede. Os projetos terapêuticos devem lançar mão de dispositivos diversificados no estabelecimento de caminhos que facilitem o trânsito dos sujeitos pelo território, que trabalhem o pertencimento comunitário e que estimulem as potencialidades e a participação social dos indivíduos.

---

<sup>8</sup> “La rehabilitación se podría definir como el conjunto de todas las actividades tendentes a la maximización de las oportunidades del individuo, para su recuperación y a la minimización de los efectos discapacitantes de la cronicidad. Estos objetivos contemplan el manejo ambiental a nivel individual, familiar y comunitario (1). De esta manera, resulta evidente que la rehabilitación se constituye en un marco conceptual sólido, efe referencia para toda la actuación psiquiátrica, y no puede ser considerada simplemente como una técnica específica para unapoblación específica de pacientes. La rehabilitación es una actitud estratégica del trabajador, una condición emotiva del encuentro entre el servicio y el usuario, una política de superación de las separaciones existentes entre los diferentes ambientes y recursos disponibles”.

Saraceno (1999, apud GUERRA, 2004) afirma que a criação de espaços e redes múltiplas de negociação entre paciente, família e comunidade introduz no campo o conceito de contratualidade, ou seja, a capacidade de engendrar contratos sociais que atuem na diminuição dos efeitos da exclusão social na prática cotidiana da cidadania.

O aumento da contratualidade depende de acesso viável à moradia, à rede social e ao trabalho, sendo este último potencial agenciador dos primeiros, tido como processo de articulação do campo dos interesses, das necessidades e dos desejos, meio de sustento e realização pessoal, em que se produzem e trocam mercadorias e valores, provocando a construção de novas redes e novas relações entre sujeitos sociais (SARACENO, 1999, apud GUERRA, 2004).

A atenção psicossocial não se limita, portanto, à reestruturação de serviços de saúde. Operar nesta lógica é, antes de tudo, investir em uma nova prática capaz de novas inscrições na cultura que possa intervir sobre “a estrutura material da instituição, sobre o preconceito social para com o doente mental, sobre o preconceito científico para com a doença” (BASAGLIA, 2015, p. 27 – 28).

[Ao] sofrimento [...] é necessário responder com estruturas e serviços que, além de garantir tratamento e assistência, sejam, ao mesmo tempo, lugares de vida, de estímulo, de confronto, de oportunidade, de diversas relações interpessoais e coletivas, visando a uma mudança social e política, antes social que sanitária (BASAGLIA, 2015, p. 28).

Considerar o sujeito em sua experiência singular no mundo e acolher os sentidos dessa experiência é constituinte essencial do paradigma psicossocial, devendo ser cotidianamente reafirmado nas práticas sociais dos trabalhadores da Raps.

O trabalho em rede requer que os profissionais incluam o paradigma psicossocial no rol de referências reconhecidas e validadas por eles em todos os elos da corrente. É requerida nesse fazer a ancoragem em conceitos que incluam novos elementos ao trabalho. Isso demanda dos profissionais um sentimento de “estranhamento”, de desconforto com a realidade, de implicação com os usuários, provocando o engajamento em novas práticas sociais.

São necessários movimentos que produzam “reflexividade crítica”, gerem um sentimento de “desfamiliarização” e problematização das escolhas de determinados rituais tomados como óbvios. A busca de novas alternativas deve provocar a ampliação do debate sobre os modos de produzir saúde em rede que tenham como paradigma a subjetividade como centro do projeto terapêutico.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 O CONSTRUCIONISMO SOCIAL COMO OLHAR DA PESQUISA

Entendemos que a pesquisa se caracteriza pela investigação dos fenômenos objetivando sua descrição, explicação, investigação, análise sendo um processo que exige uma busca permanente.

Ao longo de sua trajetória, Mary Jane Spink ajudou a desenvolver uma proposta metodológica de interpretação das questões sociais denominada construcionismo social. Esta abordagem parte do princípio de que o conhecimento não reflete uma apreensão do mundo tal qual ele se apresenta ao observador, sendo sim, o resultado de uma construção social.

Um dos principais teóricos da corrente construcionista, Kenneth Gergen (2010, p. 20) afirma que “tudo que consideramos real é resultado de uma construção social, ou seja [...] nada é real a menos que as pessoas concordem que assim o seja”.

Ainda segundo o autor, é o compartilhamento dessa construção por diferentes comunidades que garante a ela o *status* de real. Sob este pressuposto, a pesquisa científica é vista como a “explicitação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem e explicam o mundo em que vivem” (GERGEN, 1985, apud SPINK, 2013, p. 9).

Conforme destaca Spink, entre os diversos autores que dão sustentação ao construcionismo social, cabe destacar as contribuições de Peter Berger e Thomas Luckmann (1966); Kenneth Gergen (1985) e Tomás Ibáñez (1994).

No âmbito da Sociologia do Conhecimento, Berger e Luckmann partem da premissa de que a sociedade é um produto humano, ou seja, é socialmente construída. Para eles, o conhecimento do senso comum é o tecido de significados que constitui a sociedade. Sua objetivação é decorrente de esquemas de tipificação, institucionalização e socialização: os processos de apreensão do *outro* na interação face a face se constituem em hábitos que ganham autonomia, se institucionalizam e são socializados em processos históricos.

O pressuposto, aqui, é que o *homem é um produto social*. Mas não se trata de um modelo estático, pois, se a socialização é um instrumento de *conservação*, os processos de ressocialização e as rupturas decorrentes do enfrentamento do não familiar possibilitam a ressignificação e a transformação social (SPINK, 2013, p. 9).

As contribuições da Psicologia Social se voltam a analisar a produção do sentido no cotidiano a partir da ideia de que o conhecimento é fruto de uma construção social. Gergen afirma que:

Os termos em que o mundo é conhecido são artefatos sociais, produtos de intercâmbios historicamente situados entre pessoas [...]. Nesse sentido, convida-se à

investigação das bases históricas e culturais das variadas formas de construção de mundo [...]. As descrições e explicações sobre o mundo são formas de ação social. Desse modo, estão entremeadas com todas as atividades humanas (1985, p. 267-268 apud SPINK, 2013, p. 10).

Ibáñez critica a retórica da verdade como o conhecimento absoluto e sugere que as verdades “são sempre específicas e construídas a partir de convenções pautadas por critérios de coerência, utilidade, inteligibilidade, moralidade, enfim, de adequação às finalidades que designamos coletivamente como relevantes” (SPINK, 2013, p.12).

A compreensão de verdade abstrai-se, então, da pretensão de ser universalizante, sendo tomada a partir de critérios de legitimação: “toda verdade é uma *verdade* com ‘v’ minúsculo, ou seja, é uma verdade porque alguma comunidade a legitima como tal, utilizando-se para essa definição [de] parâmetros histórica e culturalmente construídos” (SOUZA, 2014, p. 56).

Em outras palavras, as práticas sociais se desenvolvem em processos interativos pelos quais as pessoas irão compreender e manejar os fenômenos, produzindo sentido para o coletivo.

O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (SPINK, 2013, 22).

Enquanto empreendimento interativo as práticas sociais em uso pelos indivíduos passam de maneira constante por movimentos de significação e de ressignificação que ora as ratificam, ora as retificam. É a *produção de sentido* no coletivo que gera o conhecimento construído na multiplicidade.

A produção de sentido se dá, então, mediante uma constante reflexividade frente a movimentos de desfamiliarização com nossas verdades legitimadas como tal em nossos grupos sociais. Novos e antigos conceitos se justapõem em processos dinâmicos e constantes:

Criamos espaço, sim, para novas construções, mas as anteriores ficam impregnadas nos artefatos da cultura, constituindo o acervo de repertórios interpretativos disponíveis para dar sentido ao mundo. Decorre daí a espiral dos processos de conhecimento, um movimento que permite a convivência de novos e antigos conteúdos (conceitos, teorias) e a ressignificação contínua e inacabada de teorias que já caíram em desuso (SPINK, 2013, p.10).

Na seção seguinte, abordamos as práticas discursivas.

### 3.2. AS PRÁTICAS DISCURSIVAS

As relações, vistas como o espaço da construção do mundo, têm na própria linguagem uma prática social. A partir dos jogos de posicionamentos nos grupos, se constituem os acordos coletivos que validam verdades e legitimam o conhecimento a partir de critérios de *utilidade social*. Assim, um dado fenômeno “se sustenta porque diferentes pessoas se engajam em práticas sociais que garantem o *status* de real” (SOUZA, 2014, p. 59-60).

Sob esta perspectiva, a produção dos sentidos sobre o mundo é uma construção social, um exercício dialógico.

[...] a produção de sentido não é uma atividade cognitiva intraindividual, nem pura e simples reprodução de modelos predeterminados. Ela é uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso. A produção de sentido é tomada, portanto, como um fenômeno sociolinguístico – uma vez que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido – e busca entender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo), como os repertórios utilizados nessas produções discursivas (SPINK, 2013, p. 22 - 23).

A linguagem é aqui compreendida não como sistema de representação de fatos e fenômenos, mas como atividade humana produtora de realidade em si, produtora de verdade.

A linguagem em uso é tomada como prática social e isso implica trabalhar a interface entre os aspectos performáticos da linguagem (quando, em que condições, com que intenção, de que modo) e as condições de produção (entendidas aqui tanto como contexto social e interacional, quanto no sentido foucaultiano de construções históricas) (SPINK, 2010, p. 26).

Os discursos ocorrem com regularidades linguísticas, ou seja, há neles um “uso institucionalizado da linguagem” em sistemas ou grupos sociais, caracterizados por uma tendência à permanência no tempo, embora possa haver, em um mesmo contexto histórico, “discursos que podem competir entre si ou criar versões distintas e incompatíveis acerca de um dado fenômeno social” (DAVIES; HARRÉ, 1990, apud SPINK, 2013, p. 24).

Spink resgata do filósofo russo Mikhail Bakhtin (1995) a ideia de *linguagens sociais*, reconhecendo que há discursos típicos de determinados grupos sociais (como de algumas profissões ou de grupos etários). Somados ao contexto da produção linguística, passam a constituir o que ele nomeou *speech genres*. “Os *speech genres*, ou *gêneros de fala*, são as formas mais ou menos estáveis de enunciados, que buscam coerência com o contexto, o tempo e o(s) interlocutor(es)” (BAKHTIN, 1995 apud SPINK, 2013, p. 24). As regularidades linguísticas são aspectos do discurso que garantem as trocas sociais.

Se os gêneros de linguagem traduzem as regularidades linguísticas, o sentido do discurso é vislumbrado na irregularidade, na ruptura com o que é rotineiro, traduzindo os posicionamentos das pessoas nas relações cotidianas.

A partir do sentido produzido nas rupturas com o discurso usual, emergem as práticas discursivas:

O conceito de *práticas discursivas* remete [...] aos momentos de ressignificações, de rupturas, de produção de sentido, ou seja, corresponde aos momentos ativos do uso da linguagem, nos quais convivem tanto a ordem como a diversidade [...] as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas (SPINK, 2013, p. 26).

Sendo linguagem em ação, as práticas discursivas estão presentes na conversação, também chamadas de interanimação dialógica, caracterizada pelo endereçamento a um interlocutor. O interlocutor nem sempre está fisicamente presente na interanimação, como no caso de um pensamento, mas seu endereçamento se faz presente na prática discursiva.

A prática discursiva é performada, traz implicações, consequências: “quando falamos, estamos invariavelmente realizando ações – acusando, perguntando, justificando, etc. –, produzindo um jogo de posicionamentos com nossos interlocutores, tenhamos ou não essa intenção” (SPINK, 2013, p. 27).

As práticas discursivas, assim situadas, constituem o foco central de análise na abordagem construcionista. Implicam ações, seleções, escolhas, linguagens, contextos, enfim, uma variedade de produções sociais das quais são expressão. Constituem, dessa forma, um caminho privilegiado para entender a produção de sentido no cotidiano (SPINK, 2013, p. 20- 21).

Na seção seguinte, apresentamos a operacionalização desta investigação com base no construcionismo social.

### 3.2 O CONSTRUCIONISMO SOCIAL E A OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

O método de investigação adotado no construcionismo social é o método compreensivo, baseado na observação do fenômeno social pela ótica de quem dele participou. Isso implica a observação da construção de sentidos e de legitimações das práticas sociais produzidas pela experiência por meio da análise das práticas discursivas (Quadro 3).

As práticas discursivas são constituídas pelas *Unidades Básicas de Linguagem* e pelas *Unidades Básicas da Comunicação*. Enquanto as primeiras se referem a palavras e sentenças de um único locutor, as últimas são relacionais, ou seja, ocorrem com interlocução, se referindo a elos comunicativos, produzindo dialogicidade. São compostas pelos enunciados, pela forma e pelo conteúdo (BAKHTIN, 1994, apud SPINK, 2010).

Bakhtin considera o enunciado, também denominado *dinâmica*, a *Unidade Básica da Comunicação* e vai de uma pergunta até a finalização da resposta, produzindo um elo que permite a identificação do sentido do que foi comunicado. Quando ocorre a mudança do interlocutor (sujeito), inicia-se outro elo na cadeia comunicativa. O enunciado é caracterizado por ter endereçamento e ser pleno de dialogicidade, visto que, ao mesmo tempo, envolve uma resposta e produz a evocação de um novo enunciado e, portanto, de nova unidade de comunicação.

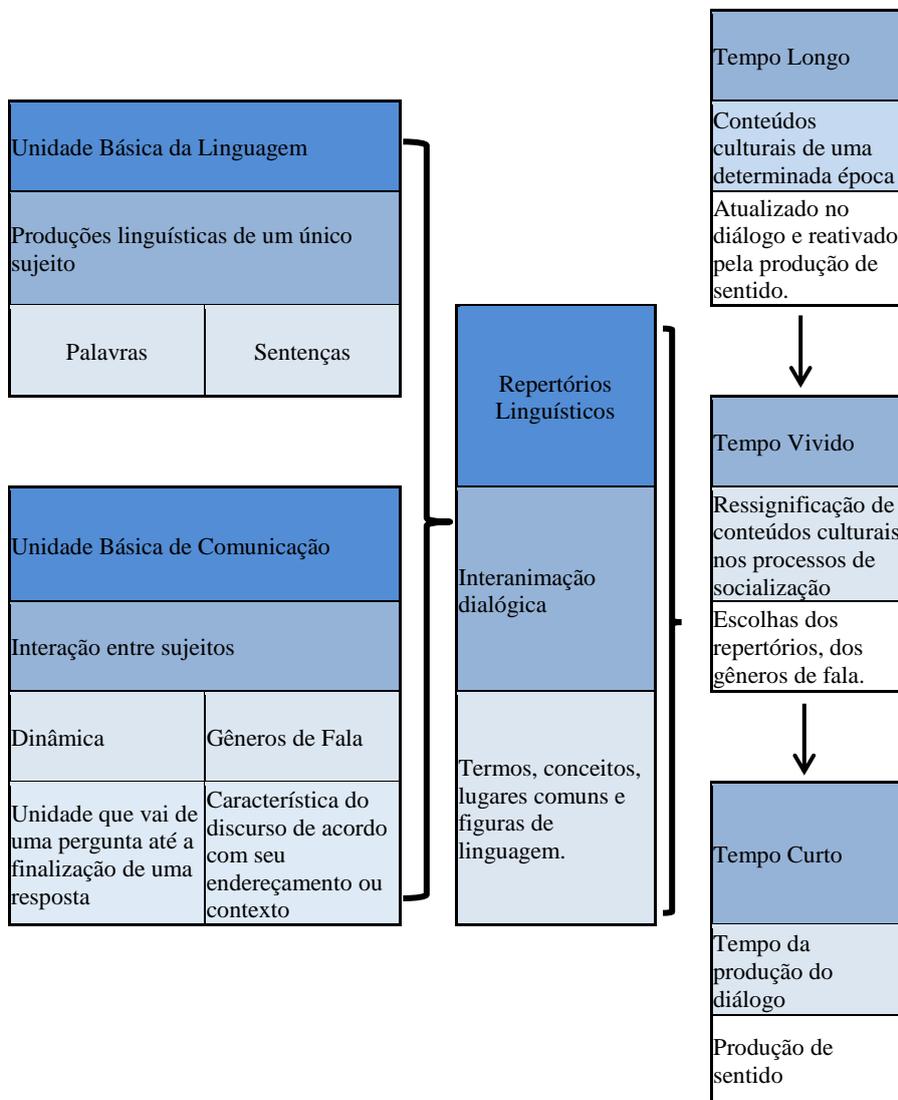
As formas denominadas por Bakhtin como *speech genres* e traduzidas por Spink como *gêneros da fala* referem-se a uma competência adquirida no processo de socialização que permite a comunicação. Caracteriza-se pela tipificação do discurso de acordo com seu endereçamento ou contexto, podendo, em certa medida, “predizer” ou antecipar o desenvolvimento do enunciado. Há um gênero de fala característico de comemorações como aniversários, outro de salas de aula, outro de consultórios médicos, para citar alguns exemplos. Já os conteúdos são nomeados *repertórios linguísticos*, constituindo-se pelos “termos, os conceitos, os lugares comuns e figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades de construções de sentidos” (SPINK, 2010, p. 32).

