

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE

LARISSA WEBER

AVALIAÇÃO DA PRIMEIRA ETAPA DO PROJETO
“PERCURSOS FORMATIVOS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
(RAPS): INTERCÂMBIO ENTRE EXPERIÊNCIAS”
NO MUNICÍPIO DE GUAÍBA/RS

Porto Alegre

2017

LARISSA WEBER

AVALIAÇÃO DA PRIMEIRA ETAPA DO PROJETO
“PERCURSOS FORMATIVOS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
(RAPS): INTERCÂMBIO ENTRE EXPERIÊNCIAS”
NO MUNICÍPIO DE GUAÍBA/RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENSAU/UFRGS) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Porto Alegre

2017



ATA PARA ASSINATURA Nº _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Ensino na Saúde - Mestrado Profissional
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Larissa Weber, com ingresso em 24/04/2015
Título: **Avaliação da primeira etapa do projeto "Percurso Formativos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Intercâmbio entre experiências" no município de Guaíba-RS**
Orientador: Prof. Dr. Roger Dos Santos Rosa

Data: 31/03/2017
Horário: 18:30
Local: Auditório Mário Rigatto / FAMED

Banca Examinadora	Origem
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	UFRGS
Rosane Paixão Schlatter	UFRGS
Ronaldo Bordin	UFRGS

Porto Alegre, 31 de março de 2017.

Membros	Assinatura	Conceito	Indicação de Voto de Louvor
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi		A	_____
Rosane Paixão Schlatter		A	_____
Ronaldo Bordin		A	_____

Conceito Geral da Banca: () Correções solicitadas: () Sim (X) Não
Indicação de Voto de Louvor: () Sim () Não

Observação: Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

Aluno

Orientador

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Av. Ramiro Barcelos, 2400 2º andar - Bairro Santa Cecília - Telefone 51 33085599
Porto Alegre / RS -

CIP - Catalogação na Publicação

Weber, Larissa

Avaliação da Primeira Etapa do Projeto "Percurso
Formativos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):
Intercâmbio entre Experiências" no município de
Guaíba/RS / Larissa Weber. -- 2017.
90 f.

Orientador: Roger dos Santos Rosa.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-
RS, 2017.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Educação Permanente.
3. Saúde Mental. 4. Humanização da Assistência. I.
Rosa, Roger dos Santos, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Nesse espaço destinado aos agradecimentos, nada mais justo que reverenciar aqueles que participaram e participam ativamente daquilo que posso denominar meu percurso formativo particular. Particular, mas não individual, visto que só faz sentido levando-se em conta o contexto.

Em tempos onde a competência da mulher ainda é colocada em dúvida unicamente por questões relativas ao gênero, agradeço primeiramente à minha mãe Iene Arend e ao meu pai Luiz Inacio Weber por jamais terem semeado essa dúvida em nosso núcleo familiar. Agradeço por sedimentarem de forma muito sólida o percurso inicial da minha trajetória de vida, de modo que eu possa neste momento celebrar uma conquista que desvela novas possibilidades de trabalho na área que tanto me fascina. Agradeço pelas manifestações de afeto reveladas em cada esforço empenhado na minha formação, não só escolar ou acadêmica. Se hoje sou capaz de estabelecer relações saudáveis com o mundo, é porque meus pais são grandes especialistas no quesito formação para a vida.

Já que citei meu núcleo familiar, cabe um agradecimento muito carinhoso aos meus irmãos Tatiana, Cristofer e Jônatas, os quais, como bons irmãos mais velhos, sempre me desafiaram no sentido de desenvolver senso crítico, visão sistêmica e tolerância à frustração, características que atualmente contribuem muito com o meu fazer psicológico.

Ao Cícero Steiner Ruschel, agradeço pela cumplicidade descomunal, por sua generosidade cativante, pelo bom humor diário, pela sinceridade expressa em cada ação e pela disposição para apreciar o mundo a meu lado ao longo desses quase dez anos de relacionamento. Acima de tudo, manifesto aqui minha profunda gratidão ao Cícero por traduzir o amor por meio de atitudes tão descomplicadas e encantadoras.

Existe uma pessoa em especial que não mediu esforços no processo de elaboração da dissertação ora apresentada. Refiro-me aqui ao professor Roger dos Santos Rosa, ao qual agradeço imensamente pela dedicação, competência e perspicácia. Professor Roger, além de brilhante em sala de aula, revelou-se um orientador com todos os atributos que figuram no imaginário dos pós-graduandos, por meio dos quais supera quaisquer expectativas que se pode criar em relação à persona do orientador.

Na figura dos professores Danilo Blank e Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, respectivamente Coordenador e Vice Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em

Ensino na Saúde da UFRGS, estendo meus agradecimentos aos demais professores do Programa pela forma muito particular com que cada um contribuiu com a formação da segunda turma do curso. À professora Ramona, bem como à professora Rosane Paixão Schlatter e ao professor Ronaldo Bordin, agradeço também pelas contribuições decorrentes da avaliação do trabalho. Ainda no âmbito do PPG, merecem um agradecimento cheio de afeto a querida Walcy Pereira Oliveira, incansável e competente secretária do PPG, e os aguerridos colegas tanto de curso, quanto de luta pela consolidação de um Sistema Único de Saúde exemplar.

Falando em colegas de luta, cabe agradecer também aos colegas do CAPS Viver e da Secretaria Municipal de Saúde de Guaíba pela compreensão durante esse período de dois anos em que o cotidiano do trabalho foi conciliado com as atividades do Mestrado Profissional. Obrigada especialmente à Michelle da Silva Carvalho, Coordenadora do CAPS Viver, e à Paula Schuch Silveira, Coordenadora de Saúde Mental e idealizadora do Percorso Formativo em Guaíba, amigas que tão lindamente representam o time das “Meninas do CAPS”.

Aproveito para reiterar o meu muito obrigada aos colegas percursistas pela imensurável colaboração com a pesquisa e para parabenizá-los pelo trabalho honrado que realizam na RAPS de Guaíba. Como percursista que fui, cabe ainda um agradecimento específico aos colegas andreenses, que tão bem acolheram e tão ricas experiências compartilharam com os coirmãos guaibenses.

No referido percurso formativo particular, figuram ainda como protagonistas um conjunto de amigas que não poderiam deixar de ser citadas. Dessa forma, agradeço à Esther Buratini pela formatação e revisão do trabalho, bem como por me lembrar da importância do ócio no processo produtivo. À Yáskara Arrial Palma, amiga de uma eternidade e primeira doutora da turma, agradeço pela inspiração e pelas contribuições valiosíssimas com a estética do trabalho. À Emília Saatkamp, “psicolega” que foi porto-seguro nos tempos de graduação e segue sendo refúgio a qualquer momento, agradeço pela cumplicidade que me fortalece. E à Aline Marcanti Schneider, aqui representando os amigos e as amigas felizes, agradeço por me manter próxima das minhas origens e pelo seu apoio incondicional.

A todos os amigos e amigas, enfim, obrigada pela amizade ao longo da vida, pelos genuínos momentos de alegria compartilhada e por vibrarem comigo a cada conquista alcançada, tornando esse percurso muito mais belo e divertido.

EPÍGRAFE

*"... a gente não pode ficar que nem avestruz, com a cabeça enterrada no lugar, né.
Prá ti ver a ilha, tu tem que sair da ilha, né." (Entrevista nº18)*

RESUMO

A avaliação de projetos e programas relativos à formação em saúde tem se mostrado estratégica para garantir o êxito na execução dessas ações. O presente estudo propôs-se a avaliar a execução da primeira etapa de um projeto de educação permanente em saúde mental desenvolvido pelo Ministério da Saúde e realizado em Guaíba/RS, denominado “*Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Intercâmbio entre experiências*”. Um total de 23 trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Guaíba envolveram-se com a primeira etapa do Curso Formativo, encerrada em outubro de 2015. Para tanto, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas individuais com os intercambistas, cuja análise dos dados foi norteada pela análise de conteúdo proposta por Bardin, assim como análise documental dos registros referentes ao Curso Formativo. Os resultados revelam como pontos positivos a composição diversificada dos participantes no projeto e as condições oferecidas pelo município para viabilizar o intercâmbio. Algumas das dificuldades elencadas dizem respeito ao atraso em relação ao calendário original, percalços com o repasse financeiro e com a prestação de contas, o afastamento da família, a pouca integração entre os intercambistas do município e a falta de continuidade das ações. Os resultados também indicam modificações ocorridas no âmbito dos processos de trabalho, com destaque para a consolidação de práticas alinhadas à humanização do cuidado, bem como modificações referentes ao planejamento das atividades diárias, pautadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica. Avalia-se que a primeira etapa do projeto conseguiu atingir seus objetivos sobre a formação/atuação dos profissionais envolvidos. A avaliação será retornada aos participantes em reuniões específicas da Rede de Atenção Psicossocial do município.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Educação Permanente. Saúde Mental. Humanização da Assistência.

ABSTRACT

The evaluation of projects and programs related to health education has shown to be strategic in order to guarantee the successful implementation of these actions. The present study aimed to evaluate the implementation of the first stage of a project of permanent education in mental health developed by the Ministry of Health and conducted in Guaíba/RS, called "Formative Journey in the Psychosocial Care Network (RAPS): Interchange between experiences ". A total of 23 workers from the Municipal Health Department of Guaíba were involved in the first stage of the project, which ended in October 2015. Individual semi-structured interviews were conducted with the professionals, whose data's analysis was guided by the content analysis proposed by Bardin, as well as documentary analysis of the records related to the Formative Course. The results reveal as positive points the diversified composition of the participants in the project and the conditions offered by the municipality to enable the exchange. Some of the difficulties mentioned relate to the delay in relation to the original calendar, problems with the financial transfer and accountability, the family's separation, the lack of integration among the exchange workers in the municipality and the lack of continuity of actions. The results also indicate changes in work processes, with emphasis on the consolidation of practices aligned to the humanization of care, as well as modifications related to the planning of daily activities, based on the principles of the Psychiatric Reform. It is evaluated that the first stage of the project managed to reach its objectives on the training/performance of the professionals involved. The evaluation will be returned to the participants in specific meetings of the Psychosocial Care Network of the municipality.

Key-words: Unified Health System. Permanente Education. Mental Health. Humanization of Assistance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial (para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes)
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial (70.000 a 200.000 habitantes)
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial (acima de 200.000 habitantes)
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial destinado ao atendimento infanto-juvenil
CF	Constituição Federal
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissões Intergestores Regionais
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DOU	Diário Oficial da União
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEE/RS	Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
HNSL	Hospital Nossa Senhora do Livramento
MAPA	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
NUPE	Núcleo de Projetos Especiais
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PF	Percurso Formativo
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente
PNH	Política Nacional de Humanização
PTS	Projeto Terapêutico Singular
Promed	Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
QualiSUS-Rede	Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RIS	Residência Integrada em Saúde
SGTES	Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SSMIA	Serviço de Saúde Mental da Infância e Adolescência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA: DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO À REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)	15
2.2 FORMAÇÃO EM SAÚDE	18
2.2.1 Formação em saúde no nível acadêmico.....	18
2.2.2 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	20
2.2.3 Educação Permanente em Saúde Mental	21
2.2.4 O projeto Percursos Formativos na RAPS	23
3 JUSTIFICATIVA	25
4 OBJETIVOS	26
4.1 OBJETIVO GERAL.....	26
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
5 CONTEXTO DA PESQUISA	27
6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	29
6.1 DELINEAMENTO.....	29
6.2 POPULAÇÃO-ALVO.....	29
6.3 COLETA DE DADOS	29
6.4 ANÁLISE DOS DADOS	30
6.5 ASPECTOS ÉTICOS	30
7 RESULTADOS	32
7.1 ASPECTOS PRELIMINARES	33
7.2 CUMPRIMENTO DAS AÇÕES DE INTERCÂMBIO ENTRE PROFISSIONAIS	36
7.3 MODIFICAÇÕES OCORRIDAS NO ÂMBITO DOS PROCESSOS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS/DAS EQUIPES	41
7.3.1 Modificações referentes à organização dos serviços.....	42
7.3.1.1 Acolhimento	47