Os repertórios linguísticos cumprem o papel de integração entre as *Unidades Básicas da Linguagem* e as *Unidades Básicas da Comunicação*, configurando os “processos de interanimação dialógica” (BAKHTIN, 1994, apud SPINK, 2010). A circulação dos repertórios linguísticos é carregada de temporalidade: as próprias do sujeito, percebidas nos gêneros de fala e relacionadas ao seu papel social, e também aquelas ligadas à tradição e à cultura, a um passado que se presentifica nos contextos de comunicação. A análise desses repertórios levará em consideração essa perspectiva temporal em três possibilidades: Tempo Longo, Tempo Vivido e Tempo Curto (SPINK, 2010).

O *Tempo Longo* refere-se à construção dos conteúdos culturais de uma determinada época, passíveis de ser reativados pela construção de sentidos. O *Tempo Vivido* analisa a ressignificação destes conteúdos culturais nos processos de socialização como gerador de possibilidades de uso dos repertórios, dos gêneros de fala. “É o tempo de vida de cada um de nós; tempo da memória na qual enraizamos nossas narrativas pessoais e identidades” (SPINK, 2010, p. 34). O *Tempo Curto* é o tempo da produção do diálogo, dos enunciados como interanimação dialógica em que é possível alcançar a produção de sentido. “É nesse tempo que se presentificam as diferentes vozes ativadas pela memória cultural do tempo longo ou pela memória pessoal do tempo vivido” (SPINK, 2010, p. 34).

A partir destes conceitos, elaboramos um quadro-resumo dos elementos constituintes da categoria práticas discursivas:

Quadro 3 – Elementos constituintes das Práticas Discursivas



Fonte: elaboração própria

### 3.3 CAMINHOS, TRILHAS E PERCURSOS METODOLÓGICOS

Esta dissertação se desenvolveu a partir de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, fundamentada em levantamento documental e pesquisa de campo. O objeto de estudo é um projeto de formação de trabalhadores em Educação Permanente em Saúde voltado para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. Estabelecido por convênio

entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, foi nomeado Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana (PRS).

Não se trata aqui de definir as melhores estratégias para a formação de profissionais em serviço, mas de descrever e analisar uma experiência de projeto de EPS a partir do objetivo de articular os atores envolvidos no cuidado nos diversos pontos de atenção da Raps a partir de sua pertinência para a produção de coletividade de rede, ou seja, da construção de propósitos comuns.

A partir da proposta de investigação científica do construcionismo social, procedemos à análise das práticas discursivas com vistas a compreender os sentidos produzidos pela experiência de participação no PRS do ponto de vista dos atores nela envolvidos: coordenadores de área, docentes e alunos/trabalhadores. Essa análise foi feita a partir da perspectiva temporal em que ocorre a circulação dos repertórios, considerando *Tempo Longo*, *Tempo Vivido* e *Tempo Curto* (SPINK, 2010):

O *Tempo longo* é a fonte de onde advêm os conteúdos históricos e culturais, percurso de desenvolvimento do paradigma da atenção psicossocial. O tempo longo foi descrito no Capítulo 2 desta dissertação: A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL NA CONSTITUIÇÃO DOS REPERTÓRIOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: O TEMPO LONGO. A pesquisa do Tempo Longo se desenvolveu pela revisão bibliográfica em livros e artigos sobre os paradigmas do campo da saúde mental.

O *Tempo Vivido* refere-se à ressignificação dos conteúdos da EPS enquanto estratégia para articulação da rede de cuidados e da atenção psicossocial, observáveis na descrição do PRS: suas concepções e estratégias metodológicas. Esses repertórios foram coletados em dossiês descritivos do trabalho e através de minha narrativa pessoal, enquanto coordenadora do projeto.

Por fim, o *Tempo Curto* diz respeito à produção do diálogo, da interanimação dialógica, cujos repertórios linguísticos serão observáveis pela pesquisa de campo e coleta de dados realizada nas entrevistas com coordenadores de curso e docentes e no grupo focal realizado com alunos/trabalhadores que participaram da formação.

Foram convidados para a entrevista oito docentes, entre os 24 que iniciaram o trabalho no PRS em 2014, tendo como primeiro critério de escolha o fato de terem ministrado as aulas em pelo menos dois cursos distintos em mais de quatro turmas, sendo dois de cada Área Temática.

As entrevistas foram realizadas em lugares diversos a depender da disponibilidade apresentada pelo convidado. Apenas uma pessoa não pode participar por estar trabalhando

como professora universitária em outro município. Foram dois docentes da Área de Atenção à saúde mental da infância e adolescência, dois docentes da Área de Atenção à saúde mental do adulto e às situações de crise, dois docentes da Área de Rede de Atenção Psicossocial. Um docente da Área de Atenção à saúde dos usuários de substâncias psicoativas foi entrevistado, mas a qualidade de som ficou muito ruim, devido ao fato de que a entrevista foi realizada ao ar livre. Por isso esta entrevista foi descartada. Todos os entrevistados tinham graduação em psicologia.

Dos quatro coordenadores de área, responsáveis pela elaboração e acompanhamento dos cursos, uma pessoa havia falecido em 2018; um dos coordenadores é coorientador desta pesquisa, não tendo sido, portanto, entrevistado. As outras duas coordenadoras responderam à entrevista. Ambas têm graduação em psicologia. Uma se identificou como professora universitária e a outra como pesquisadora, terapeuta familiar e ativista social.

Foram realizados também dois grupos focais com os alunos/trabalhadores da Raps que participaram do PRS. Estes alunos foram selecionados entre aqueles que fizeram mais de dois cursos para que pudessem tecer considerações acerca do projeto como um todo e não de um curso isolado. Os grupos focais aconteceram na escola regional onde os cursos foram realizados.

Das seis regiões da cidade onde os cursos foram desenvolvidos, selecionamos uma onde houve uma boa adesão da gestão da escola, da gestão da Raps e do conjunto de trabalhadores ao PRS, ocasionando uma mobilização do território em torno da proposta formativa. Os profissionais foram convidados por e-mail a participar e compareceram voluntariamente no dia e horário marcados. Dos 20 convidados, seis compareceram. Em função da disponibilidade de horário dos trabalhadores, foram feitos dois grupos no mesmo dia.

Embora tenham sido convidados profissionais de diversos pontos da Raps, todos os profissionais que compareceram eram de unidades especializadas: três de Caps Álcool e Drogas, um de Caps Infante-Juvenil, um de Caps Adulto e um de Centro de Convivência e Cooperativa. Eram cinco mulheres e um homem.

Do primeiro grupo participaram quatro profissionais e, do segundo, dois. No primeiro grupo, uma das pessoas chegou com bastante atraso, tendo estado ausente, portanto, na discussão das questões iniciais.

Suas formações eram: uma enfermeira, uma fonoaudióloga, uma terapeuta ocupacional e três psicólogos. Dois deles eram gerentes na ocasião de realização do PRS. Em todas as

unidades, um grande número de profissionais da equipe fez os diversos cursos por meio de revezamento para a participação.

Os cursos do PRS aconteceram entre março de 2014 e novembro de 2015. As entrevistas foram realizadas entre os meses de setembro e novembro de 2018.

Os entrevistados foram identificados por letras maiúsculas, seguidas de um número para a diferenciação e correlação das entrevistas, a saber: C – Coordenador de área; D – Docente e T – Trabalhador da rede. As questões que nortearam as entrevistas e os grupos focais estão inseridas no Apêndice I.

Na realização das entrevistas e grupos focais participou, além de mim, uma profissional que também coordenou o PRS e que fez parte do mesmo grupo de pesquisa, estudando as narrativas coletivas elaboradas como trabalho de conclusão dos cursos. Na realização do grupo focal, esteve presente também uma estagiária de psicologia que acompanha o PRS há cerca de um ano pela EMS. Tanto os grupos quanto as entrevistas foram gravados com recurso do aparelho celular e transcritos posteriormente na íntegra. A partir da transcrição, elaboramos o mapa de entrevistas, identificando os temas abordados e relacionando todas as produções linguísticas a eles relacionadas.

A pesquisa foi autorizada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Fiocruz (CAAE: 91285818.9.0000.5241) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CAAE: 91285818.9.3001.0086). Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram lidos e assinados pelos participantes (ANEXO I).

#### **4. DESCRIÇÃO DO PROJETO REDE SAMPA - SAÚDE MENTAL PAULISTANA (PRS) – O TEMPO VIVIDO**

O cuidado produzido pelos trabalhadores da saúde mental no decorrer das últimas décadas se constitui em estratégias que, de modo diverso e antagônico, legitimam práticas calcadas ou em paradigmas hegemônicos, manicomiais e segregacionistas, ou contra-hegemônicos, de cuidado comunitário e orientação psicossocial.

O campo da saúde coletiva e a implantação de políticas públicas envolvem, pela característica de questionamento acerca da normatividade social constituinte dos paradigmas, um debate que confronta as possibilidades de acolhimento a modos plurais de viver ou a sua negação e assujeitamento, o direito à liberdade e ao trânsito pelos espaços coletivos ou a institucionalização e isolamento social, a disputa por ampliação da contratualidade social ou a invalidação das produções singulares. No entanto, nem sempre a discussão sobre os paradigmas do cuidado em saúde mental faz parte da trajetória profissional dos trabalhadores da Atenção Básica, de equipes dos serviços hospitalares e das especialidades.

Considerando a trilha histórica percorrida na constituição da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial no Brasil, a implantação da Raps reafirmou a adoção do paradigma psicossocial, orientando o estabelecimento do modelo contra-hegemônico e da ética emancipatória que se desenvolveu desenhada por movimentos em que o trabalhador tem protagonismo, junto aos usuários e familiares.

Assim, a articulação entre os pontos de atenção deve se constituir de modo a garantir a integralidade do cuidado a partir do território de vida. Isso implica que a reabilitação psicossocial seja a prática cotidiana dos serviços, que fomente a constituição de redes de acolhimento e inclusão social, amplie as possibilidades de trânsito e de participação social dos sujeitos e estimule o pertencimento comunitário.

Para que o projeto terapêutico seja compartilhado por todos os serviços, é de fundamental importância a promoção de espaços de negociação acerca do acompanhamento do itinerário do usuário pela Rede. Nesse sentido, em dezembro de 2012, durante a transição de governo no município de São Paulo (de Gilberto Kassab/PSD para Fernando Haddad/PT), a SMS celebrou convênio com a SGTES para a realização de Oficinas de atualização dos trabalhadores no campo da saúde mental, com transferência de recursos financeiros para a execução da municipalidade.

A proposta apresentada pelo município para o Convênio seguiu a linha das ações formativas em desenvolvimento no Ministério da Saúde, estruturando-se em três metas:

- Meta 1: Realização de “Oficina Saúde Mental da Infância e Adolescência no âmbito da Rede de Atenção Básica e Psicossocial”, com carga horária de 80 horas presenciais, destinada a profissionais com formação em nível médio que tivessem atuação no cuidado em saúde mental com crianças e adolescentes na Rede de Atenção Básica e Psicossocial, especialmente no Caps Infantil. O objetivo era a atualização no campo da saúde mental da infância e adolescência, considerando adoecimentos mais prevalentes e principais abordagens, bem como os desafios para o atendimento em Redes de Atenção Psicossocial em Saúde (SUS). Foram oferecidas 4.500 vagas, distribuídas em dois ciclos, com 45 turmas de 50 profissionais em cada um deles.
- Meta 2: “Oficina Atenção às Situações de Crise em Saúde Mental”, com carga horária de 80 horas presenciais, destinada a profissionais de nível médio que tivessem atuação no cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial, especialmente nos Caps, Samu 192, UPA 24h, AMA, Pronto Socorros e Serviços Hospitalares de Referência em Saúde Mental nos Hospitais Gerais. O objetivo era a atualização dos trabalhadores da rede de atenção psicossocial e básica do município no campo da atenção às situações de crise em saúde mental, considerando situações mais prevalentes, principais abordagens e possibilidades de manejo, incluindo aquelas relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, bem como os desafios para o atendimento nas Redes de Atenção em Saúde.  
Eram oferecidas 4.500 vagas distribuídas em dois ciclos, com 45 turmas de 50 profissionais em cada um deles.
- Meta 3: “Oficina de Atualização em saúde mental e trabalho em rede nas demandas relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas”, com carga horária de 160 horas presenciais, destinada a profissionais de nível médio e nível universitário com atuação no cuidado em saúde mental, na Rede de Atenção Psicossocial. O objetivo era discutir o cotidiano do trabalho na rede de atenção básica e psicossocial, com ênfase no processo de cuidado de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e manejo nos diferentes pontos de atenção. Eram oferecidas 2 mil vagas distribuídas em dois ciclos, com 20 turmas de 50 profissionais em cada um deles.

O parecer do Ministério da Saúde foi favorável à proposta, orientando que os conteúdos a serem trabalhados na formação estivessem em consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e com as Políticas e Ações de Saúde Mental e Educação Permanente do Ministério da Saúde.

O Departamento da Atenção Básica, por meio da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS/MS) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS) deveriam dar suporte e acompanhamento às ações, bem como no apoio às oficinas de treinamento de instrutores.

Em abril/2013, já com a equipe de gestão do novo governo municipal, a proposta passa a ser coordenada pela Escola Municipal de Saúde<sup>9</sup>, responsável pelo planejamento, organização e execução das atividades de EPS no município.

As ações de educação permanente em saúde, vistas pela EMS como recurso estratégico para a gestão e para a organização da atenção à saúde, devem se pautar por uma lógica descentralizada, ascendente e transdisciplinar (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). No projeto original, as ações estavam limitadas a um conjunto de cursos estanques, desarticulados entre si, com desenvolvimento pontual, direcionados a públicos organizados de acordo com níveis de escolaridade. Iniciou-se, então, um processo de reorganização do plano de trabalho, considerando o grande aporte financeiro transferido para o Fundo Municipal e partindo da necessidade de adequá-lo à realidade local, conforme determinado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A partir do conceito de aprendizagem significativa preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e situando-se no eixo da Atenção Psicossocial, definido na Raps, o novo projeto deveria constituir-se alinhado ao contexto social ao qual se destinava. O endereçamento peculiar ao macroterritório cunhou sua nomeação: Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana.

A SMS/SP tem 979 estabelecimentos de saúde<sup>10</sup>, sendo 20 hospitais municipais, 464 unidades básicas de saúde, 193 unidades de saúde mental, 36 unidades de reabilitação, além de unidades de referência em saúde do idoso, de vigilância em saúde, de apoio diagnóstico e

---

<sup>9</sup> A Escola Municipal de Saúde (EMS) é uma unidade municipal e conta com unidades regionalizadas (EMSR) para o desenvolvimento de suas atividades. De acordo com o Decreto nº 57.857, de 05/09/2017, tem as seguintes atribuições: I – implementar e conduzir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia de formação e aperfeiçoamento da SMS; II – gerir a Política Municipal de Educação Permanente em saúde; III – definir a Política de Gestão do Conhecimento, de acordo com as diretrizes estabelecidas na legislação vigente; IV – coordenar a educação mediada por tecnologia; V – propor e articular a política de formação e desenvolvimento para o SUS; VI – estimular a promoção de eventos de cunho acadêmico visando à valorização das práticas coletivas em produção do conhecimento em Saúde; VII – coordenar o sistema de monitoramento e avaliação de indicadores de resultados e desempenho dos processos educativos em saúde; VIII – fomentar e apoiar, por meio de parcerias, a consolidação de grupos de pesquisa e investigação.

<sup>10</sup>Fonte: CEINFO/SMS/PMSP (ano 2019). Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/TabelaEstabServCRS.pdf>>. Acesso em 16 mar. 2019

terapêutico, de saúde do trabalhador, de práticas integrativas e complementares em saúde, de DST/AIDS, de saúde bucal. Para atuar na rede, há aproximadamente 82 mil profissionais.

Desde 2007, o município de São Paulo tem grande parte de suas unidades de saúde regidas por contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde (OSS). Os trabalhadores têm basicamente dois tipos de vínculos trabalhistas: os regidos por regime estatutário, em geral trabalhando nas chamadas “unidades diretas”, e os regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), contratados pelas OSS para atuar nas unidades sob esta modalidade de administração. Mais de 60% dos profissionais atuantes na rede municipal neste período eram regidos por contrato de trabalho com as OSS. As ações de EPS desenvolvidas no município se destinam à totalidade de trabalhadores, independentemente do vínculo empregatício.

Para adequar o projeto de EPS à cidade de São Paulo, implantou-se um Grupo de Trabalho (GT), sob minha coordenação, que reuniu profissionais das Escolas Municipais de Saúde Regionais e das Áreas Técnicas de Saúde Mental do Gabinete e das Coordenadorias Regionais de Saúde, possibilitando um diálogo entre atores com representatividade para discutir as ações de Educação Permanente em Saúde e de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no município. A partir daí, uma nova meta foi estabelecida: capacitar 11 mil trabalhadores da Raps em diversos tipos de ações educacionais.

Em três oficinas, ocorridas em maio e junho/2013, o GT definiu as linhas gerais das ações de EPS a serem desenvolvidas em temáticas assim definidas:

1. Atendimento e manejo de grupos.
2. Manejo e conceituação ampliada da crise em saúde mental.
3. Psicopatologia, Psicofarmacologia e Medicalização.
4. Atendimento familiar.
5. Vulnerabilidades e situações de risco psicossocial na infância e adolescência: abordagem e linhas de cuidado integral.
6. Detecção precoce de transtornos graves na infância e adolescência e medicalização
7. Histórico e Epidemiologia do uso de drogas.
8. Comorbidades psiquiátricas e uso de drogas.
9. A redução de danos: conceituação, mitos e estratégias de ação no território e com população vulnerável.
10. Reforma Sanitária, o SUS, seus princípios e diretrizes, a Reforma Psiquiátrica e o trabalho em rede.
11. Matriciamento.
12. Linhas de cuidado integral e Projeto Terapêutico Singular.

13. Economia Solidária e organização de redes de produção e comercialização.
14. Recursos terapêuticos e ferramentas para atendimento em oficinas.
15. Cartografia e Itinerários de Cidadania – circuitos da cidade.

Relativas aos tipos de formação foram propostas:

1. Cursos de capacitação semipresenciais, com uso de Ambiente Virtual de Aprendizagem.
2. Especialização em saúde mental para profissionais de nível médio.
3. Especialização em saúde mental para profissionais de nível universitário.
4. Aprimoramento para a qualificação dos gerentes das unidades que compõem a Rede de Atenção Psicossocial.
5. Aprimoramento para a qualificação dos Interlocutores de saúde mental da Raps, objetivando o fortalecimento do trabalho em rede.
6. Qualificação dos Fóruns de Saúde Mental.
7. Encontros Regionais para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial.
8. Seminários e Encontros municipais.
9. Avaliação e monitoramento das ações.
10. Sistematização das experiências vividas no processo.

Na articulação entre forma e conteúdo, colocou-se para o GT o desafio de desenvolver um projeto único, ou seja, criar estratégias que possibilitassem aos profissionais e gestores a percepção de um fio condutor: o fortalecimento do trabalho em rede.

Como uma primeira estratégia de conferir unicidade ao projeto que seria desenvolvido em uma grande extensão territorial e temporal (vigência do convênio, considerados dois aditamentos de prazo, entre 2013 e 2020, com possibilidades de novas prorrogações), foi criada uma identidade visual do projeto, que o apresentaria nas diversas ações, materiais didáticos e mídias.

Figura 2 – Identidade visual



## 4.1 A ELABORAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DO PROJETO

A partir da relação de cursos que iriam compor o novo plano de trabalho, foi feito um agrupamento por Áreas Temáticas. Os cursos poderiam, desse modo, ser ofertados em módulos independentes, ou seja, sem se constituírem como pré-requisitos sequenciais entre si.

Figura 3 – Áreas Temáticas



As áreas reuniram os seguintes cursos:

1. Atenção à saúde mental da infância e adolescência:
  - a. Atendimento familiar.
  - b. Vulnerabilidades e situações de risco psicossocial na infância e adolescência: abordagem e linhas de cuidado integral.
  - c. Detecção precoce de Transtornos graves na infância e adolescência e medicalização.
2. Atenção à saúde mental do adulto e às situações de crise:
  - a. Manejo e conceituação ampliada da crise em saúde mental.
  - b. Psicopatologia, Psicofarmacologia e Medicalização.
  - c. Atendimento e manejo de grupos.
3. Atenção à saúde dos usuários de Substâncias Psicoativas:
  - a. Histórico e Epidemiologia do uso de drogas: Da visão reducionista da doença à Política de Atenção à Saúde Mental, álcool e outras drogas.
  - b. A Redução de danos: conceituação, mitos e estratégias de ação no território e com população vulnerável.
  - c. Comorbidades psiquiátricas e uso de drogas.
4. Rede de atenção Psicossocial:
  - a. O SUS, a Reforma Psiquiátrica e os desafios para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial.
  - b. Matriciamento.

c. Linhas de cuidado integral e Projeto Terapêutico Singular.

Em 2014, iniciou-se a contratação dos profissionais responsáveis pela execução das atividades, definindo duas funções a serem desempenhadas por atores distintos no decorrer do processo formativo e que constituiriam o Grupo de Formadores.

1 – Coordenador de área: com experiência acadêmica, contratados por processo de Notória Especialidade e Singularidade (Inexigibilidade de licitação) e responsáveis pela elaboração dos cursos nos quatro grandes eixos, tendo por atribuição:

- Elaborar as ementas dos cursos a partir das proposições de conteúdos elencadas pelos trabalhadores e sistematizadas pelo GT, tanto para a modalidade presencial quanto para as atividades do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA);
- Participar de encontros regionais com trabalhadores (Rodas de Conversa), colocando em discussão as temáticas propostas e fazendo a adequação dos conteúdos a partir das realidades territoriais;
- Elaborar o material didático-pedagógico dos cursos em conjunto com os docentes;
- Realizar a capacitação inicial dos docentes;
- Realizar acompanhamento mensal com os docentes no decorrer do curso, acolhendo as problemáticas relatadas por eles a partir dos encontros com os trabalhadores;
- Reunir-se esporadicamente com equipe de coordenação do Projeto e demais coordenadores.

2 – Docentes: selecionados por edital público, com experiência em docência e conhecimento da rede assistencial do SUS, tendo como atribuições:

- Participar da capacitação inicial com os Coordenadores;
- Participar das reuniões de acompanhamento mensal;
- Colaborar na construção do material didático-pedagógico;
- Ministras as aulas para os alunos nas EMSR, garantindo a abordagem dos conteúdos previstos;
- Acompanhar os alunos nas atividades do AVA e na elaboração do trabalho final;
- Promover as reflexões acerca dos conteúdos trabalhados e sua correlação com a rede territorial local.

O Grupo de Formadores foi responsável pela elaboração das aulas, a partir da ementa organizada pelo coordenador, sendo construída ao longo do curso, possibilitando a inserção nas temáticas de questões que emergiam nas salas de aula, fruto do encontro com os trabalhadores e a partir da discussão de suas práticas. Essa estratégia exigia encontros

rotineiros do Grupo de Formadores, facilitando também a troca entre os docentes e o reconhecimento das realidades dos diversos territórios de trabalho.

Os cursos foram elaborados na modalidade semipresencial, com carga horária total de 60 horas, sendo 32 horas de encontros presenciais (oito encontros de 4 horas cada) e 28 horas em AVA, fazendo uso da Plataforma Moodle®

As turmas foram organizadas de acordo com o território de trabalho e aconteceram nas unidades regionais da Escola Municipal de Saúde, as EMSR, localizadas nas regiões Leste, Centro-Oeste, Norte, Sul e Sudeste do município, reunindo trabalhadores tanto das unidades da administração direta quanto daquelas regidas por contrato de gestão com as OSS.

Esse modo de organizar as turmas fazia um contraponto a grandiosidade, diversidade e complexidade da cidade, tendo a finalidade de facilitar a caracterização coletiva das vulnerabilidades e principais determinações sociais dos quadros de sofrimento psíquicos, o reconhecimento dos recursos formais e informais disponíveis para a organização do cuidado, a apresentação de estratégias e intervenções inovadoras capazes de potencializar o trabalho em rede.

Na estrutura curricular constituída a partir dos temas que emergiram dos processos de escuta dos trabalhadores, o território era o ponto para a convergência do olhar dos docentes e dos alunos que singularizava o processo formativo. As turmas tiveram constituição heterogênea, sendo formadas por trabalhadores de distintas categorias profissionais e níveis de escolaridade: Agentes Comunitários de Saúde, Assistentes Sociais, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros, Médicos, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, etc. Também na mesma turma eram reunidos profissionais dos diversos pontos de atenção: Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Convivência e Cooperativa, Centro Especializado de Reabilitação, Hospitais, Unidade Básica de Saúde, Núcleo Ampliado de Saúde da Família, etc.

Dependendo da avaliação regional quanto à pertinência na ativação das redes intersetoriais, também foi possibilitada a participação de profissionais externos à saúde – tais como defensores públicos, conselheiros tutelares, profissionais da assistência social e educação – em uma tentativa de ampliar a problematização da rede de cuidados.

O objetivo de fortalecimento da Raps se orientava ao estímulo à constituição de uma rede viva e à produção de conexões que ampliassem para os trabalhadores dos diferentes serviços as oportunidades dos encontros, conversas, construção de arranjos coletivos, estabelecimento de novos compromissos e validação de novas práticas.

Apesar de ter a Plataforma Moodle® como recurso educacional disponível na EMS, poucos projetos de EPS faziam uso dessa ferramenta e, quando o faziam, era em cursos elaborados totalmente na modalidade de ensino a distância. Entre os profissionais percebia-se uma forte resistência a essas propostas de formação, com altas taxas de desistência no decorrer dos cursos no AVA.

A possibilidade de realizar os cursos do PRS na modalidade semipresencial se inseriu em um projeto amplo da EMS de mudança na cultura de formação e facilitação de acesso às novas tecnologias educacionais. Desse modo, a plataforma se constituiu como um recurso com baixa exigência de tarefas, sendo encarada como repositório virtual de vídeos, *slides*, filmes, artigos, *links*, artigos, referências bibliográficas, enfim, todo material didático-pedagógico do PRS. Também no AVA foram elaboradas as *Narrativas Coletivas* como trabalho de conclusão de curso.

#### 4.2 CONSTRUINDO O DIÁLOGO COM A REDE DE TRABALHADORES

A reestruturação do projeto foi planejada para que fosse ofertado em grande escala (necessária para fazer circular os saberes por toda a cidade, envolvendo a maior parte dos equipamentos de saúde), mas era refutada a ideia de formatar cursos em uma *produção fabril*, ou seja, com a oferta de conhecimentos e tecnologias definidos por conteudistas, alienada dos saberes dos trabalhadores e das realidades territoriais, transmitidos por docentes capacitados em processos gerados em uma produção assemelhada ao que Emerson Merhy denomina trabalho morto<sup>11</sup>: em um tempo prévio e distante do encontro com os trabalhadores.

Buscando uma *confecção artesanal* para a formação, o novo plano de trabalho foi estruturado a partir das necessidades de capacitação percebidas pelos profissionais da rede e foi construído pelo Grupo de Formadores de modo colaborativo, sofrendo ajustes no decorrer dos encontros entre os coordenadores, docentes e os trabalhadores e pela resignificação constante das problemáticas e das potencialidades territoriais. Isso foi viabilizado antes do início dos cursos em dois momentos distintos.

O primeiro momento teve por objetivo identificar os conteúdos a serem abordados nas ações educacionais, por meio da elaboração de um Instrumental (Apêndice II) para a identificação das principais necessidades de capacitação profissional que os trabalhadores percebiam no cotidiano do trabalho e também sobre quais conteúdos deveriam ser abordados

---

<sup>11</sup> Emerson Merhy (2002) denomina o trabalho em saúde feito em ato de “trabalho vivo em ato”, e o trabalho feito antes, que só chega através do seu produto, de “trabalho morto”.

nas atividades educacionais. Este formulário foi encaminhado aos profissionais das diversas unidades de saúde da SMS.

Os eixos básicos predeterminados pelas oficinas do GT orientaram a identificação das problemáticas, facilitando a tabulação dos dados em um momento posterior. Essas informações foram levadas aos coordenadores de área e embasaram a elaboração das ementas dos cursos. Além dos conteúdos, foram elencadas também as necessidades de cursos mais extensos, como aprimoramentos e especializações.

O segundo momento de escuta se deu após o levantamento das necessidades, já tendo sido realizada a elaboração das ementas dos cursos. Em encontros presenciais, nomeados Rodas de Conversas Regionais, o coordenador de área, responsável pela estruturação dos conteúdos em tópicos de aprendizagem, apresentava as principais abordagens propostas para o curso e os trabalhadores expunham as particularidades territoriais, as principais questões de saúde, os modos de organização dos serviços.

Antecedendo o início de cada um dos cursos, as Rodas de Conversa eram convocadas, uma em cada Coordenadoria Regional de Saúde. Essas Rodas tinham o papel de produzir novas convocatórias aos profissionais que atuam na Raps e retomar sua importância e utilidade. Como apontado por Souza (2014, p. 58): “Para decidir se algo é ou não útil, não basta que uma pessoa o afirme como tal, é necessário que, coletivamente, acordos se construam designando tal explicação como importante”.

No decorrer do projeto 15 rodas de conversa foram realizadas, convidando de forma rotineira os profissionais ao engajamento na formação. Essa estratégia ratifica a necessidade de firmar acordos coletivos para legitimar novas práticas e reforça a ideia de manter aberto o diálogo.

As expressões de um indivíduo começam a adquirir significado quando outro indivíduo responde, ou seja, quando a outra pessoa agrega uma ação complementar. [...] o significado não reside em nenhum dos dois indivíduos, mas somente na relação de ambos. Tanto a ação quanto o complemento precisam estar obrigatoriamente coordenados para que o significado ocorra (GERGEN, 2010, p. 42).

A elaboração de um texto coletivo foi o processo pelo qual se buscou a construção de um saber comum ao grupo, possibilitando aos profissionais que participaram do PRS fazer o registro da mediação dialógica entre os conteúdos e referenciais desenvolvidos nos cursos, o território de trabalho e as práticas de cuidado ali desenvolvidas. A este trabalho nomeou-se *Narrativas<sup>12</sup> Coletivas*.

---

<sup>12</sup> A ideia de narrativa envolve tempo, espaço, personagens e conflitos, constituindo-se em um instrumento que singulariza as histórias do cuidado.

As aulas presenciais foram território de encontro e constituição de dialogicidade. O Ambiente Virtual de Aprendizagem, o lócus de produção das *Narrativas Coletivas*, organizadas por meio do uso da ferramenta Wiki<sup>13</sup>, como auxiliar nas composições dos textos colaborativos. A partir de questões disparadoras postadas na Wiki, era solicitado aos profissionais que correlacionassem semanalmente os conteúdos das aulas com suas vivências e práticas. Ao final do curso, esses registros possibilitavam a elaboração de um texto coletivo, alusivo à caracterização das principais vulnerabilidades territoriais, recursos disponíveis, reconhecimento de parceiros formais e informais na efetivação do cuidado, apresentação de intervenções construídas pelos trabalhadores e pelas comunidades.

Esse constructo literário confere contorno e materialidade ao conhecimento comum àquele grupo, produz avaliação e reflexão sobre a práxis instituída e se apresenta como facilitador de novas abordagens constituídas pelo saber do grupo em novos modos de pensar o cuidado.

Ao final de cada semestre, o GT e os coordenadores das áreas reuniam-se para avaliar o andamento das ações e planejar as próximas atividades, precedendo a apresentação das ementas de novos cursos e a realização das Rodas de Conversa com os trabalhadores. Foi na primeira avaliação que uma importante mudança aconteceu na forma de conduzir os conteúdos de uma das áreas temáticas: A Rede de Atenção Psicossocial, que tinha como principal eixo norteador a reflexão dos trabalhadores acerca do que seria o trabalho em rede a partir das diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica.

No segundo semestre de 2015, o Grupo de Formadores da área Rede de Atenção Psicossocial havia realizado o curso “O SUS, a Reforma Psiquiátrica e os desafios para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial”. A essa área cabia o desenvolvimento de outras duas ações: Matriciamento e Linhas de cuidado integral e Projeto Terapêutico Singular.

Na avaliação do semestre, discutiu-se a necessidade de desenvolver atividades de articulação entre os serviços e entre os profissionais que, mais que fazer a abordagem de conteúdos teórico-práticos, mergulhassem a fundo nas realidades territoriais, singularizando ainda mais o processo dialógico a partir do contexto de trabalho e a proposta de produzir o fortalecimento da rede. Assim, deu-se a proposta de reunir as abordagens do Matriciamento e

---

<sup>13</sup> Wiki é uma coleção de documentos criados de forma coletiva no ambiente da internet. Na Plataforma Moodle®, compõe uma ferramenta para a realização de trabalhos colaborativos pela possibilidade de edição de documentos coletivamente tanto entre os alunos quanto entre alunos e tutores. – fonte: Wikipédia. Disponível em < <https://pt.wikipedia.org/wiki/Wiki>>. Acesso em: 16 abr. 2018.

de Linhas de Cuidado em processos de educação permanente em saúde, que internamente foi apelidada de “Redes e Saberes: como fazer juntos”.