7.3.1.2	Ambiência.....	47
7.3.1.3	Apoio matricial.....	47
7.3.1.4	Gestão e formação nos processos de trabalho, gestão participativa e cogestão	48
7.3.1.5	Projeto terapêutico singular.....	48
7.3.1.6	Autonomia/ Protagonismo.....	48
7.3.1.7	Clínica ampliada.....	49
7.3.1.8	Consolidando as modificações	49
7.3.2	Modificações referentes ao planejamento das atividades diárias	50
7.3.3	Modificações referentes à sobrecarga de trabalho	54
7.3.4	Demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas e as modificações nos processos de trabalho	55
8	PERCURSOS EM DISCUSSÃO.....	60
8.1	ASPECTOS EMOCIONAIS DA FORMAÇÃO: EMPATIA, VÍNCULO, MOTIVAÇÃO E ALEGRIA	61
8.2	“TODO ATO DE CONHECER FAZ SURGIR UM MUNDO”: <i>AUTOPOIESE</i> E A IMPORTÂNCIA DO MEIO NA FORMAÇÃO.....	62
8.3	UM CAMPO FÉRTIL PARA A FORMAÇÃO VOLTADA PARA A INTEGRALIDADE: PROBLEMATIZAÇÃO E APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA.....	63
8.4	PERCURSOS FORMATIVOS E AS DIFERENTES CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS)	64
8.5	INFLUÊNCIAS DA UNESCO NOS MOVIMENTOS DE EDUCAÇÃO PARA A VIDA	65
8.6	O FOMENTO À DIVULGAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL E A DIFUSÃO DESSE CAMPO DE ATUAÇÃO	66
8.7	FORMAÇÃO E CARREIRA PROFISSIONAL.....	67
8.8	RESULTADOS MICRO X MACRO	68
8.9	LIMITAÇÕES.....	69
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICE A – Proposta de apresentação do produto do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde à Rede de Atenção Psicossocial de Guaíba	77
	APÊNDICE B - Roteiro de entrevista.....	78
	APÊNDICE C - Carta de aceite institucional	79

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	80
ANEXO A – Edital Percursos Formativos na RAPS: Intercâmbio entre experiências.....	81
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP/UFRGS.....	87

1 INTRODUÇÃO

O desafio de pensar e de qualificar a formação em saúde está posto desde a promulgação da Constituição Federal (CF). Em seu artigo 200, III, a Constituição atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1988), o que tem ganhado evidência com a publicação de novas políticas e de projetos no âmbito da formação por parte do Ministério da Saúde (MS).

Entre as políticas mais expressivas na área estão a *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* (PNEPS) - (BRASIL, 2007) e a *Política Nacional de Humanização* (PNH) - (BRASIL, 2003), as quais serão apresentadas com mais detalhes ao longo deste trabalho. Já a Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde tem especial relevância na medida em que, ao valorizar o trabalhador do SUS, estimula a fidelização das equipes com o trabalho interdisciplinar e multissetorial (BRASIL, 2005).

Entre os projetos lançados recentemente pelo MS com o objetivo de promover a formação em serviço, destacam-se o *Caminhos do Cuidado*, dedicado à formação em saúde mental, com ênfase em crack, álcool e outras drogas, dos agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem da Atenção Básica (BRASIL, 2013) e o *Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde* (QualiSUS-Rede), que visa consolidar um sistema integrado de ações e serviços de saúde, favorecendo a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Os exemplos acima apontam para a existência de um aparato instrumental que oriente a formação para o SUS. Para garantir êxito na execução dessas políticas, projetos ou mesmo programas, no entanto, é fundamental o cumprimento de uma etapa nem sempre prevista: a de avaliação. Esta, segundo Tanaka e Melo (2004), pode ser entendida como resultado de um julgamento realizado com base em critérios previamente definidos e constitui-se em um elemento do trabalho cotidiano de saúde que não pode ser descolado do contexto do sistema de saúde, do qual é parte necessária.

De acordo com Contandriopoulos (2006), a importância da avaliação está no fato de haver uma crescente tensão entre as expectativas geradas pelo desenvolvimento de novos conhecimentos e técnicas, de um lado, e a necessidade de conter os gastos

públicos, de outro. Para o autor, a avaliação qualifica o processo de tomada de decisão e pode minimizar as crises do sistema de saúde.

Ao compreender a avaliação de projetos como um momento imprescindível de sua execução, a proposta do presente trabalho é a avaliação da primeira etapa de um projeto nacional de Educação Permanente denominado *Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Intercâmbio entre experiências*, desenvolvido no município de Guaíba/RS, a partir de maio de 2014.

O interesse pelo tema ora apresentado é reflexo da trajetória dos autores do estudo enquanto profissionais atuantes nos processos de formação em saúde dos seus locais de trabalho. Além disso, a autora principal participou da execução do projeto em questão na modalidade de intercambista já na primeira turma, em maio de 2014. Dessa forma, foi possível observar, desde o princípio, algumas reações junto aos colegas da RAPS que ingressaram no projeto posteriormente.

Espera-se, por meio do presente estudo, transformar essas percepções em conhecimento sistematizado, publicizando o resultado da avaliação e ofertando-o aos gestores, trabalhadores e usuários envolvidos com o projeto nas diferentes esferas. Através da avaliação do projeto, garante-se o registro dessa que foi uma experiência inédita no município e no país.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo serão apresentados aspectos: (i) da Reforma Psiquiátrica; e (ii) da Formação em Saúde.

2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA: DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO À REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Com o intuito de contextualizar as transformações na maneira de abordar as manifestações de sofrimento psíquico ao longo do tempo, será feito um breve resgate sobre as formas de tratamento ofertadas ao longo do tempo àqueles que eram considerados loucos. Segundo Foucault (1978), a concepção da internação como meio de se ocupar da loucura remonta ao século XVII quando surgiram os primeiros “Hospitais dos Loucos”. As casas de internamento desse período aproveitaram-se, em muitos casos, da estrutura física dos antigos leprosários. Se o louco aparecia de modo familiar na paisagem da Idade Média, a partir do século XVIII ele passou, juntamente com outros rejeitados, como os portadores de doenças venéreas, a tornar-se um problema de polícia. Através do internamento, buscava-se, em um funcionamento quase prisional, impedir a mendicância e a ociosidade desse conjunto de indivíduos.

Com o passar do tempo, os asilos se tornaram espaços exclusivos da loucura. No século XIX nasceu a Psicopatologia e, com ela, uma ideia de normalidade, em que o louco não era reconhecido como normal. É nesse período que o internamento passa a ter um sentido médico e a ser considerado um ato terapêutico, distinguindo o louco de outras figuras. Os cuidados, entretanto, eram dispensados durante o curto período em que a doença era considerada curável; após, o internamento tinha a função única de exclusão (FOUCAULT, 1978).

Importantes críticas a esse sistema isolacionista surgiram com vigor na Itália, a partir da década de 1960, por meio de um movimento conhecido como *Psiquiatria Democrática Italiana*, liderado pelo psiquiatra Franco Basaglia (BASAGLIA, 2005). Após fazer uma série de denúncias sobre a violência ocorrida nos hospitais psiquiátricos, o movimento conseguiu, em 1978, a aprovação da *Lei da Reforma Psiquiátrica*. Com isso, o país passou a reconhecer os direitos dos usuários de saúde mental, investindo na extinção dos manicômios e em ações de desinstitucionalização (ITÁLIA, 1978).

O movimento da Reforma Psiquiátrica difundiu-se por outros países e, chegando ao Brasil, provocou profundas mudanças no trabalho em saúde mental desenvolvido no âmbito do SUS. Assim como na Itália, o objetivo principal da reforma é garantir a gradativa substituição do sistema centrado no cuidado hospitalar às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada de atenção à saúde e assistência social.

No Brasil, pode-se destacar a iniciativa pioneira da promulgação da Lei Estadual nº 9.716/1992 no estado do Rio Grande do Sul. Quase uma década depois, após amplo debate nacional sobre o cuidado em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica, foi editada a Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Destaca-se no artigo 2º, § único, que são direitos da pessoa portadora de transtorno mental, entre outros, ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde e ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

No mesmo ano, aconteceu no Brasil a *III Conferência Nacional de Saúde Mental*. O relatório final dessa conferência salienta que a efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta não só o cuidado, mas a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Destaca, ainda, a importância das ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em Saúde Mental, potencializando a subjetividade, a autoestima, a autonomia e a cidadania dos sujeitos (Conselho Nacional de Saúde, 2001).

Por tudo isso, verifica-se que o cuidado em saúde mental passou por uma mudança de paradigma. Se outrora se preconizava que o sujeito em sofrimento psíquico deveria ser isolado para curar-se, a partir da Reforma a orientação é de procurar reaproximar os usuários da saúde mental do seu território de origem e da comunidade da qual fazem parte para garantir sua reabilitação. De acordo com Lancetti e Amarante (2006), o modelo do território proporcionaria uma continência capaz de superar a contenção física proposta pelo hospital psiquiátrico.

Além de propor o deslocamento do hospital para o território como local privilegiado para a reabilitação dos pacientes, o processo da Reforma Psiquiátrica aspira ainda a mudanças qualitativas no tratamento dispensado aos mesmos. A qualidade do tratamento se alcança pela busca da liberdade do sujeito em oposição ao seu isolamento,

pelo respeito a sua autonomia em oposição a sua submissão a uma autoridade hospitalar e pelo foco no indivíduo e na integralidade do seu cuidado em oposição ao foco no transtorno pelo qual este padece. Tais mudanças devem fomentar a produção de subjetividades e a construção de projetos de vida singulares (ALVES; GULJOR, 2005).

O dispositivo de cuidado criado no Brasil para oferecer atenção psicossocial especializada em âmbito territorial é o *Centro de Atenção Psicossocial* (CAPS). A Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde estabeleceu que os Centros de Atenção Psicossocial podem constituir-se nas modalidades CAPS I (para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes), CAPS II (70.000 a 200.000 habitantes) e CAPS III (acima de 200.000 habitantes, aberto 24h), além do CAPS i (destinado ao atendimento infanto-juvenil) e do CAPS AD (especializado no atendimento de usuários de álcool e outras drogas).

Seguindo as recomendações da *III Conferência Nacional de Saúde Mental*, de 2001, o Ministério da Saúde assume a responsabilidade de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas de modo articulado e transversalizado com a publicação da *Política Nacional de Atenção Integral* a usuários de álcool e outras drogas, em 2003. Este compromisso contempla a superação de um entendimento que associava o uso de drogas a comportamento antissocial e/ou criminoso e de uma oferta de tratamento que tinha como único objetivo a abstinência.

Na perspectiva dessa política, as práticas de saúde para usuários de álcool e outras drogas devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada indivíduo, é possível, sempre estimulando a participação e o engajamento do mesmo. Ao reconhecer cada usuário em suas singularidades e traçar com ele estratégias voltadas para a defesa da sua vida, a abordagem da redução de danos mostra-se promissora. Aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade e de corresponsabilidade daquele que se está tratando. Para que seja realmente efetiva, a prática da redução de danos deve se dar como ação no território, promovendo a construção de redes de suporte social (BRASIL, 2003).

Reforçando a indicação do cuidado em território e de forma articulada entre os diferentes pontos de atenção, o Ministério da Saúde instituiu a *Rede de Atenção Psicossocial* (RAPS), para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a partir da Portaria nº 3.088/2011. Nela, ficou estabelecido que a RAPS constitui-se pelos serviços de Atenção

Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de caráter transitório, Atenção Hospitalar, Serviços Residenciais Terapêuticos e Serviços de Reabilitação psicossocial.

Nesse sentido, há um reforço na premissa de que o cuidado em saúde mental não constitui uma atribuição exclusiva dos serviços especializados e deve ser planejado na lógica da descentralização. Não há porta única de entrada no sistema. Os diferentes serviços componentes da rede precisam estar preparados para acolher o sujeito em sua integralidade. E, nesse contexto de mudanças, cresce em relevância a questão da formação em saúde.

2.2 FORMAÇÃO EM SAÚDE

Esta seção apresenta aspectos sobre (i) a formação em saúde no nível acadêmico; (ii) a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; (iii) a Educação Permanente em Saúde Mental; e (iv) o projeto *Percursos Formativos na RAPS*.

2.2.1 Formação em saúde no nível acadêmico

De acordo com Feuerwerker (2014), a agenda de mudanças na formação acadêmica tem dialogado com as críticas que se fazem às práticas de saúde atravessadas pela lógica biopolítica e excludente, caracterizada pelo biologicismo, tecnicismo, fortalecimento da especialização e da fragmentação do conhecimento. Na década de 1990, essa agenda passou a incluir os aspectos pedagógicos da formação, além da ampliação do conceito de saúde e da diversificação dos cenários de prática e de aprendizagem, que resultaram na aproximação da formação em saúde ao SUS. A principal justificativa para tanto eram os recorrentes problemas relativos à fragmentação dos currículos e ao papel passivo dos estudantes no processo de aprendizagem. A partir de então, avolumaram-se os debates sobre os currículos integrados, as metodologias ativas de aprendizagem e o estímulo à aprendizagem significativa e ao desenvolvimento da capacidade analítica, crítica e reflexiva dos estudantes.

Na virada para o século XXI, uma série de esforços no sentido de qualificar a formação de profissionais para o SUS, principal empregador dos trabalhadores da saúde no país, ganharam evidência. Desses esforços resultou a efetiva aproximação entre as universidades, os serviços de saúde e as políticas públicas dos Ministérios da Saúde e da Educação, como veremos a seguir.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, publicadas a partir de 2001, orientam para a formação de profissionais com perfil mais generalista, humanista, crítico e reflexivo e preconizam o desenvolvimento de metodologias que privilegiem a participação ativa dos estudantes na construção do conhecimento (BRASIL/MEC, 2015). Com o intuito de apoiar a implementação das DCN nos cursos de graduação da área da saúde, foram criados o *Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina* (Promed) - (BRASIL, 2002) e o *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde* (Pró-Saúde) - (BRASIL, 2005).