Nesse sentido, esta mudança na condução do trabalho do Grupo de Formadores da área Rede de Atenção Psicossocial, busca materializar o que foi descrito por Ceccim (2004, p. 161) como sendo a EPS:

[...] o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

Durante o ano de 2016, este grupo iniciou atuação nos serviços e distritos administrativos, fazendo discussões teóricas e sobre o processo de trabalho, participando de Fóruns de Saúde Mental e organizações locais de matriciamento, para, de modo particular e singular, fomentar relações solidárias, inventivas e criativas na efetivação do cuidado comunitário. Esses módulos de formação foram desenvolvidos nos anos de 2015 e 2016, conforme quadro abaixo.

Quadro 4 – Quantitativo de turmas e participantes dos cursos do PRS

Curso	Turmas	Participantes
Atendimento familiar*	28	822
Vulnerabilidades e situações de risco psicossocial na infância e adolescência: abordagem e linhas de cuidado integral*	18	252
Manejo e conceituação ampliada da crise em saúde mental*	20	496
Psicopatologia, Psicofarmacologia e Medicalização*	18	514
Histórico e Epidemiologia do uso de drogas*	24	652
A Redução de danos: conceituação, mitos e estratégias de ação no território e com população vulnerável*	19	339
O SUS, a Reforma Psiquiátrica e os desafios para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial*	20	547
Matriciamento**	25	2896
Linhas de cuidado integral e Projeto Terapêutico Singular**	22	2435
<b>TOTAL</b>	<b>194</b>	<b>8.953</b>

Fonte: elaboração própria.

\*Foram contabilizados os participantes inscritos nos oito encontros presenciais.

\*\*Foram contabilizados os participantes presentes em cada um dos encontros territoriais, uma vez que não eram feitas inscrições dos profissionais por não se tratar de um curso.

Se o conhecimento é construído pela coletividade (SPINK, 2014), é importante que as ações educacionais orientadas à apreensão de conteúdos, conceitos, às mudanças nas práticas, que devem ser mediadas por processos que produzam no grupo a que se destinam a legitimação social, sejam também a resultante de práticas sociais validadas, capazes de conferir-lhes organicidade.

## 5. OS SENTIDOS DA FORMAÇÃO PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – O TEMPO CURTO

O *Tempo Curto* é o tempo dialógico, que possibilita compreender a produção do sentido na validação das práticas sociais. Segundo Spink (2013, p. 33), “o *tempo curto* refere-se às interações sociais *face a face*, em que os interlocutores se comunicam diretamente; pauta-se, portanto, pela dialogia e pela concorrência de múltiplos repertórios que são utilizados para dar sentido às experiências humanas”.

Nesta dissertação, a produção do sentido refere-se ao contexto histórico e cultural onde se desenvolveram os paradigmas da atenção psicossocial (em contraposição ao modelo manicomial) tomada como trilha sobre o qual se elaboraram as atividades de EPS em um projeto de formação voltado a grupos heterogêneos de trabalhadores dos distintos pontos de atenção da Raps.

A intencionalidade em disseminar a atenção psicossocial como modelo ético de cuidado integral baseado na escuta e no acolhimento ao sofrimento psíquico se materializou na fala dos coordenadores e docentes que elaboraram conteúdos e se posicionaram frente aos alunos/trabalhadores, convocando-os a uma reflexão sobre as práticas cotidianas e sua pertinência no cuidado psicossocial.

A partir das entrevistas individuais com coordenadores e docentes, e em grupos focais com alunos/trabalhadores, identificamos as temáticas abordadas, que foram posteriormente agrupadas de acordo com os Repertórios Linguísticos que caracterizam suas práticas discursivas.

Foram identificados três grupos de repertórios:

1. Repertórios da Educação Permanente em Saúde: encontros e circularidade.
2. Repertórios da Atenção Psicossocial: as dimensões do processo social complexo.
3. Repertórios do Trabalho em Rede: a ação comunicativa.

Objetivando identificar o uso dos repertórios do *Tempo Curto*, que apresenta a voz dos entrevistados, esta análise trouxe os trechos destes discursos em fonte itálica, fazendo a diferenciação do discurso dos autores e teóricos dos campos, que presentificam no texto o *Tempo Longo*. Estes foram grafados em fonte sem destaque.

## 5.1 REPERTÓRIOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Desde sua implantação enquanto política nacional, a EPS tem sido considerada uma estratégia fundamental para promover mudanças nas práticas de saúde a partir de reflexões críticas e compromissadas de trabalhadores, gestores, estudantes e população. Entre as configurações possíveis à EPS, destacamos no Capítulo I sua capacidade transformadora das práticas de cuidado a partir da organização de coletivos. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 62), “os saberes formais devem estar implicados com movimentos de autoanálise e autogestão dos coletivos da realidade, pois são os atores do cotidiano que devem ser protagonistas da mudança de realidade desejada pelas práticas educativas”.

A partir dessa colocação, Merhy (2004, p. 173) sugere que há a necessidade de “atingir a alma do operar ético-político do trabalhador e dos coletivos na construção do cuidado” a partir de uma nova pedagogia que tenha centralidade na implicação ético-política do trabalhador:

Parece que estamos diante do desafio de pensar uma nova pedagogia - que usufrua de todas as que têm implicado com a construção de sujeitos auto-determinados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva – que se veja como amarrada à intervenção que coloca no centro do processo pedagógico a implicação ético-política do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe (MERHY, 2004, p. 174).

Essa pedagogia que produz a implicação ético-política requer propostas formativas que rompam com a racionalidade tecnicista e instrumental e possibilitem ao profissional repensar seus referenciais teóricos, conceituais e ideológicos e ter capacidade de mobilizar modos éticos de operar o cuidado.

Batistella (2009, p. 84) salienta que a educação profissional, seja ela desenvolvida como formação inicial ou continuada, pressupõe a existência de um currículo, “um modo de conceber e organizar as práticas pedagógicas - que subjaz e constitui este processo”.

O termo currículo está tradicionalmente relacionado a planejamento, organização de disciplinas, grade de atividades, projetos de ensino. Em uma concepção atual, é compreendido como um percurso vivo, permeável pelas tradições e também por pulsações.

Sua utilização mais corriqueira e mais difundida entre a maioria das pessoas, o *curriculum vitae*, apresenta a trajetória particular de um indivíduo pelo mundo da educação e do trabalho, ilustrando também sua identificação enquanto terreno de construção de identidades.

Os novos olhares que se põem sobre o currículo permitem sua dilatação semântica: de uma percepção usualmente associada ao aspecto formal e prescrito (materializado

em documentos oficiais, propostas e resoluções), o currículo passa a ser visto também como o currículo praticado, vivido entre as contradições do cotidiano escolar. De uma perspectiva funcional e tecnicista – que discute apenas as estratégias metodológicas para conferir maior eficiência ao ensino, o currículo torna-se espaço de disputa para a construção de identidades, onde outras instituições atuam com igual ou maior eficiência que as instituições escolares, como a mídia, a propaganda e a indústria cultural (BATISTELLA, 2009, p. 85).

Segundo o autor, o termo currículo abrange na atualidade uma gama imensa de conceitos, o que produz uma espécie de esvaziamento de seu significado: “tudo é currículo”. No entanto, ele sugere pensá-lo a partir de sua dimensão processual, o que nos “oferece outra perspectiva para sua análise, onde podem ser apreendidas as dinâmicas interativas que compõem cada contexto de produção curricular” (BATISTELLA, 2009, p. 107).

Entre as múltiplas teorias de currículo, o processo de elaboração de formas e conteúdos de aprendizagem desenvolvidas no PRS se aproxima com o que no Brasil tem sido nomeado “**conhecimento e currículo em rede**”, na medida em que se estruturou por meio de “processos de produção, de releituras, de exercício de autonomia dos sujeitos sociais” (BATISTELLA, 2009, p. 105, apud LOPES; MACEDO, 2002, grifo do autor).

Segundo os relatos das coordenadoras de área, os modos de estruturar o percurso formativo, tanto com a relação às temáticas abordadas nos cursos quanto às estratégias e metodologias propostas, rompem com uma lógica objetiva e diretiva, convidando os integrantes a uma construção coletiva em processos constituídos na base de uma **circularidade**.

*Foi uma circularidade muito bonita: começa com as rodas de conversa, montamos então, também conjuntamente com os docentes, os temas das aulas, depois íamos conversar com os docentes, depois vínhamos aqui na escola discutir. Então isso foi um processo circular. E isso é mudança de paradigma e o que a gente fez foi um convite pra uma mudança paradigmática (C1).*

*As temáticas que estavam nesse curso, que é sobre estado, políticas públicas, para mim, são mais um modo importante de se apropriar de um conhecimento, mas que, ao mesmo tempo, dentro da metodologia que a gente foi tentando criar, que é esse foco no grupo, deste estabelecimento de relação, de vínculo, de construir rede, que é uma possibilidade, ao mesmo tempo, das pessoas poderem refletir sobre si mesmas dentro desse processo do coletivo discutir, afinal de contas, que concepções de Estado estão permeando esta construção de políticas públicas e eu como sujeito coletivo, como é que eu enxergo? Como eu vivo o mundo? Será que as pessoas têm consciência disto? Ou nem têm consciência de que concepções são estas? (C2).*

Para o grupo de formadores, a elaboração coletiva do conteúdo das aulas possibilitou o estabelecimento de vínculo e de construção de uma rede de trocas de saberes contínua no decorrer processo formativo.

A tarefa estabelecida em um grupo é a proposta em torno da qual se desenha a articulação das pessoas em um sujeito coletivo. Na formação, ela pode estar colocada na construção de um referencial comum, o que não significa criar um pensamento homogêneo e

sim orientar-se pela possibilidade de ter a identificação de pontos de convergência e de divergência dos pressupostos de trabalho.

Em um momento que antecedia o início das turmas, a tarefa se concretizou na própria elaboração das aulas, permitindo uma apropriação dos conteúdos e a emergência de um saber constituído no coletivo.

Nas narrativas coletadas durante as entrevistas com docentes e coordenadores, os repertórios apresentam a importância atribuída aos **encontros** entre coordenadores e docentes na constituição do grupo em torno desta metodologia de coautoria na construção dos currículos, que garantiam a “dimensão ativa do sujeito na produção de conhecimentos e práticas sociais” (OLIVEIRA, 2012, p.9).

*Apesar de ter uma ementa e uma diretriz do que seria esse curso, a gente construiu muito a partir da conversa e do encontro dos professores com a coordenadora, o que, de fato, ia ser o curso um pouco a partir da nossa experiência a [Coordenadora], de um jeito acho que muito sensível, foi achando e indicando o que ela achava que tinha mais a cara de cada um e aí a gente pôde, num primeiro momento individualmente e depois coletivizando isso, mergulhar mais em profundidade naquele tema e depois capacitar os colegas horizontalmente cada um a partir do tema que tinha mergulhado mais e, a partir dessas ações também, a gente melhorava o que a gente já tinha preparado e incrementava e construía junto, né, então acho que a construção do curso foi um projeto de muito aprendizado pra gente enquanto professor (D7).*

*Teve acho que uma coisa muito interessante, que acho é que o coordenador foi dando as diretrizes, mas o curso foi se montando com aquele grupo de professores, né? Então tinha as diretrizes, tinha as ementas da aula, mas a gente foi montando o curso também junto com as leituras. Eu lembro que as pessoas iam dando sugestões de leitura, de texto que a gente podia colocar. Então não tinha algo tão fechado. Acho que tem tudo a ver com que a gente estava tentando fazer, né? Que era desconstruir um saber já dado, ou algum modelo... Os professores ficaram à vontade para construir também e dar ideias de temas ou assuntos. O [Coordenador] falava que o conteúdo é muito importante, mas pensar formas, ensinar formas, discutir formas, acho que também é tão válido quanto o conteúdo (D5).*

*Eu acho um diferencial do projeto e que também diz de uma posição ética que reverbera numa forma, né, numa metodologia dos modos de fazer, a gente soube e participou dos grupos de conversa, das rodas de conversa com os profissionais para eleger os temas que eles achavam mais relevantes, que eles achavam que precisavam cuidar, né? Depois, acho que, para além de uma literatura mais específica, a gente via os coordenadores trabalhando com uma ampliação das suas referências para dar conta também desses conteúdos de um modo não excessivamente instrumental ou muito fechado numa ou outra formação, porque a gente tinha grupos heterogêneos, né? No caso dos dois cursos, inclusive com pessoas de nível de segundo grau, então a gente precisava de uma linguagem muito acessível, de uma capacidade de fazer uma transmissão de assuntos complexos, mas que também fosse acessível sem também ficar enfadonho ou chato ou caindo no “chovendo no molhado” para os profissionais que estavam... que tinham outras informações mais próximas daquelas que a gente estava tratando (D2).*

Além do **encontro** para a execução da tarefa de construção coletiva do currículo, emergem repertórios que falam do **encontro** com os alunos/trabalhadores, reafirmando a **circularidade** proposta. De modo processual, a experiência dos grupos incidia no currículo e o alterava, tornando os alunos/trabalhadores novamente coautores de sua formação, a exemplo do que ocorrera nas rodas de conversa antecessoras.

*A hora que a gente foi concretamente pros campos de atuação, eram outros tantos pensando junto também porque acho que a metodologia de participação dos alunos no curso foi muito enriquecedora, era uma construção mais conjunta, tinha lá uma aulinha, um material disparador, mas o tempo de encontro era... Dava tempo de a gente conversar e construir muito junto. E isso foi brilhante, assim, eu acho que o espaço dado para a discussão e para a participação dos alunos nesse processo fez muita diferença em relação a muita coisa que eu já vi por aí em termos de educação, capacitação, educação continuada, que é muito mais unidimensional, do cara que sabe pro cara que vai aprender, né? (D7).*

*Eu percebi que tinha muito conteúdo nos nossos cursos, vem uma programação lá, mas ela se desdobra, à medida que você traz também coisas. Isso que foi bacana, não ficou só naquela grade inicial, a gente foi trazendo coisas do cotidiano que nos obrigaram a buscar leituras, a fazer o professor trazer novas... Reformular o que foi pensado, eu acho que o “Rede Sampa” ele inova justamente no espaço dialógico. Porque teve a parte, como todo curso tem que ter, que é a parte teórica, e acho que a gente deu conta muito com as narrativas, a gente se obrigou a ler, a gente se obrigou a escrever. A gente se obrigou a falar de rede, por exemplo: tinha um texto de rede, a gente trazia e rede e colocava a rede no concreto. O quê que é a rede? Quais são os pontos que a gente tem? Então a gente punha lá na lousa, quem tinha conhecimento ia atrás. Depois voltava pra unidade, juntava quem tinha compreensão da importância do curso e fazia a tarefa junto, enfim, acho que teve as duas coisas, né. O que ele inovou? Foi justamente a gente não teve espaço de sala de aula quadrado, era sempre circular, sempre os alunos eram os que traziam os conteúdos a partir daquele programa que era dado (T3).*

Esse modo de conduzir o projeto permitiu que a realidade dinâmica do trabalho e das relações entre os trabalhadores e seus territórios permeasse o currículo proposto a partir da contextualização dos conteúdos acerca das necessidades concretas, advindas da prática cotidiana.

Este processo aponta a compreensão de teoria e prática como elementos indissociáveis entre si e os movimentos de coautoria como facilitadores para a apresentação e elaboração das temáticas junto a profissionais de formações e áreas de trabalho heterogêneas.

Nas instituições de ensino, emerge uma produção de conhecimento que articula as questões ligadas à tradição, reprodução, prescrição do conhecimento e emergência de conhecimentos “periféricos”, não autorizados. De modo transgressor, considera toda a complexidade dos indivíduos no processo de aprendizagem escolar como construtora de identidade e de emancipação social dos sujeitos (SILVA; MENDES, 2016). Isso implica estabelecer processos de coautoria curricular, reconhecendo uma rede de *saberesfazeres*, produzindo *currículos pensadospraticados*.

Os currículos *praticadospensados*, entendidos como processo, complexidade, construção de identidades e emancipação social não se prendem a uma única regularidade, sequenciação lógica, racional, cientificista, mas interagem permanentemente com os acontecimentos e a efervescência dos cotidianos. Assim, os saberes experienciais, tecidos cotidianamente na escola, referenciam mudanças e adequações sociais, considerando os tempos e espaços em que se inserem os seus *praticantespensantes* (SILVA; MENDES, 2016, p. 45).

Segundo Oliveira (2012, p. 3),

[...] existe, no cotidiano das escolas, uma criação cotidiana de currículo pelos professores e alunos nas salas de aula, gerada a partir do diálogo entre referenciais e reflexões teóricas, possibilidades e limites concretos de cada circunstância e da articulação entre as múltiplas redes de sujeitos e de conhecimentos presentes nas escolas [...] Assim, podemos compreender a autoria no campo curricular, como produção autônoma, original e criativa e autêntica de sujeitos que possuem a necessária autoridade para fazê-lo, superando a cisão entre aqueles que pensam e aqueles que fazem o currículo, essa “obra de arte” cotidianamente construída e renovada.