Conforme Haddad *et al.* (2012), o Pró-Saúde apresentou duas etapas. O Pró-Saúde I destinou-se a acompanhar a aderência às novas DCN dos cursos que formam profissionais inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou seja, Enfermagem, Odontologia e Medicina, a partir de 2006. No ano seguinte, o programa foi remodelado e nomeado Pró-Saúde II, passando a acompanhar a formação acadêmica das 14 profissões da área da saúde, já que qualquer uma delas poderia ser inserida na atenção básica a partir da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A partir da avaliação desses programas foi identificada a necessidade de envolver docentes e estudantes com as equipes de saúde e com os usuários, o que foi possível com a criação do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), a partir de 2007, direcionado ao processo de ensino-aprendizagem que se dá com a inserção do acadêmico nos serviços. Na medida em que o Pró-Saúde foi essencial para promover mudanças institucionais e aproximar a universidade das comunidades e do SUS, o PET-Saúde reforçou essa aproximação, promovendo intervenções nos serviços com base na elaboração de diagnósticos situacionais dos territórios (HADDAD *et al.*, 2012).

Outra modalidade de formação que visa a integração entre ensino e serviço no âmbito do SUS, já bastante consolidada, é a residência. O programa de *Residência Médica* foi instituído por meio do Decreto nº 80.281/77, como modalidade do ensino de pós-graduação caracterizada por treinamento em serviço, funcionando em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. A partir de 2005, com a Lei nº 11.129, foi instituída a *Residência em Área Profissional da Saúde*, voltada para a educação em serviço na forma de dedicação

exclusiva e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica.

Visando a integração entre essas modalidades, instituições como a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), ambas localizadas em Porto Alegre/RS, desenvolveram programas de *Residência Integrada em Saúde* (RIS). O Projeto Político Pedagógico da RIS/GHC dá destaque para a formação de profissionais qualificados para atender às exigências do SUS, capazes de construir coletivamente soluções para problemas que acometem usuários e trabalhadores da saúde (BRASIL, 2009).

Disposto a fortalecer a integração entre ensino, serviço e comunidade no âmbito do SUS, o governo federal instituiu diretrizes para a celebração de *Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde* (COAPES). Os COAPES têm como objetivos garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde e estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2015).

Alinhada com a proposta dos COAPES de integrar diferentes atores do SUS e da comunidade acadêmica, como professores, estudantes, usuários e profissionais da saúde, foi lançada uma nova modalidade do PET-Saúde. O PET-Saúde/GraduaSUS tem como propósitos fomentar mudanças curriculares nos cursos de ensino superior na área da saúde alinhadas às Diretrizes Curriculares Nacionais e qualificar os processos de integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2015).

2.2.2 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

O histórico apresentado nos leva a concluir que muitas mudanças têm ocorrido no sentido de formar novos profissionais com perfil para o SUS. O desafio posto parece ser o de qualificar os profissionais que já se encontram vinculados aos serviços públicos de saúde, muitas vezes antes mesmo da criação do SUS. Ou mesmo aqueles contratados sem que conheçam ou se identifiquem com os princípios e as diretrizes do SUS.

O papel de estímulo à preparação/formação no contexto do SUS vem sendo desempenhado pela *Política Nacional de Educação Permanente*. A PNEP retoma a responsabilidade constitucional de ordenar a formação de recursos humanos para a área

de saúde e de incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 2007).

São metas da PNEPS em saúde apreciar as especificidades regionais e envidar esforços para superar as desigualdades regionais, bem como considerar as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. A condução regional dessa política dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (BRASIL, 2007). Essas estruturas correspondem, respectivamente, às Comissões Intergestores Regionais (CIR) desde 2011, e ao COAPES a partir de 2013.

A PNEPS está completando dez anos em 2017, ano em que este trabalho é apresentado. Pinto (2016) identifica três distintas fases que caracterizam esse período. Durante a primeira delas, o principal intuito era formular uma ampla política de educação para o SUS, mobilizar diferentes atores para que contribuíssem com os rumos dessa política e garantir os recursos necessários. A segunda fase procura ajustar os fluxos, propor soluções para a dificuldade de execução dos recursos e facilitar a aproximação entre universidades e Ministério da Educação e o SUS. De 2012 ao menos 2016, o foco foi preservar as principais ações das etapas anteriores, debater a interrupção de novos repasses, bem como investir nos programas de residência e nas ações de ensino à distância, com destaque para as ações promovidas pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

É nessa última etapa que se inicia a celebração dos COAPES nos municípios. Com isso, os serviços de saúde se preparam para assumir junto com as universidades o papel de qualificar a formação multiprofissional, utilizando situações de trabalho cotidianas como disparadoras do processo educativo (PINTO, 2016). Beneficiam-se as universidades e os estudantes, na medida em que contam com uma gama maior de locais para aprendizado, assim como a rede de serviços do SUS que, ao receber um maior número de estagiários e residentes, propaga cada vez mais suas práticas e seus achados no meio acadêmico.

2.2.3 Educação Permanente em Saúde Mental

A preocupação com a formação profissional para o trabalho com a Reforma Psiquiátrica remete ao ano de 2002, quando o Ministério da Saúde desenvolveu o

Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, que incentivava, apoiava e financiava núcleos de formação em saúde mental para a rede pública, por meio de convênios entre instituições formadoras (especialmente universidades federais), municípios e estados. Já no ano seguinte, em 2003, o Ministério instituiu uma estrutura organizativa mais ampla, a *Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde (SGTES)*, com o objetivo de formar recursos humanos para o SUS, beneficiando trabalhadores de toda a rede (BRASIL, 2007).

Um desafio real do ponto de vista da consolidação de uma nova política é conseguir que alcance a vasta dimensão territorial do nosso país, considerando suas diversidades regionais. Exatamente por reconhecer, em sua essência, as especificidades e as desigualdades regionais, a *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* se apresenta como uma aliada essencial no contexto de reorganização do cuidado em saúde mental em uma rede (BRASIL, 2007). Não se espera que as diferentes regiões de saúde criem Redes de Atenção Psicossocial padronizadas, mas que essas redes possam avançar em cada território conforme suas particularidades.

O processo de transformações da atenção psicossocial no Brasil, desde o período manicomial até seu formato atual, mostra-nos que as mudanças de paradigma são lentas e gradativas, nem sempre lineares, visto que acompanhadas por resistências e mesmo por acomodação dos atores envolvidos no processo. De acordo com Mângia (2009), por intermédio da qualificação das equipes e dos serviços, os processos de formação e educação permanente são capazes de construir um caminho para a consolidação e a sustentabilidade do modelo de atenção em saúde mental proposto atualmente.

Há que se ter atenção com o fato de que a criação de dispositivos de cuidado substitutivos ao manicômio por si só não garante a superação das práticas manicomiais. Exemplo disso são as novas formas de institucionalização, baseadas na tutela e na dependência, de casos considerados crônicos pelas equipes (PANDE; AMARANTE, 2011). Como forma de superar esse tipo de funcionamento, a divulgação da nova concepção a respeito da atenção psicossocial tanto na formação inicial dos cursos que compõem essa área, quanto no âmbito da Educação Permanente dos profissionais que atuam na RAPS, apresentam-se como estratégias frutíferas.

Segundo Ceccim (2010), a ênfase na multiprofissionalidade e na interdisciplinaridade é uma questão permanente à formação em saúde mental. O autor

também chama a atenção para o fato de que a educação dos profissionais da saúde, em geral, e da saúde mental, em particular, nem sempre é orientada pelo outro a quem se destinam as práticas. Há casos em que se observa nas práticas formativas em saúde mental o mesmo treinamento para o diagnóstico e tratamento que se observa na clínica em geral, com centralidade na assistência às doenças. Como forma de reverter essa prática formativa, o autor propõe a orientação para o cuidado das necessidades em saúde, assim como uma formação para a abordagem terapêutica a partir da alteridade e não mais da segregação e da institucionalização.

2.2.4 O projeto Percursos Formativos na RAPS

No final de 2013, o Ministério da Saúde lançou o projeto *Percursos Formativos na RAPS: Intercâmbio entre Experiências e Supervisão Clínico-Institucional* (Anexo A). Trata-se de uma estratégia de apoio financeiro a municípios que desenvolvem ações de educação permanente para profissionais da Rede de Atenção Psicossocial, promovendo a troca de experiências entre profissionais e supervisão clínico-institucional às equipes. Conforme o edital de adesão ao projeto, estava previsto que mais de 1.700 profissionais fossem qualificados até o final do percurso.

O objetivo do projeto do Ministério da Saúde é estruturar ação de intercâmbio para profissionais de nível médio e superior da RAPS como proposta de troca de experiência e ampliação das possibilidades de intervenção do profissional. Essa proposta seria efetivada a partir da convivência com outras realidades e da realização de oficinas de atualização (etapa 1), além de estruturar ação de supervisão clínico-institucional em todas as redes participantes do projeto (etapa 2). Foram estabelecidas seis linhas de ação:

- Linha 1: Atenção à crise e urgência em saúde mental;
- Linha 2: Saúde mental infanto-juvenil;
- Linha 3: Saúde mental na atenção básica;
- Linha 4: Demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas;
- Linha 5: Desinstitucionalização;
- Linha 6: Reabilitação psicossocial.

De acordo com o edital, vinculado à Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, estava prevista a realização de quinze módulos de capacitação entre redes de atenção psicossocial preceptoras e redes de atenção psicossocial em

formação. Cada módulo deveria ser composto por uma rede preceptora e cinco redes em formação, uma em cada região geográfica do país, com foco em uma linha de ação.

O financiamento do programa previa duas etapas e o recurso financeiro deveria ser repassado fundo a fundo aos municípios sede de cada uma das redes selecionadas, formalizado por Portaria do Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União (DOU). O primeiro repasse destinava-se ao processo de formação entre as redes. Já na segunda etapa, o recurso deveria custear a supervisão institucional, após seleção do supervisor e apresentação do plano de execução da supervisão.

O município de Guaíba/RS, para ser incluído no projeto, candidatou-se à modalidade de rede em formação, apresentando a necessidade de qualificação prioritariamente em demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas (Linha 4). Foram identificados previamente alguns pontos de atenção da rede que disponibilizariam profissionais para formação. Também foi elaborado um plano de ação detalhado para a formação, assim como um documento do gestor municipal firmando o compromisso de viabilizar o projeto após o recebimento do recurso.

Como rede preceptora para o município de Guaíba, foi designado o município de Santo André/SP. Para tanto, este delimitou pontos de atenção da sua própria rede para os respectivos projetos e elaborou um plano de ação para a formação de cada rede, além de um documento do gestor municipal firmando o compromisso de viabilizar os dois projetos após o recebimento do recurso.

O projeto de Guaíba foi classificado para a Linha 4. Pelo fato de o município de Santo André ter se tornado preceptor de duas redes (Linha 4 - Álcool e outras drogas e Linha 6 - Reabilitação Psicossocial), os intercambistas guaibenses tiveram a oportunidade de realizar o intercâmbio em ambas as áreas, com destaque para as demandas associadas ao uso de álcool e outras drogas.

A previsão inicial era de que um total de 20 trabalhadores de Guaíba participariam do intercâmbio em Santo André, dispostos na forma de uma dupla por mês, ao longo de 2014 e 2015. Segundo o edital, a estimativa de conclusão de todas as etapas do Percorso Formativo era novembro de 2016.

3 JUSTIFICATIVA

O campo da saúde, particularmente da saúde mental, encontra-se relativamente bem instrumentalizado do ponto de vista das políticas públicas. No entanto, para garantir a efetividade e a qualidade do sistema, é preciso que os profissionais que atuam no SUS estejam preparados para atuar frente às mais variadas demandas trazidas pelos usuários do sistema.

Ações de Educação Permanente que possibilitem a interação entre os trabalhadores de contextos locais diferentes como forma de aprimorar a atenção à saúde, como é o caso do projeto Percursos Formativos, podem colaborar no aperfeiçoamento das políticas de saúde mental. Apresentado como uma estratégia inovadora de Educação Permanente, o projeto possibilita a atualização dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que estimula o uso da criatividade e do afeto, ferramentas essenciais nesse campo de atuação.

O estudo justifica-se, portanto, pela importância de verificar se está sendo possível alcançar os objetivos inicialmente propostos pelo projeto no município de Guaíba/RS e identificar quais os efeitos sobre a formação/atuação dos profissionais envolvidos. Além disso, os resultados do estudo poderão estimular o investimento em outras ações de Educação Permanente que tenham como premissa ações de intercâmbio.