O relato de uma trabalhadora, gerente de um Caps Álcool e Drogas que participou como aluna em dois cursos nos permite analisar essa contextualização singular no processo curricular enquanto possibilidade de ressignificação dos conceitos na produção de sentidos e, na voz dos docentes, perceber como o currículo proposto criava espaço/tempo na sala de aula para o aparecimento dos enredos do trabalho.

*Uma das coisas que a gente fez também foi mapear o território, me lembro bem... pra gente pensar depois na rede de apoio que a gente teria - na saúde mental articulada com a atenção básica, e com outras. Isso foi o curso do P. Depois o curso do L., ele pegou temáticas bem específicas que aconteciam no dia a dia da gente mesmo, como a chegada da pessoa no Caps, como que a gente recebia. E a gente era também mobilizado a levar acontecimentos do dia a dia nosso pra gente fomentar os temas de discussão. Então, várias coisas, né? A gente falou da questão dos moradores em situação de rua, a gente falou do parque que a gente trabalhava próximo, de quais eram as alternativas de se fazer atenção à saúde dentro do parque para aqueles usuários que tinham medo de chegar até a unidade. E fomos falando assim, de várias situações do dia a dia que nos afligiam e a gente ia tentando ali constituir, à luz da política pública de saúde mental, com o quê que a gente tinha... por exemplo, a redução de danos foi uma coisa que a gente discutiu muito. Como que, na redução de danos, você atuava em um lugar ou em outro (T3).*

*Tinha essa liberdade de trabalhar muito com vídeo, né? Também tempo pras discussões na sala de aula porque tinha tempo também, eram 4 horas e isso ajuda e assim a dinâmica também se era com um pequeno texto de discussão, um texto como disparador da aula, mais a aula dos slides, mas entre debate, slide e textos disparadores, provocativos, acho que o curso tinha também esse tom, eu particularmente gostava bastante de fazer uma provocação reflexiva de um convite, uma reflexão ao posicionamento também... mas acho que também de acolher um sofrimento deles que acho que estava lá, porque tinha toda a aflição do serviço de alguns se sentirem muito sozinhos, tinha unidade básica que tinha um psicólogo e não tinha nem psiquiatra, né? Então, acolher isso (D4).*

Ao convidar à fala os trabalhadores, os docentes acolhiam uma gama de problemáticas referentes ao sofrimento a que estavam sujeitos na realização do cuidado, por dificuldades no atendimento às demandas, insuficiência de recursos, alta rotatividade de profissionais e

exigência de cumprimento de metas nas unidades administradas por contratos de gestão pelas Organizações Sociais de Saúde, enfim, por angústias produzidas ora pela implicação com o outro, ora pelo pertencimento institucional, ora por ambos: “De certo modo, as propostas curriculares já são produtos de diálogos entre o pensamento hegemônico, as demandas das práticas, as condições políticas e sociais concretas de sua produção” (OLIVEIRA, 2012, p. 14).

A possibilidade de trabalhar o currículo contextualizado, *pensadopracicado*, nos permite incluir as emoções de seus praticantes na criação curricular cotidiana, conferindo lugar e relevância às percepções e sensações.

Por essa via, escapamos do campo da mera cognição/entendimento para considerar globalmente os sujeitos das escolas, seus modos de estar no mundo, suas redes de conhecimentos e práticas sociais, pertencimentos sociais e culturais, emoções e sensações. Sujeitos integrais, não mais cindidos pelas dicotomias e hierarquizações entre conhecimentos, valores, culturas. Sujeitos de experiência estética, dentro e fora das escolas. Sujeitos que se fazem e aos seus mundos, dimensões indissociáveis do existir humano, sempre impregnadas pela percepção do que fazemos, apreendemos e ressignificamos (OLIVEIRA, 2012, p.8).

A manutenção dos **encontros** entre o grupo de docentes e os coordenadores da área de formação durante todo o percurso de execução das ações formativas foi estruturante para a ressignificação, sustentação e elaboração destas angústias, criando apoio para novos encontros.

*[A reunião com a coordenação] teve uma característica que era alinhar os conteúdos, mas também de certo modo ouvir as práticas e as questões que apareciam no campo, junto com os trabalhadores e não sei, acho que funcionava numa espécie não só de planejamento, mas numa espécie de supervisão, de orientação dos modos de condução dos debates e discussões, né? E, de certo modo, também uma forma de elaboração. Nesse texto que eu escrevi sobre o “Rede Sampa”, eu falei da escuta da escuta, a experiência de partilha, né? E inclusive de experiências às vezes muito traumáticas que os trabalhadores nos contam, porque eles também foram traumatizados tais como seus pacientes, né? Então é um trabalho de escuta da escuta da escuta da escuta, né? Que é um supertrabalho de simbolização de elaboração da experiência na ponta, né? Em alguma medida, o professor, que também tá escutando os trabalhadores, precisa espaços de acolhimento de escuta, lugar de elaboração para tanto devolver isso em forma de conteúdo, mas também diria em forma de tato clínico de modos de escuta, né? (D2).*

*Nessas reuniões, então, tinha muita coisa para contar, porque eram experiências muito diferentes... e, ao mesmo tempo, era ali que se alinhavam tanto com conteúdos, mas também estratégias de “estar”, também compreensões do que estava acontecendo, conflitos que aconteceram em alguns territórios (D3).*

*Especialmente quando começou o “Rede Sampa”, que acho que tudo era muito novo pra todos, é, teve um espaço muito, muito acolhedor para isso, né? No sentido de como que é estar diante dos trabalhadores, que questões eles trazem, é, como... na verdade, acho que, se a gente não se sente também acolhido, enquanto docentes, porque vêm muitas questões: vêm casos difíceis, vêm conflitos no, com os recursos*

*que você tem para atuar, vêm queixas, ora construtivas e ora nem tanto, vem muita coisa, é muita potência. Então acho que ter esse respaldo, a gente se sentir acolhido enquanto equipe de docente para poder fazer essa mesma função de acolher esses trabalhadores né? Cada um com as suas demandas, então me lembro no primeiro curso, em que a gente abordou o atendimento familiar, apareceu inclusive questões pessoais: das pessoas sobre as suas famílias, né? Então poder ter esse espaço onde a gente levava isso e tinha um apoio para pensar como dar esse suporte, inclusive para os trabalhadores, eu entendo foi fundamental, assim ao longo de todo o percurso (D6).*

As turmas de alunos/trabalhadores atuavam numa mesma rede territorial, geográfica. Neste aspecto, a inclusão dos momentos de compartilhamento de afetos nos espaços para a formação permitiu a ressignificação das experiências vivenciadas nos territórios no âmbito coletivo-comunitário. A intersecção dos campos epistemológico, afetivo e social nos percursos formativos pôde, assim, favorecer o estabelecimento de relações solidárias nos interstícios da rede.

Segundo Oliveira (2012), o sociólogo Boaventura de Sousa Santos refere que a indissociabilidade entre o cognitivo e o social estabelece as condições para a construção da democracia e da justiça social através do “conhecimento-emancipação (cujo ponto de ignorância se designa por colonialismo e cujo ponto de saber se designa por solidariedade)”.

O desenvolvimento cotidiano de práticas participativas e solidárias em todos os espaços estruturais nos quais estamos inseridos, bem como a busca de ampliação de sua institucionalidade, assumem, nesse sentido, importância capital na tessitura da emancipação social. As práticas pedagógicas desenvolvidas nessa perspectiva, pela importância que possuem na formação das subjetividades daqueles que delas participam, aparecem, portanto, como fundamentais nessa compreensão (OLIVEIRA, 2012, p. 12).

De modo a completar a circularidade do percurso formativo, as Narrativas Coletivas se configuraram enquanto uma tarefa final, em torno da qual se organizaria o *sujeito coletivo* para registrar de modo estruturado a intersecção entre o trabalho, a rede territorial e os conteúdos desenvolvidos nos cursos.

Narrar significa contar, relatar, dizer; envolve tempo, espaço, personagens e conflitos, se constituindo, neste contexto, em um instrumento que singulariza histórias de cuidado no tempo/espaço de produção do coletivo.

Com o recurso pedagógico da ferramenta Wiki, disponível na Plataforma Moodle®, o espaço de encontro se expande para a “virtualidade”, mas se mantém alinhado como a intenção estabelecida no PRS em produzir o coletivo, apresentar o saber do trabalhador.

Cada docente e cada grupo se organizou em torno desta tarefa preestabelecida:

*[...] pra mim, o que eu sustentava sempre com eles era o que era singular para aquele grupo: que caminho aquele grupo fez de discussão. Porque isso era muito*

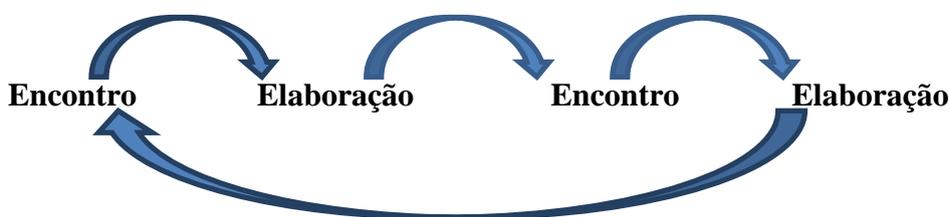
*diferente de grupo pra grupo. Um grupo enfatizava lá toda a história da loucura, o outro ficava mais nas questões polêmicas da medicação, do diagnóstico, da medicalização ou da psiquiatrização da infância, então tinha essas temáticas diferentes: o que tocava cada grupo! [...] Eu sempre pedia: “Ah, isso tem que compor, isso é característica do grupo de vocês”. Então eu achava que a narrativa não podia ter um modelo, então não tinha um modelo de como se constituir essa narrativa, como que aquele grupo ia decidir o quê que ia constar, que caminho ele ia seguir (D4).*

*Uma das narrativas foi a discussão de um caso que permeava vários equipamentos de saúde. Então que foram lá, foi por Caps AD, depois foi para residência, a UA, depois foi para a UBS, o Caps Adulto [...], vários serviços se ocuparam, estavam pensando o cuidado e, a produção também da narrativa foi o espaço de produção de cuidado, ou construção de cuidado... E teve também uma discussão que acho que foi bacana: como é que a gente apresenta coisa sem expor tanto esse sujeito, porque ele circula muito por vários territórios. Então se a gente tinha ideia lá de publicar, ou de trazer isso, tornar público isso, como é que a gente coloca uma questão, pensa cuidados, mas sem expor aquele sujeito que continua circulando pelo território né? (D5).*

*[...] às vezes, eu discutia lá no Caps que eu ia fazer isso... e aí tinha [pessoas] que defendiam de ligar com a teoria e aí eu sou absolutamente contra, eu não vou fazer ligação nenhuma com a teoria porque teoria tá em todo lugar, na internet, na biblioteca, onde for. Agora o que a gente faz aqui não tem em lugar nenhum, se a gente não escrever... [...] Claro que tá articulado à teoria, tá nas suas bases, mas assim, a minha intenção nunca é essa, é falar da prática (T2).*

Os repertórios de **encontros** e **circularidades** (Fig. 4) percebidos no contexto da fala dos entrevistados produzem sentidos de construção coletiva, de processos de coautoria do percurso formativo entre os participantes do PRS, em uma espiral em que os exercícios de elaboração constantes retroalimentam os novos encontros, produzindo a nova elaboração. Esta espiral permeia todos os espaços/tempos e é nutrida pelos *saberes-fazeres* dos alunos/trabalhadores.

Figura 4: Circularidade.



Fonte: elaboração própria

## 5.2 REPERTÓRIOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No que se refere aos conteúdos desenvolvidos pelas áreas temáticas, podemos perceber a abrangência de todas as dimensões do que Amarante (2013) indicou como o processo social complexo que define a saúde mental, descrito no Capítulo II – “A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL NA CONSTITUIÇÃO DOS REPERTÓRIOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: O TEMPO LONGO”.

Os repertórios emergentes das entrevistas com os docentes envolvidos nas áreas voltadas ao cuidado do adulto, de crianças e adolescentes e dos usuários de substâncias psicoativas referem-se à dimensão epistêmica, partindo da compreensão das determinações sociais, históricas, culturais do sofrimento psíquico, e à dimensão técnico-assistencial, considerando que a produção de cuidado deve permear uma rede de sustentação constituída na intersetorialidade. Na área que tratou do trabalho em rede, aparecem discursos que apontam o trabalho nas dimensões jurídica, política e sociocultural.

A área de “Atenção à saúde mental da infância e da adolescência” discutiu as temáticas do atendimento familiar e das principais vulnerabilidades territoriais nos primeiros ciclos de vida, em que podemos apreender a abordagem do sofrimento psíquico a partir das determinações sociais e a identificação da interface entre os diversos setores sociais onde os usuários se inserem.

*É uma dimensão não só individual, do sofrimento psíquico, né? A ideia de um sofrimento que também tem causas, motivos, nos traumas sociais, na retraumatização, nas experiências de desenraizamento, migração, imigração, escravidão, extermínio dos indígenas, né? Diferenças socioeconômicas muito importantes... Então, reconhecer que o sofrimento psíquico é de alta complexidade, né? Que não pode ser lido numa interpretação exclusivamente bioquímica ou moral. Então organizei uma posição que eu estou chamando de uma porção ética do projeto, especificamente do eixo que eu trabalhei, mas tenho certeza que isto está posto todos os eixos... Então, uma ideia de alta complexidade de uma relação de sociabilidade, também entre as várias instituições, entre as famílias e instituições sociais: a saúde, educação, assistência à regulamentação de garantia de direitos, né? Direitos humanos (D2).*

*Acho que tem outra característica que para mim é muito relevante é a ideia da Saúde Mental na atenção básica, né? Formas de acolhimento a quem sofre psiquicamente, que a gente não precisa de um especialista para dar conta do acolhimento a esse sofrimento, ainda que depois isso possa, e deva em alguns casos, ser endereçado pros serviços de maior complexidade, pros serviços terciários. Ter uma sensibilização de todos os profissionais, todos de saúde, para acolher as experiências de sofrimento psíquico (D2).*

*No atendimento familiar, a gente falou bastante sobre acolhimento, sobre o conceito de família, o que era família... O curso não tinha como objetivo pensar em técnicas específicas de realizar um atendimento familiar, mas de como, de como fazer uma escuta qualificada, de como se trabalhar numa rede intersetorial, de como contemplar todos os serviços pra que pudessem ser pontos de apoio de fato, efetivos, não só: “Ah, tem uma UBS aqui, um Caps ali, um CER ali”, mas esses serviços não*

*se comunicam e a escola da criança tá ali. Como de fato todos esses serviços estarem acionados, oferecendo uma rede de sustentação, então a gente falou bastante da rede (D6).*

Na área de “Atenção à saúde mental do adulto e as situações de crise”, foram abordados os temas de conceito e manejo da crise e também da psicopatologia, psicofarmacologia e medicalização. Com esses conteúdos, verifica-se no repertório dos entrevistados a compreensão da loucura e do sofrimento psíquico como parte da existência do sujeito e, a partir dela, as múltiplas possibilidades de cuidado que se apresentem como alternativa aos processos de patologização e de medicalização da vida. E, de modo muito interessante, frente à cultura medicamentosa dos serviços, foi possível perceber na voz do trabalhador que as questões conseguiram ter uma penetração na equipe no momento atual:

*Uma das temáticas era isso: poder pensar a questão da psiquiatria mais com a ideia lá do sofrimento, de crises da vida, né? Que as crises acontecem e que não necessariamente vão ter uma explicação exclusivamente científica. Para poder também pensar depois como é que a gente responde de outras formas mais complexas à questão do adoecimento. Acho que para construir um pensamento da psiquiatria e da crise ser um processo social complexo. A gente trouxe bastante exemplo: teve lá o “Diálogos Abertos” [filme sobre a experiência finlandesa], teve o filme: “Si Puo Fare” [sobre a experiência italiana] (D5).*

*Toda a parte inicial do curso era apresentar a história da loucura, nessa perspectiva histórica, política, social, de onde que veio. Pra poder questionar os estereótipos que fazem certa naturalização desses lugares de exclusão social e se fazer primeiro essa localização, o porquê do asilamento, o porquê da exclusão social, a quem interessa isso, pra se chegar à configuração da proposta do serviço Caps, passando pelo Basaglia, toda a luta histórica e, a partir daí, o conceito de crise: primeiro na crise do adulto, chegar ao que se pensa hoje de crise uma temática que eu acho que era importantíssima é se pensar normal e patológico porque vai se questionar neles essa impregnação do diagnóstico que apaga o sujeito, né? Por outro lado, todo o caminho do curso é como é que fora do Brasil, primeiro internacionalmente, como que se constituiu essa retomada da cidadania pelos movimentos que aconteceram que são os que sofreram o impacto das intervenções por via da psiquiatria, da medicação, como que eles foram se organizando em grupos, que outros serviços, outras formas de intervenção do sofrimento psíquico, outras formas que aqui se constitui como serviço Caps. A gente teve experiências de comunidades terapêuticas, toda a experiência da Itália principalmente e da Finlândia atualmente que toda uma possibilidade de intervenção na rede e um tratamento pela fala que a medicação é diminuída, e também todo um questionamento de por que que a medicação tomou essa forma macro e depois todo um questionamento principalmente pela via do capitalismo, da indústria farmacêutica, como é que a psiquiatria foi se reunir tanto, quase um casamento com a indústria farmacêutica (D4).*

*É possível cuidar de uma paciente sem medicação? Então, refletir sobre isso, ver experiências de fora, então acho que também atendeu nesse aspecto. Foi uma temática que gerou bastante problematização, em sala de aula, porque ele [o docente] trouxe alguns exemplos também de algumas experiências internacionais de acompanhar o usuário num quadro psicótico sem intervenção medicamentosa, e aí passou o vídeo desse hospital [Diálogos Abertos] e foi bem interessante. Isso também serviu um pouco pra gente na realidade de Caps pensar, porque muitas vezes a gente também vive isso: usuários que não aceitam intervenção medicamentosa estão em crise e a gente vai pelo vínculo, e vai no cuidado de uma forma mais ampliada, né? Até, recentemente, eu estava conversando com minha*

*equipe. A gente está com uma usuária na acolhida integral, porque nosso Caps é 24 horas, que o único quesito que ela colocou pra poder entrar na acolhida integral é que ela não iria aceitar remédio, e a equipe, entendendo que ela estava vulnerável, estava com um uso muito problemático de crack, estava psicótica, estava em risco, a gente bancou, então, que ela ia entrar em uma acolhida integral sem medicação. Aí ela entrou na acolhida integral sem medicação, mas a gente entendendo: “Vamos tentar, no diálogo, chegar, explicar e conversar com ela que a medicação pode ajudar a lidar com todo aquele sofrimento que ela está tendo”, e estamos nesse manejo atual (T5).*

O primeiro curso sobre a epidemiologia e a história do uso de drogas nas sociedades e o segundo, que tratou das estratégias de redução de danos, foram debatidos com os grupos de alunos/trabalhadores pelos formadores da área de “Atenção à saúde dos usuários de substâncias psicoativas”, ampliando a visão da intervenção centrada em aspectos proibicionistas para o enfoque no cuidado a partir do respeito às escolhas individuais.