Cabe destacar que há pouca divulgação dos resultados alcançados pelo projeto em questão até o presente momento – ano de 2017. Possivelmente, isto deve-se ao fato de o Percorso Formativo se encontrar em fase final de realização, em que resta a etapa de execução dos recursos destinados à continuidade das ações de Educação Permanente nos municípios.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a execução da primeira etapa do projeto *Percursos Formativos na RAPS* no município de Guaíba/RS.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar se foram cumpridas as ações de intercâmbio entre profissionais;
- Examinar as modificações ocorridas no âmbito dos processos de trabalho dos trabalhadores/das equipes, referentes a:
 - a) Tipos de serviços e organização;
 - b) Planejamento das atividades diárias; e
 - c) Sobrecarga de trabalho.

5 CONTEXTO DA PESQUISA

O município de Guaíba/RS está situado a cerca de 30 km da capital do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Segundo o Censo Demográfico de 2010, conta com uma população de 95.204 habitantes. Possui 376,9 Km² e Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 4,1 bilhões (2013) com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 0,730 (2010), considerado alto tanto pela Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul (FEE/RS, 2016), quanto pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016).

A Secretaria Municipal de Saúde gerencia, no nível primário de atenção, oito *Unidades Básicas de Saúde (UBS)*, duas equipes de *Estratégia de Saúde da Família (ESF)* e uma Unidade de Saúde que centraliza os Programas *Hiperdia, Saúde da Mulher, Tisiologia* e *DST/Aids*. Há ainda uma *Unidade Básica de Saúde prisional*, de responsabilidade compartilhada entre município e estado. No nível secundário, existem a *Clínica de Fisioterapia*, a *Policlínica* e três serviços de Saúde Mental: o *Centro de Atenção Psicossocial Viver (CAPS II)*, o *Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD)* e o *Serviço de Saúde Mental da Infância e Adolescência (SSMIA)*. Já no nível terciário, a população de Guaíba conta com um *Serviço de Pronto Atendimento (SPA)*.

Uma série de transformações vem ocorrendo na área da saúde desde 2014. No mês de maio de 2014, vinte anos após o lançamento do *Programa Saúde da Família*, foi implementada a primeira equipe de *Estratégia de Saúde da Família (ESF)* do município. Isso significa uma transformação progressiva no modelo assistencial, com destaque para ações de acolhimento, promoção de saúde e prevenção de agravos. A segunda equipe de ESF foi implantada em julho de 2015. A parceria da Prefeitura com o Ministério da Saúde, por meio do Programa *Mais Médicos*, contribuiu para viabilizar a inauguração dessa nova equipe de ESF, ao mesmo tempo em que incentiva a adaptação de duas UBS para o formato de ESF.

No âmbito da Saúde Mental, a partir da aproximação da Secretaria Estadual de Saúde, também em 2014, foi preciso planejar algumas adequações visando reorganizar a RAPS de Guaíba. Até então, a atenção em saúde mental do município era centrada no CAPS II e no antigo Ambulatório de Saúde Mental. Uma vez que o Ambulatório, no formato como vinha funcionando, não estava previsto como ponto de atenção da RAPS,

o mesmo, conseqüentemente, não contava com financiamento específico. Com isso, os profissionais desse serviço foram redirecionados, possibilitando a criação e a qualificação de outros serviços.

Essa mudança resultou na criação de um CAPS AD (álcool e outras drogas), em funcionamento desde janeiro de 2015, e na pactuação de um CAPS i (infanto-juvenil). A inauguração deste, prevista para 2016, ainda não ocorreu (março/2017). Contudo, já existe uma equipe trabalhando há cerca de dois anos especificamente com esse público nas dependências do antigo Ambulatório de Saúde Mental, em um estabelecimento conhecido como Serviço de Saúde Mental da Infância e Adolescência.

Paralelamente à criação de novos serviços especializados em saúde mental, fez-se necessário um movimento de descentralização do cuidado em saúde mental da atenção secundária para a atenção básica, buscando garantir o acompanhamento compartilhado dos casos, em uma perspectiva integral. Para tanto, o espaço do matriciamento em saúde mental está sendo fortalecido, no sentido de oferecer apoio aos profissionais da atenção básica, estimular a co-responsabilização pelos casos e qualificar os encaminhamentos.

Convém registrar ainda que o Hospital Nossa Senhora do Livramento (HNSL), único hospital conveniado ao SUS no município, encerrou suas atividades em julho de 2015. O mesmo contava com 40 leitos, dos quais nove eram destinados à saúde mental, a maioria dos quais reservados aos moradores de Guaíba. Com o fechamento do hospital, os casos que necessitam de internação passaram a ser direcionados para hospitais de outros municípios. Esse fluxo inicia pela inclusão dos dados do usuário em uma Central de Regulação de Leitos gerenciada pelo Estado, que faz a adequação entre a demanda por internação e os leitos ofertados pelo SUS.

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 DELINEAMENTO

Para alcançar os objetivos propostos pela pesquisa, foi utilizado o delineamento qualitativo. De acordo com Minayo (2000), a pesquisa qualitativa torna-se importante para compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos, para compreender as relações que se dão entre atores sociais no âmbito das instituições e nos movimentos sociais e para avaliação das políticas públicas e sociais, do ponto de vista de sua formulação, de sua aplicação técnica e dos usuários a quem se destina. Assim sendo, tal metodologia possibilita um grau de aferição mais abrangente acerca da percepção dos participantes dos Percursos Formativos sobre a execução e os resultados do projeto.

6.2 POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo foi constituída pelo conjunto de seis profissionais de nível médio e 17 profissionais de nível superior participantes da primeira etapa do projeto *Percursos Formativos na RAPS* (intercâmbio) no município de Santo André/SP, excluindo-se a autora da pesquisa, totalizando 22 participantes.

6.3 COLETA DE DADOS

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais pela autora, gravadas em áudio e transcritas de forma literal pela mesma autora para posterior análise. De acordo com Minayo (2000) a vantagem desta modalidade de entrevista consiste em enumerar de forma abrangente as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, sem cerceamento da fala dos entrevistados. Para tanto, foi utilizado um roteiro de perguntas norteadoras (Apêndice B).

As entrevistas tiveram uma média de duração de vinte e cinco minutos e aconteceram em salas reservadas, que assegurassem a privacidade dos sujeitos da pesquisa. De uma forma geral, o local para a realização das entrevistas foi indicado pelos próprios entrevistados, de modo a facilitar a participação deles no estudo. Os dados obtidos na entrevista são de responsabilidade da pesquisadora e serão mantidos arquivados por cinco anos, sendo destruídos após esse período.