*O grande desafio nosso no “Rede Sampa” foi ter iniciado uma mudança paradigmática. Uma mudança de paradigma em relação a tratar cada um dos temas. Especificamente em Álcool e Drogas a gente sabe que existe no Brasil um pensamento hegemônico do uso e abuso da dependência de drogas, dentro de uma visão, é, equivocada, de moral, ou então da doença, né? E eu penso que são visões hegemônicas. E, quando a gente propõe para o profissional que repense sobre os próprios conceitos que eles estão vendo muitas vezes [nos] próprios usuários, eles possam reelaborar e possam compreender que existem muitas outras maneiras da gente observar este fenômeno relacional humano com as substâncias (C1).*

*Uma coisa que a gente discutiu bastante foi a legalização das drogas, isso era muito atual na época que eu fiz o curso do [professor]. Tinha evidentemente as pessoas que eram a favor e contra ali, mas a gente foi colocando quais seriam as possibilidades se você pudesse ter outro contexto. Então ninguém estava forçando ninguém a mudar de ideia, mas como seria o usuário que poderia chegar ao Caps sem vergonha, ou sem medo porque ele estava usando crack e ele tinha dúvida se ele seria preso ou não. Se aquele serviço de saúde vai denunciar ele ou não, isso a gente focou bastante. A legalização de uma forma como mudaria a vida, e não só ideologicamente. Outra coisa que a gente discutiu muito foi a droga como um negócio na nossa sociedade, então é um negócio como outro qualquer capitalista, né? Indústria farmacêutica (T3).*

As discussões promovidas pelos docentes que atuaram na área da “Rede de atenção psicossocial” abordaram a dimensão jurídico-política, discorrendo sobre a importância dos movimentos da reforma sanitária na constituição do SUS, a reforma psiquiátrica e o modelo de trabalho da Raps. Nos módulos seguintes, sobre o matriciamento e a linha de cuidado, o trabalho se direcionou à dimensão sociocultural, com a mudança na estratégia de trabalho que propôs o debate sobre a rede a “partir do” e “no” território. Este modo de conduzir a formação de coletivos se apoiou em conteúdos estruturados radicalmente sobre a realidade territorial, suas redes formais, informais, ativas e passíveis de ser ativadas, tendo como pano de fundo as teorias que sustentam a atenção psicossocial.

Nas reuniões do grupo de formadores, estes módulos ganharam o apelido de “Redes e saberes: como fazer juntos”.

*[Respondendo sobre as temáticas] o que são políticas públicas, uma ideia de desnaturalizar indo por diferença de políticas de estado e de governo pensando que a saúde seria um campo emblemático das políticas públicas e a saúde mental um campo emblemático da saúde, a gente passava por um conteúdo que era falar da questão social das políticas públicas, dos movimentos sociais que foram dar na construção, tanto da reforma sanitária quanto da reforma psiquiátrica, esses elementos então que são construções, né? Um embate aí entre forças, mas que tem toda uma história que leva a isso e aí discutir um pouco mais detalhadamente a questão da Raps. Que o trabalhador chega e a política tá pronta, e, na verdade, tem toda uma construção que vai se colocando, com idas e vindas, etc. E a própria ideia de Raps recente, né? Mas que ela vem responder algumas coisas. E daí também a gente discutia neste curso a questão da própria saúde do trabalhador, a questão da cidade estava presente, pensar a questão da saúde, a cidade, aumentar a saída para os equipamentos, as formas, as redes oficiais, mas as redes das próprias pessoas como elas vão construindo; então uma discussão de redes em geral (D3).*

*Como fazer juntos era o nome que, na verdade, sintetizava e que dizia do como fazer juntos na rede, que era o que a gente queria trabalhar com eles, mas que dizia do processo propriamente dito, né? Como a gente, junto com eles, pensa como esse território tá fazendo matriciamento. E como a gente pensa juntos algumas questões... e isso tudo com a costura fundamental que era a ideia do fortalecimento da rede, né? E aí tivemos quase um ano de ação de educação permanente nesse outro formato e que aí acho que explodiu qualquer ranço de escolaridade que a gente podia ter nessa coisa de educação, né? E eu tive experiências de, de fato construir junto com a minha rede local, com a interlocutora de lá um novo modo de matriciamento com aquela rede e já acompanhar inclusive um pouco deles, pondo em prática isso, então foi muito bacana, muito bacana (D7).*

A disseminação dessas discussões das dimensões da atenção psicossocial para os profissionais que trabalham em unidades de saúde de diferentes complexidades, em especial para as equipes da APS, permite outro olhar sobre a compreensão das queixas, sofrimentos, dores tão comuns no cotidiano de trabalho dos profissionais.

Rotelli, referindo-se à definição dada por Basaglia de *maioria desviante*, aponta que, na população, encontramos de forma mais presente as condições de doença do que condições de saúde. Propõe que possamos “imaginar uma nova relação com nós mesmos, que não coloque em jogo as nossas forças, mas sim nossas fraquezas” (ROTELLI, 2015, p. 46).

*Devemos partir do pressuposto de que no mundo ainda existem milhões de pessoas dentro dos hospitais psiquiátricos, que existem novas formas de internação através de condicionamentos farmacológicos pesados. Existe um internamento farmacológico quando, através dos remédios, nós reduzimos o corpo de uma pessoa a corpo inerte. Existe um internamento psicológico quando reduzimos a pessoa a sua doença. Contra todas estas formas de internamento temos uma luta infinita ainda a ser feita e a estratégia para combate nesta luta se dá através dos profissionais que devem aprender os novos saberes, que devem aprofundar-se neste tema da complexidade das relações do corpo social (ROTELLI in AMARANTE, 2015, p. 43).*

Os processos formativos dos trabalhadores devem trazer à discussão não somente a abordagem do cuidado individual, mas também possibilitar a compreensão das múltiplas determinações do sofrimento e interrogar a implicação de suas práticas nos modos de produzir

saúde pública e coletiva, na reprodução dos processos de patologização e de medicalização da vida e mercantilização da saúde.

Nesse sentido, incluir nos currículos de percursos formativos todas as dimensões do cuidado pode ser um dos caminhos para desenvolver nos profissionais um espírito crítico e um engajamento na luta por uma sociedade sem manicômios.

### 5.3 REPERTÓRIOS DA REDE DE CUIDADOS

No Capítulo I – “CAMINHOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS”, foi sugerido que a construção de propósitos comuns é o ponto de *virada* da conectividade para a coletividade da rede: “Para uma ação coletiva, o propósito comum é a marca da existência de qualquer grupo, coletivo ou comunidade, ele é o que pode ser atingido simultaneamente por todos numa ação conjunta. [...] O propósito é aquilo que mobiliza um coletivo” (COSTA, 2011, p. 9 – 10). Cabe questionar qual a percepção dos trabalhadores acerca do propósito de uma *produção de comum* do PRS?

Respondendo à questão sobre qual seria o fio condutor do projeto, os alunos/trabalhadores referiram um respeito ao conhecimento que eles tinham de sua prática, tanto na identificação de suas fragilidades quanto de suas potencialidades e a *Rede*, que incluía múltiplas redes na execução da política pública.

*Então, eu me lembro do projeto desde o começo porque veio primeiro um questionário na unidade sobre quais os nossos interesses na área da saúde mental. Depois a gente recebeu mesmo um, não sei se foi por e-mail ou se foi impresso, mas mostrando como ficaram divididas as áreas dentro da saúde mental, área infantil, área do adulto... E depois teve as apresentações. Então, pra mim, eu tive uma visão bem geral (T1).*

*A experiência do território, porque em todos os cursos, acho que os professores de alguma forma pediam pra gente falar, assim, como que era. Então, acho que a experiência, que eu, a gente já vinha cursando, acho que ela foi considerada. Eu acho que principalmente o [professor]. Acho que ele dialogou bastante como que a gente já realizava no território. Era um curso em que o diálogo era bem presente (T5).*

*Ah, redes! Com certeza redes... E políticas públicas (T6).*

*O que me ficou de noção de estar dentro de um projeto é essa percepção de que é um curso na área de saúde mental, mas que não era só pra Caps, ele é um curso que permite ferramentas e instrumentos ao trabalhador de qualquer equipamento - da UBS, ou do CER, ou do Caps - ele se apropria disso e pode repensar sua intervenção (T2).*

O trabalho em rede implica coordenação. Em estudo sobre a coordenação dos serviços de saúde, Lima e Rivera (2009) apontam que esta é uma tarefa essencialmente comunicativa.

Implica *sujeitos e vinculações*. Os autores destacam o trabalho desenvolvido por Safram, Miller e Beckman (2005) sobre a importância que o estímulo à cultura de solidariedade e às redes colaborativas de conversação tem para as organizações, e por Franco (2006) acerca da necessidade de estabelecimento de conexões e fluxos horizontais entre os profissionais envolvidos nas redes de cuidado em processos de comunicação mútua.

Segundo Rovere (1998, apud LIMA; RIVERA, 2009, p. 331), “rede é a linguagem dos vínculos”. A vinculação entre os profissionais que trabalham em diferentes unidades de saúde requer pontos de convergência e espaços de negociação orientados pelo estímulo à solidariedade e ao estabelecimento de canais de comunicação. Habermas (1987, apud Pinto, 1995, p. 82) afirma que “a linguagem preenche as funções de alcançar o entendimento, coordenar ações e socializar os indivíduos”.

A valorização da interação evidencia a necessidade de impulsionar o *agir comunicativo*, fazendo o contraponto a um *agir instrumental*, como definiu Habermas, ou seja, incentivar processos que objetivem o entendimento em detrimento daqueles que intentem produzir um estado desejado. O *agir comunicativo* permite ampliar as possibilidades de interpretações dos fenômenos na produção de um entendimento por meio de processos dialógicos, intersubjetivos.

Segundo Peduzzi (2001, p. 107), “a prática comunicativa é uma situação em que [...] a finalidade é interagir e, nesse processo, construir consensos pertinentes a cada contexto, ao passo que, no agir instrumental, busca-se um certo resultado independente das vicissitudes do percurso”. Nesse sentido, a implicação de trabalhadores e sua vinculação na atividade de EPS facilitam o estabelecimento do agir comunicativo nos territórios, visto que é uma ação que propicia a participação, apresenta a problematização dos processos de cuidado familiares ao grupo, permite a elaboração conjunta da compreensão sobre os fenômenos analisados, possibilita a identificação e a nomeação dos saberes tácitos. A mediação das relações é também favorecida pela participação do docente.

A organização territorial das turmas no PRS possibilitou o reconhecimento dos parceiros e a vinculação a uma rede social plena de sentido, pois que se constituíam por profissionais que partilhavam os mesmos recursos, carências, vulnerabilidades sociais, compartilhavam a responsabilidade sobre mesmo grupo populacional. Reconhecer quem eram os profissionais que atuam nos pontos de atenção e quais os trabalhos desenvolvidos foi o ponto de partida para o estabelecimento do agir comunicativo.

*[...] tinha um convite para que os profissionais compartilhassem suas experiências e isso se dava em classe. Isso depois nos ajudava também a fazer as escritas dos*

*registros das narrativas coletivas, porque os temas, as histórias dos atendimentos, eram faladas primeiro, eram compartilhadas. Eventualmente tinha gente se conversando, conversando sobre casos específicos, se reconhecendo. Gente que se conhecia pelo nome, mas não conhecia pessoalmente ou reencontros entre profissionais que já se conheciam, que já eram parceiros. Então acho que a grande maioria dos profissionais já mostravam um alinhamento conceitual e ético e que fazia então uma espécie de corrente, né, para que outros viessem a participar dessa, desses modos de pensar, de compartilhar. Eventualmente tinham momentos de debates mais intensos, tensos, né, mas que também eram muito produtivos, mas sempre muito cordiais e sem nenhuma tensão excessiva assim (D2).*

*[Falando do trabalho desenvolvido no território – Redes e saberes] Em um dos territórios que eu estava, fizeram toda uma proposta: “Bom, então vamos circular: aonde a gente vai?” Então, o lugar que era o anfitrião é que iria apresentar para os outros o trabalho que era feito ali e, a partir daí, discutir então, por exemplo, política de redução de danos, quando a gente foi no Caps AD, os redutores que fizeram lá toda uma apresentação e discussão, bom... e como relacionar isso aos trabalhadores das UBSs que estavam ali? Então tinha uma coisa que ia se configurando... Então: “Qual vai ser o próximo? O que a gente quer apresentar? Vai no Caps IJ” Inclusive tinha uma questão do conhecimento físico do espaço; então sempre se fazia um tour... “Vamos conhecer o equipamento, o que faz? Onde tem?” Com todo mundo. Acho interessante porque pra muitos acho que era a primeira vez, ir além do seu equipamento, da sua unidade (D3).*

*Então o Caps adulto de certa supervisão de saúde, com outra [unidade] daquele mesmo território, podiam pensar estratégias de como eles resolviam aquela questão, até porque as temáticas, o cotidiano era mais parecido então acho que era um espaço rico para poder trocar entre o próprio território de saber como é que cada um ia resolvendo aquelas questões. A ideia das aulas era apresentar questões pra gente poder discutir, então acho que poder ter um território mais próximo, ou mesmo isso: tinha lá, que acho que talvez era um espaço de encontro outro entre os trabalhadores, que não eram em reunião de discussão de caso, mas que talvez pudessem conversar (D5).*

*Eu acho que o “Rede Sampa” ajudou num momento em que vários equipamentos estavam construindo essa rede, eu acho que ele amalgamou isso aí, sabe? Pra além de ser uma política de saúde da Prefeitura do Ministério, eu acho que a questão da formação possibilitou que a gente tivesse isso em determinados momentos semanalmente, quinzenalmente, pra gente botar isso a limpo (T3).*

Em pesquisa sobre conceito e tipologia de equipes multiprofissionais, Peduzzi (2001) refere que o agir comunicativo é identificado em atitudes que favorecem o trabalho em equipe, reconhecendo nessas condutas a possibilidade de construção de propósitos comuns. O agir comunicativo possibilita a elaboração de um projeto coletivo a partir da realidade de trabalho que contemple as necessidades de saúde dos usuários e também dos profissionais.

No estabelecimento do cuidado em rede, é importante a proposição desses espaços em que o objetivo seja a construção de propósitos comuns – a *virada* para a coletividade – ou seja, que estejam mais implicados com a produção de “consensos pertinentes aos contextos” pela via do agir comunicativo.

*Eu sempre achei muito potente o trabalho onde tinha essa variação de categorias profissionais, de... até de nível, né, se era de nível médio ou nível superior, porque ali, na sala de aula, a gente um tanto conseguia ver acontecer de uma forma natural o que espera-se que aconteça fora da sala de aula. Então, a rede ela se organizava*

*e se potencializava a partir de uma discussão de caso, ou de um conceito que os provocavam a pensar sobre [por exemplo] as reuniões mensais da Redinha. E, neste sentido, as pessoas se conectavam, pessoas que não se conheciam, serviços que não se conheciam, e, a partir dali, tinham até outros desdobramentos, né? Então se era um caso que tinha em comum uma unidade básica de saúde e um Caps, e que eles estavam pensando em como acionar... a gente teve a oportunidade inclusive de ter profissionais da assistência social e da educação nesses dois primeiros cursos. Então, nesse sentido, é... de saber como se conectar com o Cras, pra, enfim, atrás de alguma demanda específica, então a rede ela acontecia ali dentro da sala de aula e aquilo eles levavam para fora, né, então, troca de e-mails depois, ou contatos pra outros casos em que pediam ajuda, ou no sentido de uma orientação, ou no sentido mesmo de um fazer compartilhado (D6).*

*Mesmo que eventualmente possam ter conflitos de linguagem, diferenças de posições ou coisas para acertar, eu acho que é uma ótima oportunidade para isso se dar. Então eu entendo isso muito positivamente assim, a heterogeneidade do grupo. Encontrei também nos profissionais o reconhecimento de como que isso é bacana, né? Isso eu acho também que conta a favor, o fato da organização dos cursos ser regionalizada, fazer com que os profissionais que já se encontram e trabalham juntos naquelas regiões possam conversar e partilhar experiências (D2).*

O alinhamento de conceitos e referenciais surge como necessidade e é visto como uma possibilidade de validação das práticas da atenção psicossocial pelo conjunto de profissionais da Raps. Pinto (1995) ressalta que

*[...] a ação comunicativa surge como uma interação de, no mínimo dois sujeitos, capazes de falar e agir, que estabelecem relações interpessoais com o objetivo de alcançar uma compreensão sobre a situação em que ocorre a interação e sobre os respectivos planos de ação com vistas a coordenar suas ações pela via do entendimento. Neste processo, eles se remetem a pretensões de validade criticáveis quanto à sua veracidade, correção normativa e autenticidade, cada uma destas pretensões referindo-se respectivamente a um mundo objetivo dos fatos, a um mundo social das normas e a um mundo das experiências subjetivas (PINTO, 1995, p. 80).*

Nesse aspecto, as diferentes culturas organizacionais e a validação das práticas de cuidado precisam ser reafirmadas em suas bases conceituais, capilarizando pela rede as referências que constituem o campo e garantindo que a integração fluida e circunstancial que caracteriza o cuidado em rede não provoque mudanças na condução desse cuidado.

*Acho que tinha uma diferença que era, por exemplo, apresentar um Michel Foucault. Pra grande maioria que tá na rede em Saúde Mental, Michel Foucault é básico. Pra muitos agentes era uma grande novidade, né? Então tinha essa diferença à qual [o que] você está exposto há muito tempo e é óbvio, quase que fica óbvio. Paulo Amarante, é óbvio, digamos assim, pra uma grande maioria da luta antimanicomial no Brasil. Mas, pra essas pessoas como os agentes, acho que, pro auxiliar de enfermagem também, então, era outro universo, nunca tinham ouvido falar daquilo, não conheciam mesmo a história da loucura etc. e tal (D4).*

*Então você precisa ter sim, elementos da clínica, elementos do funcionamento de estruturação de uma criança para você poder ter um olhar mais apurado, um olhar que não pode ser só intuitivo ou na base do vamos fazendo. Acho que a criança exige mais do que isso. Você pode ser um cara hipersensível, mas a maioria de nós é de meros mortais e a gente vai se guiando pela nossa formação, história de vida, né? Pelo que você traz de bagagem. Então eu acho que os cursos têm uma felicidade muito grande de permitir que os profissionais trouxessem a sua experiência, conversem, porque eu acho que é um momento de elaboração de poder*

*dizer “isso que a gente está vendo nesse texto, ou o que a fulana falou, ou isso que você tá dizendo é muito bom porque valida aquilo que a gente já fazia, aquilo que a gente já percebia”. Isso é uma fala que aconteceu nos cursos que a gente fez (T2).*

*Eu acho que os cursos, pensando agora nos dois que eu fiz - vulnerabilidade e crise - eles trouxeram propostas de como intervir, de como abordar, não no sentido de um protocolo, de “aconteceu isso, faça isso”, mas de te permitir pensar em como fazer a aproximação com um sujeito que chega em crise numa UBS, que fica todo mundo... saindo correndo, sem saber o que fazer com aquele cara. Então assim, sugerir formas de aproximação é dizer assim “é possível, pensa por aqui”, né? Que eu acho que é bem importante (T2).*

*Então a ideia não era discutir... Era você ver o sujeito, ver os determinantes em torno daquele problema, e ver como cada um pensava nisso. O quê que surgia eram as dificuldades inerentes de uma UBS, de uma estratégia, de uma ACS que enfrentava o tráfico, a violência... Então, claro que, às vezes, se você tá num Caps, você tá num lugar mais protegido. Foi muito interessante ver como... a estratégia de cada ponto da rede pra dar atenção às questões da dependência de álcool e outras drogas (T2).*

*No encontro dos cursos, era interessante porque realmente teve alguns momentos de alguns conceitos que já eram familiares pra gente do AD, que pras ACSs que participaram do curso sobre o uso de substâncias não eram tão familiares. Algumas questões, de algum ponto de vista, de algumas ‘moralidades’ que surgiram ali no debate, que pro pessoal do AD aquelas já eram umas questões mais cotidianas, então era mais fácil ouvir ou falar daquilo, e, pra alguns profissionais da Atenção Básica, eram temas mais tabus, como, por exemplo, o uso de substância na gestação, que é um tema que pra UBS é: “Ai, nossa! Essa questão... essa usuária tem que ser internada, porque o feto, o bebê não tem nada a ver com a escolha da mãe” e a gente do Caps trazendo como é a posição do Ministério da Saúde sobre essa temática - que teve uma diretriz normativa, que essa usuária tem que estar na rede e a gente precisa promover o cuidado dela. Então teve alguns temas que geraram certa problematização por serem lugares diferentes da rede olhando pra mesma situação (T5).*

Os Repertórios da Rede falam dos encontros como espaços de intercâmbio de saberes, da partilha de distintos modos de operar o cuidado, de apresentação de soluções singulares e criativas, do reconhecimento e do estranhamento de si no trabalho do outro, de negociações dos “casos” mobilizadores da totalidade da rede. Expressam a necessidade democratizar conceitos e teorias, entendidos como o arcabouço que sustenta e conduz os caminhos da prática, de modo a contribuir para a produção de comum no território de trabalho.

## 6. CONCLUSÃO

A ideia de fazer um aprofundamento teórico e conceitual como pesquisa de mestrado sobre o trabalho desenvolvido no PRS foi se consolidando na medida em que a metodologia esboçada ganhava materialidade com a adesão de trabalhadores.

Primeiramente os da rede municipal: interlocutores de saúde mental, trabalhadores dos serviços de Caps, Cecco, UBS, das Escolas Municipais de Saúde Regionalizadas, que aceitaram a proposta de pensar um projeto de educação permanente em saúde a partir das dificuldades percebidas no cotidiano do trabalho. Trouxeram as práticas que deram contornos às propostas formativas.

Depois se aproximaram os coordenadores de área, pessoas engajadas na vida acadêmica pela via da saúde coletiva, da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. Com eles somamos os modos de pensar o currículo, a construção teórica, os autores importantes do campo, os conceitos e teorias que nomeiam e explicam o fazer. Permearam os contornos preestabelecidos e esboçaram a formação.

Por fim, vieram os docentes, selecionados por meio de um edital que valorizou o conhecimento que detinham da rede e do campo psicossocial. Demonstravam grande interesse em contribuir com os trabalhadores da assistência e emprestaram sua escuta e sua voz. Deram *corporeidade* e concretude às ideias gestadas nos coletivos.

Assim, o Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana – foi, ele próprio, construído em rede, marcado pela diversidade, pela heterogeneidade e pela circularidade.

O PRS se constituiu a luz das políticas nacionais de EPS, desenvolvendo ações a partir de abordagens transdisciplinares, embasadas nas necessidades identificadas pelos trabalhadores na realização de seu fazer e em turmas descentralizadas, organizadas a partir de redes territoriais, tendo como produto as narrativas que materializaram o saber construído na interface teoria/prática.

Também se estruturou sob os princípios da atenção psicossocial e seu percurso histórico calcado no engajamento dos trabalhadores no cuidado ético e ampliado, centrado no respeito às possibilidades de ser e viver dos sujeitos e implicado com a produção de subjetividade.

Nesta pesquisa, ouvir o sentido que a experiência produziu nas pessoas envolvidas apontou para a possibilidade de que as atividades de formação de trabalhadores sejam fator de mobilização dos coletivos por meio da criação de propósitos comuns. Nisto reside uma grande potência na transformação de grupamentos de serviços em redes de cuidados.

No entanto não encontramos relevante número de investigações científicas sobre este tema relacionando a formação de trabalhadores em saúde ao fortalecimento do trabalho em rede. Identificamos a necessidade de ampliar as pesquisas neste campo.

O fio condutor sobre o qual se desenvolveu a análise, o construcionismo social, parte do pressuposto que é por meio do compartilhamento das práticas sociais em processos interativos que os grupos compreendem os fenômenos, conferem sentido às experiências e validam o conhecimento produzido no coletivo.

Assim, é pela interação entre os sujeitos que se amplificam as possibilidades de interpretação dos fenômenos, a institucionalização e a socialização das práticas sociais. Sob este aspecto, a linguagem tem papel preponderante enquanto geradora de sentidos. É por meio de processos dialógicos que as pessoas se posicionam em grupos, realizam os acordos coletivos que validam *verdades*.

A metodologia de análise identificou nas entrevistas os repertórios da Educação Permanente em Saúde, da Atenção Psicossocial e da Rede de Cuidados.

Os relatos apontam para uma fase inicial nos cursos em que havia um reconhecimento dos pares, parceiros do território, partindo para a apresentação das problemáticas e elaboração de encaminhamentos conjuntos e discussões sobre as abordagens teóricas cujo propósito era o alinhamento sob o modelo de atenção psicossocial.

Foi possível observar a importância da existência e manutenção de espaços onde os trabalhadores dos diversos pontos de atenção possam realizar este alinhamento, trocar experiências e apresentar modos singulares e criativos de operar o cuidado, falando sobre suas práticas, mas também sobre as determinações do sofrimento psíquico, compreendendo, para além do ponto de vista do sujeito biológico, aspectos sociais, econômicos, culturais, afetivos.

As colocações dos entrevistados sugerem que estratégias de elaboração curricular permeáveis pela prática dos profissionais, como nos currículos *praticadospensados*, produzem uma sensação de escuta e de pertencimento, e também o reconhecimento da coautoria no processo formativo. Deste modo, construindo o currículo progressivamente com a turma de alunos/trabalhadores, foi possível apresentar temáticas comuns ao público constituído de modo heterogêneo, representando a diversidade de atores da rede.

A proposta da PNEPS de realizar a formação dos trabalhadores com enfoque na problematização dos processos de trabalho, ou seja, nas necessidades das equipes no cotidiano das unidades de saúde, pode ser diversificada e favorecer a articulação dos diferentes pontos de atenção a partir de metodologias de ensino que considerem a diversidade de profissionais e as diferentes naturezas dos serviços.

O trabalho em rede, do ponto de vista de articulação e implicação dos sujeitos envolvidos no cuidado, deve considerar a necessidade de constituição de espaços permanente de diálogo e de negociação entre os trabalhadores, configurando-se como dispositivo para o alinhamento conceitual e a validação das práticas dos profissionais, possibilitando a construção de referenciais comuns e a identificação de pontos de divergência e de convergência no trabalho.

As questões relacionadas aos repertórios da atenção psicossocial, em especial ao cuidado com os usuários de substâncias psicoativas e à medicalização e patologização da vida, carregam uma grande carga de estigmas e de preconceitos, mesmo quando olhadas sob o ponto de vista dos profissionais da saúde.

Realizar a discussão destes temas com profissionais da Atenção Primária apareceu nas entrevistas como um fator importante, que deve ser abordado nas atividades de formação dos trabalhadores, visto que não fazem parte do repertório comum destes trabalhadores. As redes dialógicas abertas favorecem a mediação do diálogo e o intercâmbio de opiniões.

Efetivar esta discussão teórico-conceitual de modo conjunto com profissionais dos serviços especializados do território de trabalho, como os Centros de Atenção Psicossocial e os Centros de Convivência e Cooperativa, possibilita não somente abordar o cuidado individual, mas também caminhar para a compreensão das múltiplas determinações do sofrimento e para a desmistificação do universo do louco e da loucura.

Também demonstramos aqui a importância do registro de uma produção que realize a interface entre a teoria e a prática, onde se observe a rede de cuidados sob o ponto de vista dos trabalhadores. No PRS este registro foi feito por meio das narrativas coletivas: as teorias e conceitos abordados deixavam os corredores acadêmicos e eram correlacionadas com o trabalho cotidiano, preenchendo-o de sentidos.

As narrativas foram apontadas como extensão do espaço das aulas e, além de elemento documental, vistas como modo de cuidado aos profissionais, pelo respeito e valorização do saber advindo de suas práticas.

Em especial, no tocante às temáticas acima elencadas, temos assistido, neste momento político da história do país, inúmeros retrocessos advindos da nova política de saúde mental que está sendo desenhada pelo governo federal. Elas apontam para um retorno da lógica manicomial, da internação, da criminalização dos usuários de substâncias psicoativas e do tratamento centrado na abstinência, como a inclusão dos hospitais psiquiátricos na RAPS e legitimação das comunidades terapêuticas como unidades de atendimento aos usuários de substâncias psicoativas.

A exemplo do que ocorreu no movimento da luta antimanicomial, em que os profissionais da área da saúde mental tiveram fundamental importância na estruturação dos serviços substitutivos, na garantia de direitos humanos aos usuários e na adoção do cuidado em liberdade, é fundamental envolver e engajar os profissionais que atuam nas diversas unidades de saúde a manter a defesa dos avanços conseguidos nestes 30 anos de luta evitando banalizar as grandes conquistas do campo e sem deixar que estes retrocessos se aprofundem no interior dos serviços.

É possível pensar que os espaços de EPS possam se direcionar a conquistar “corações e mentes” para o cuidado ético e humanizado, contribuindo para os movimentos emancipatórios que podem garantir a institucionalidade de práticas de cuidado solidárias.

Boaventura de Sousa Santos refere-se ao *conhecimento-emancipação* que “não aspira a uma grande teoria, aspira sim a uma teoria da tradução que sirva de suporte epistemológico às práticas emancipatórias, todas elas finitas e incompletas e, por isso, apenas sustentáveis quando ligadas em rede” (1995, p. 31 apud OLIVEIRA, p. 16).

A elaboração desta dissertação foi um exercício de reflexividade crítica sobre a minha prática a partir de novos saberes constituído na aquisição de novos conceitos, aproximação com outros profissionais da área, reelaboração das referências instituídas, como acredito devam ser as atividades de formação dos trabalhadores. Não é exercício fácil. Transita entre a imersão, a reflexão, a indagação, a identificação e, por fim, a nomeação e a produção de sentido para os exercícios diários. Conferiu significado aos meus significados.

Ao término da formação no Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ fui desligada da Escola Municipal de Saúde, onde, entre outras atividades, coordenei o PRS por seis anos.

Os investimentos na minha formação *stricto sensu* para atuar na EPS foram desconsiderados pela administração municipal e fui realocada na assistência. Assim como aconteceu comigo, tenho certeza que isto ocorreu com vários trabalhadores da rede que participaram das atividades desenvolvidas no PRS e qualificaram o seu fazer, demonstrando a pouca valorização conferida por inúmeros gestores aos processos formativos que eles próprios promovem.

Imagino que, como eu, os trabalhadores da rede levaram consigo toda formação agregada: a teórica, a conceitual, a prática, a ética, a estética, a coletiva. Este é o conhecimento que emancipa, posto que transforma o sujeito. E o sujeito, como nos ensinou Paulo Freire, muda o mundo.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **O Homem e a serpente:** outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 37-98.

\_\_\_\_\_(Coord.) **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. p. 21-85.

\_\_\_\_\_**Saúde mental e atenção psicossocial.** 4. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 62-81.

\_\_\_\_\_(Org.): **Saúde Mental, formação e crítica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015.

BATISTELLA, C. E. C. **Tensões na constituição de identidades profissionais a partir do currículo: análise de uma proposta de formação profissional na área de vigilância em saúde.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. p. 87-110.

BRASIL, Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Casa Civil, 2001.

\_\_\_\_\_**Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_**Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE, 2007.

\_\_\_\_\_**Política Nacional de Educação Permanente. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, 2006, v. 9.** Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

\_\_\_\_\_**Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_**Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_**Portaria nº198/GM de 13 de fevereiro de 2014. Política Nacional de Educação Permanente.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAVALCANTI, F. O. L. **Educação permanente em saúde:** entre o passado e o futuro. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015, p. 16-27; 103-140.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** Botucatu, SP, vol. 9, n.16, p.161-77, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2005.v9n16/161-168/pt>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Revista de Saúde Coletiva.** Rio de

Janeiro: 14(1):41- 65, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 25 mar. 2018.

COSTA, R. Os afetos de rede: individualismo conectado ou interconexão do coletivo? **Iara – Revista de Moda, Cultura e Arte**. São Paulo: v.4, 2011. Disponível em <[http://www1.sp.senac.br/hotsites/blogs/revistaiara/wpcontent/uploads/2015/01/02\\_IARA\\_vo14\\_n1\\_Dossie.pdf](http://www1.sp.senac.br/hotsites/blogs/revistaiara/wpcontent/uploads/2015/01/02_IARA_vo14_n1_Dossie.pdf)>. Acesso em: 28 ago. 2017.

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial**: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P., (Org.) *Ensaio*: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 141-168. Disponível em <http://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf> . Acesso em: 20 jul. 2000

FIGUEIREDO, E. B. L. et al. Dez anos da educação permanente como política de formação em saúde no Brasil: um estudo das teses e dissertações. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 147-162, jan./abr. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462017000100147&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462017000100147&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 10 abr. 2019.

GERGEN, K. J. **Construcionismo social**: um convite ao diálogo. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2010.

GUERRA, A. M. C - Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo: 2004, VII, 2, p. 83 – 96. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n2/1415-4714-rlpf-7-2-0083.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

GUIMARÃES, A. N. et al. O tratamento ao portador de transtorno mental: Um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2): 274-82. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/08.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

GUTIERREZ, L. G.; ALMEIDA, M. A. B. Teoria da Ação Comunicativa (Habermas): estrutura, fundamentos e implicações do modelo. **Veritas**. Porto Alegre: v. 58, n. 1, jan./abr. 2013, p. 151-173. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/veritas/article/view/8691>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

HARTZ, A. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 20 Sup. 2, p. 331-S336, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

LIMA, J. C.; RIVERA, F. J. U Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu: 2009. v.13, n.31. p.329-342. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a08v1331.pdf>> Acesso em: 17 abr. 2018.

LUBENOW, J. A. Esfera pública e democracia deliberativa em Habermas - Modelo teórico e discursos críticos. **Kriterion**. Belo Horizonte: nº 121, p. 227-258, 2010. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-512X2010000100012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-512X2010000100012)>

Acesso em: 18 mar. 2018

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011. p. 61- 84.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu: v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/icse/2005.v9n16/172-174/pt>. Acesso em: 18 de março de 2018.

MERHY, E. E. e Franco, T.B. **Trabalho em Saúde** (verbetes). *In*: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz (org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 427 – 432.

MINAYO, M. C. S. (org.); DESLANDES, S. F.; NETO, O. C. **Pesquisa Social: Teoria, Método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>> Acesso em: 10. jan. 2018

OLIVEIRA, I. B. Contribuições de Boaventura de Sousa Santos para a reflexão curricular: princípios emancipatórios e currículos *Pensadospraticados*. **Revista e-curriculum**. São Paulo: v.8, n.2, agosto 2012. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/curriculum/article/view/10984/8104>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

PALERMO, L. C. A importância da teoria do agir comunicativo na atualidade: racionalidade, mundo da vida e democracia deliberativa. **PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**. Macapá: n. 6, p. 01-17, dez. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/view/806/n6Palermo.pdf>> . Acesso em: 18 mar. de 2018.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>>. Acesso em: 27 out. 2017.

PINTO, J. M. R. A teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas: conceitos básicos e possibilidades de aplicação à administração escolar. Ribeirão Preto: **Paideia, FFCLRP/USP**, 1995. p.77-96. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103863X1995000100007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103863X1995000100007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 10 abr. 2018.

RAMOS, M. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ 2010. pp.62-91; 243-274.

SARACENO, B; LUCA, B.; BARQUERO. F. M. Problemas metodológicos en la evaluación de un programa de rehabilitación . **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**. Vol. XII, N.º 40, 1992. Disponível em < <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1992/revista-40/02-problemas-metodologicos-en-la-evaluacion-de-un-programa-de-rehabilitacion.pdf>> Acesso em: 23 mar. 2018.

SILVA, F. C.; MENDES, W. V. Currículos *praticados e pensados* na escola: a emergência de saberes docentes não-autorizados. **Tópicos Educacionais**. Recife: n.2, jul/dez. 2016.

Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/topicoseducacionais/article/view/22669/18733>>. Acesso em: 01 mai. 2019.

SILVA, M. M. Saúde mental e a fabricação da normalidade: uma crítica aos excessos do ideal normalizador a partir das obras de Foucault e Canguilhem - **Interação em Psicologia**.

Curitiba, jan./jun. 2008, 12(1), p. 141-150. Disponível em:

<<http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/viewFile/8322/9217>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

GUANAES-LORENZI, C. et. al. (Org.) **Construcionismo social**: discurso, prática e produção de conhecimento. Rio de Janeiro: Institutos Noos, 2014, p. 49 – 72.

SPINK, M. J. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 9 (3): 300-308, jul/setv. 9, , 1993.

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1993000300017&script=sci_abstract&tlng=pt)

[311X1993000300017&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1993000300017&script=sci_abstract&tlng=pt) > Acesso em: 02 abr. 2019

\_\_\_\_\_ **Linguagem e produção de sentido no Cotidiano [online]**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

\_\_\_\_\_ (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. ed. virtual. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. p. 21-49.

\_\_\_\_\_ Clientes, cidadãos, pacientes: reflexões sobre as múltiplas lógicas de cuidado na atenção à saúde. São Paulo: **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo: v.24, supl.1, p.115-123, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-12902015000500115&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902015000500115&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 02 abr. 2019.

VIEIRA, M. et al. **Análise da política de educação permanente em saúde**: um estudo exploratório dos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Relatório final. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006. Disponível em

<[http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/EPSJV-FIOCRUZ/Analise\\_politica\\_edu\\_permanente.pdf](http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/EPSJV-FIOCRUZ/Analise_politica_edu_permanente.pdf)>. Acesso em 27 out. 2017.

## APÊNDICE I - ROTEIROS DE ENTREVISTAS:

### I – SUJEITOS DAS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS:

1 - Coordenadores de Cursos: serão entrevistados profissionais contratados para a elaboração de ementas, conteúdos, planos de aula dos cursos, bem como da formação e acompanhamento dos docentes na aplicação dos mesmos nas turmas de alunos.

2 - Docentes: serão entrevistados 6 (seis) profissionais contratados para ministrar aulas em pelo menos dois cursos e duas turmas distintas. Este recorte tem por objetivo captar as percepções de sujeitos que identifiquem um processo de aprendizagem, evitando o foco em um curso isolado.

Os entrevistados atualmente não mantêm vínculo institucional com a Secretaria Municipal da Saúde. No período de elaboração e execução dos cursos foram selecionados por meio de Edital de Seleção Pública e tiveram contratos em regime temporário com o órgão público no período de realização dos mesmos (entre 2014 e 2016), ocorrendo o desligamento previsto em contrato há mais de 18 meses.

### II – SUJEITOS DO GRUPO FOCAL

Profissionais que atuem em diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial e que tenham participado e concluídos pelo menos dois cursos integrantes do projeto de educação permanente em saúde, estejam atuando na área de saúde mental e tenham colaborado na elaboração da narrativa coletiva.

São profissionais vinculados à Secretaria Municipal da Saúde (SMS/SP), seja por vínculo efetivo ou por contratação por OSS. Estes trabalhadores serão contatados por meio da Escola Municipal de Saúde Regional, responsável institucional pela execução do Projeto Rede Sampa. O termo de anuência da SMS/SP consta na Plataforma Brasil.

### III - EIXOS NORTEADORES DA ENTREVISTA

## A – Sujeitos

1 - Nome

2 - Profissão

3 - Idade/ sexo/ cor/ vinculo profissional (Servidor público/ trabalhador contratado por OSS)

4 - Tipo de unidade de saúde onde trabalhava por ocasião de participação do curso e atividade profissional que desenvolvia

5 - Atividade profissional que desenvolve atualmente e tipo de unidade onde trabalha atualmente? É a mesma unidade onde trabalhava na ocasião do curso?

6 – Em quais atividades você participou do Projeto Rede Sampa?

7 - Fale sobre sua experiência neste Projeto

## B – Experiência do curso

1 - Sobre as temáticas, conteúdos e planos de aula dos cursos:

- Quais as temáticas assuntos que foram abordados

- Como foram elaborados/ como foram percebidos, considerando as necessidades do trabalho

- Como incidem no trabalho (relevância/importância/pertinência)/ correlações trazidas para a sala de aula

2 - Sobre a discussão em sala de aula acerca do trabalho desenvolvido no cotidiano:

- Quais as questões de trabalho trazidas para a discussão em sala de aula.

- De que modo o cuidado era discutido? Havia espaço para as negociações sobre o cuidado? Quais? Como?

- Como era a participação dos trabalhadores das outras unidades de saúde?

## APÊNDICE II – INSTRUMENTAL PARA A IDENTIFICAÇÃO DAS PRINCIPAIS NECESSIDADES DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

### **Plano de Educação Permanente para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial no Município de São Paulo**

A Escola Municipal de Saúde e a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde darão início à execução do “Plano de Educação Permanente para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial na cidade de São Paulo” que tem como bases a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Drogas e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. O plano será executado com recurso financeiro do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde. Terá duração de 24 meses e início previsto para o segundo semestre de 2013.

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Drogas busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade. A implantação da Rede de Atenção Psicossocial é estratégia para a ampliação do acesso da população à atenção psicossocial. A Rede deve articular pontos de atenção, envolvendo as Unidades Básicas de Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial, os Centros de Convivência e Cooperativa, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, a Rede Hospitalar e os Serviços de Pronto Atendimento, os Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) lançada pelo Ministério da Saúde através da Portaria 198, de fevereiro de 2004, possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população.

Com base nestas Políticas constituiu-se um Grupo de Trabalho com representantes dos diversos serviços e regiões que elaborou temas sobre os quais se desenvolverão cursos com cargas horárias diversificadas. Estes temas estão em documento anexo. Pedimos aos profissionais envolvidos na área de saúde mental que façam a proposição de conteúdos a serem abordados nos cursos baseados nas necessidades percebidas no cotidiano de trabalho.

Pensamos que, desta forma, o Plano proposto poderá qualificar o trabalho dos profissionais e contribuir na implantação da Rede de Atenção Psicossocial na cidade de São Paulo.

Atenciosamente

Grupo de Trabalho de Educação Permanente em Saúde Mental

CRS: \_\_\_\_\_

STS: \_\_\_\_\_

UNIDADE: \_\_\_\_\_

Interlocução de Saúde Mental \_\_\_\_\_

PROGRAMA (se houver): \_\_\_\_\_

Área Temática Saúde Mental \_\_\_\_\_

AÇÃO	CONTEÚDOS
Atendimento e manejo de grupos	
Atendimento familiar	
Recursos terapêuticos e ferramentas para atendimento em oficinas	
<p>Cartografia e Itinerários de Cidadania</p> <p>Capacitar profissionais para desenvolver trabalhos que promovam a inclusão social para pessoas com transtornos mentais em situação de grande vulnerabilidade social, colaborando na construção de itinerários de cidadania.</p>	

<p>Manejo e conceituação ampliada da crise em saúde mental</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Infância e adolescência</li><li>• Adulto</li><li>• Álcool e Drogas</li></ul>	
<p>Vulnerabilidades e situações de risco psicossocial na infância e adolescência: abordagem e linhas de cuidado integral</p>	
<p>Deteção precoce de Transtornos graves na infância e adolescência e medicalização</p>	
<p>Psicopatologia, Psicofarmacologia e Medicalização</p>	

Economia Solidária e organização de redes de produção e comercialização	
Histórico e Epidemiologia do uso de drogas	
Comorbidades psiquiátricas e uso de drogas	
A Redução de danos: conceituação, mitos e estratégias de ação no território e com população vulnerável	

Matriciamento	
Linhas de cuidado integral	
Projeto Terapêutico Singular	
Outras ações sugeridas (ações e conteúdos):	

## **ANEXO I – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENTREVISTA**

Convido você a participar da pesquisa “Reavaliando o papel da educação profissional em saúde na mudança das práticas de trabalho pela constituição de redes de conversação e de produção de consenso entre profissionais: uma experiência em educação profissional para a Rede de Atenção Psicossocial no município de São Paulo”, que está sendo desenvolvida pela pesquisadora Christiane Mery Costa, no Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - EPSJV/FIOCRUZ, no Rio de Janeiro.

O objetivo desta pesquisa é compreender o papel da educação permanente em saúde como espaço/dispositivo para o estabelecimento de redes de conversação e de produção de consenso entre os trabalhadores, com vistas à integralidade do cuidado. Procura trazer como benefícios, a identificação de estratégias e metodologias de educação permanente em saúde que possam contribuir para a melhoria da assistência, e, em especial, para a produção do cuidado integral e integrado em rede.

A análise terá por referencia o Projeto Rede Sampa - Saúde Mental Paulistana, e solicitamos a sua colaboração na participação em entrevista semiestruturada, com uma duração média de 50 minutos, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.

Cumpra também esclarecer possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. A pesquisa abordará as temáticas e conteúdos dos cursos, os modos de cuidado em rede debatidos nas salas de aula, a produção das narrativas coletivas como trabalho de finalização de curso referentes ao Projeto de Educação Permanente, podendo ocasionar desconforto no que diz respeito a abordagens sobre a atuação profissional dos sujeitos, mas não ocasionando riscos consideráveis a seus participantes.

\_\_\_\_\_ Rubrica do pesquisador \_\_\_\_\_ Rubrica do participante

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer deste procedimento e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Informamos também que você tem garantido o direito de se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir a qualquer momento sem que haja nenhum prejuízo para você. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Estou e estarei sempre a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Os contatos podem ser feitos pelos telefones (11)984288955 e (11)38464815 ramal: 203, pelo e-mail: chriscosta28@hotmail.com e no endereço comercial: Rua Gomes de Carvalho, 250 – Vila Olímpia – São Paulo.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/FIOCRUZ são: fone: (21) 3865-9705, e-mail: cep@epsjv.fiocruz.br, e endereço: Av. Brasil - 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - CEP 21040-360. Os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde são: fone (11) 3397-2464; e-mail: smscep@gmail.com e endereço: Rua General Jardim, 36 – República – São Paulo.

Você receberá uma via deste Termo, que ficará em seu poder.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

Pesquisadora: Christiane Mery Costa

**Li e concordo em participar da pesquisa.**

Nome do participante: \_\_\_\_\_

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

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO FOCAL**

Convido você a participar da pesquisa “Reavaliando o papel da educação profissional em saúde na mudança das práticas de trabalho pela constituição de redes de conversação e de produção de consenso entre profissionais: uma experiência em educação profissional para a Rede de Atenção Psicossocial no município de São Paulo”, que está sendo desenvolvida pela pesquisadora Christiane Mery Costa, no Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - EPSJV/FIOCRUZ, no Rio de Janeiro.

O objetivo desta pesquisa é compreender o papel da educação permanente em saúde como espaço/dispositivo para o estabelecimento de redes de conversação e de produção de consenso entre os trabalhadores, com vistas à integralidade do cuidado. Procura trazer como benefícios, a identificação de estratégias e metodologias de educação permanente em saúde que possam contribuir para a melhoria da assistência, e, em especial, para a produção do cuidado integral e integrado em rede.

A análise terá por referencia o Projeto Rede Sampa - Saúde Mental Paulistana, e solicitamos a sua colaboração na participação em entrevista em grupo, com uma duração média de 60 minutos, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.

Cumpre também esclarecer possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. A pesquisa abordará as temáticas e conteúdos dos cursos, os modos de cuidado em rede debatidos nas salas de aula, a produção das narrativas coletivas como trabalho de finalização de curso referentes ao Projeto de Educação Permanente, podendo ocasionar desconforto no que diz respeito a abordagens sobre a atuação profissional dos sujeitos, mas não ocasionando riscos consideráveis a seus participantes.

\_\_\_\_\_ Rubrica do pesquisador      \_\_\_\_\_ Rubrica do entrevistado

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer deste procedimento e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Informamos também que você tem garantido o direito de se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir a qualquer momento sem que haja nenhum prejuízo para você. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Estou e estarei sempre a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Os contatos podem ser feitos pelos telefones (11)984288955 e (11)38464815 ramal: 203, pelo e-mail: chriscosta28@hotmail.com e no endereço comercial: Rua Gomes de Carvalho, 250 – Vila Olímpia – São Paulo.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/FIOCRUZ são: fone: (21) 3865-9705, e-mail: cep@epsjv.fiocruz.br, e endereço: Av. Brasil - 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - CEP 21040-360. Os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde são: fone (11) 3397-2464; e-mail: smscep@gmail.com e endereço: Rua General Jardim, 36 – República – São Paulo.

Você receberá uma via deste Termo, que ficará em seu poder.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

Pesquisadora: Christiane Mery Costa

**Li e concordo em participar da pesquisa.**

Nome do participante: \_\_\_\_\_

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