Também foram examinadas as atas do Conselho Municipal de Saúde, das assembleias dos CAPS e do Grupo Condutor da RAPS de Guaíba. As informações obtidas por meio desses documentos possibilitaram a identificação dos profissionais que participaram do intercâmbio e do tempo de execução dessa etapa do Curso Formativo. Os registros das referidas atas também apontaram indícios com relação à forma como a atividade foi divulgada e executada no município.

6.4 ANÁLISE DOS DADOS

O método escolhido para investigar o material coletado é a análise de conteúdo. Bardin (1977, p. 38 apud BARDIN, 2009, p. 24) entende esse tipo de análise como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

Em termos cronológicos, Bardin (2009) propõe três fases da análise de conteúdo: a pré-análise (fase de organização); a exploração do material (fase de decodificação, decomposição ou enumeração); e o tratamento dos resultados (operações estatísticas e síntese dos resultados), a inferência e a interpretação.

Minayo (2000) sugere que a análise de conteúdo, ao relacionar as estruturas semânticas com as estruturas sociológicas dos enunciados, articula a superfície dos textos com os fatores que determinam suas características – entre os quais, variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem. Desse modo, a análise de conteúdo apresenta-se como uma ferramenta apropriada no âmbito da pesquisa qualitativa em saúde.

6.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa contou com aceite institucional da Secretaria Municipal da Saúde de Guaíba (Apêndice C) e com parecer favorável da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFRGS e do Comitê de Ética da mesma Universidade (Anexo B). Acrescenta-se que a Secretaria Municipal da Saúde da cidade estudada não tem Comitê de Ética para Pesquisas em Seres Humanos estruturado.

Em consonância com os princípios éticos para pesquisa envolvendo Seres Humanos previstos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o trabalho apresenta risco mínimo para os participantes relacionado à potencial quebra do sigilo das informações obtidas nas entrevistas. Por outro lado, estar contribuindo para a

aproximação da teoria à prática pode vir a constituir um benefício, assim como a possibilidade de construir conhecimento científico que venha a produzir transformações políticas e sociais.

Aos participantes da pesquisa, foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), previamente aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade, em que constava o objetivo do estudo e a forma de coleta das informações. Este termo foi assinado em duas vias pela pesquisadora e pelo participante, ficando uma via do Termo com cada uma das partes.

No Termo estava claro que a identidade dos participantes seria preservada, que os dados coletados seriam usados unicamente para fins de estudo e mantidos em sigilo e que as gravações das entrevistas serão guardadas por cinco anos pela pesquisadora, sendo destruídas após esse período. Cabe ressaltar que os autores não têm a declarar qualquer conflito de interesse.

7 RESULTADOS

Após o exame de todos os registros a respeito do Percurso Formativo encontrados nos serviços da Secretaria Municipal de Saúde, identificou-se que um total de 23 trabalhadores participaram do intercâmbio, três a mais que o inicialmente previsto. Esses profissionais foram recrutados pelo Grupo Condutor da RAPS de Guaíba, que contava, à época, com um representante de cada ponto de atenção da rede. A partir da indicação dos componentes desse grupo, chegou-se a seguinte constituição de participantes:

- Sete psicólogas, das quais uma representava a Coordenação de Saúde Mental, duas estão locadas no Serviço de Saúde Mental da Infância e Adolescência (SSMIA), duas no CAPS II, uma do CAPS AD e uma que divide a carga horária entre CAPS II e no CAPS AD;
- Sete enfermeiros, dos quais cinco trabalham em serviços da Atenção Básica, uma atua no CAPS II e a outra no CAPS AD (posteriormente passou a trabalhar em uma UBS);
- Duas assistentes sociais, uma do CAPS II e outra do CAPS AD;
- Uma terapeuta ocupacional que trabalha no CAPS II e no CAPS AD;
- Quatro técnicas de enfermagem, entre as quais duas atuam no SSMIA, uma no CAPS II e outra em serviço da Atenção Básica;
- Uma artesã que trabalha no CAPS II e no CAPS AD; e
- Uma técnica administrativa, que representa o Serviço de Pronto Atendimento.

O aumento no número de participantes teve duas razões. A primeira delas é que, dentre os cinco municípios selecionados para a Linha 4 (Álcool e outras drogas), apenas Guaíba organizou-se a tempo de enviar dois intercambistas para Santo André no período estimado para o início das atividades, que era o mês de maio de 2014. Essa primeira dupla acabou não tendo contato com trabalhadores das demais redes em formação, por outro lado, esteve mais próxima à rede preceptora. Considerando a referida particularidade, a gestão do Percurso nos diferentes níveis (Guaíba, Santo André e Ministério da Saúde) concordou em aumentar em dois o total de participantes do município.

Próximo ao final do período de execução da primeira etapa do Percurso, a coordenação municipal do projeto percebeu que havia recurso suficiente para a inclusão de mais um trabalhador no intercâmbio, o que ocorreu no transcorrer de 2015. Todos os intercambistas de Guaíba concordaram em participar do estudo e colaboraram com a avaliação. Assim, a coleta de dados contou com as informações reveladas pelos 22 trabalhadores, a partir de entrevistas individuais. Os entrevistados estão indicados por E1 a E22.

Convém destacar que a totalidade dos trabalhadores mencionados são concursados, dos quais 20 são efetivos e dois encontram-se em estágio probatório. Com exceção de uma profissional que se aposentou em 2016, todos seguem atuando nos serviços da RAPS do município.

Como meio de apresentar os resultados, optou-se por preservar as categorias previstas sob a forma de objetivos no projeto de pesquisa. Assim, o material coletado foi classificado conforme as seguintes temáticas: Cumprimento das ações de intercâmbio e modificações ocorridas no âmbito dos processos de trabalho dos trabalhadores/das equipes, referentes a (i) tipos de serviços e organização, (ii) planejamento das atividades diárias e (iii) sobrecarga de trabalho. A discussão localiza-se após a apresentação dos resultados.

Ao final, julgou-se interessante valorizar a temática que norteou o processo formativo entre as redes de Guaíba e Santo André. Assim, foi delimitado um novo capítulo considerando especificamente a qualificação para o trabalho com demandas associadas ao uso de álcool e outras drogas (Linha 4 do edital).

7.1 ASPECTOS PRELIMINARES

A avaliação da primeira etapa do Percurso Formativo inicia-se por seu planejamento e organização. A composição diversificada do conjunto dos intercambistas, incluindo profissionais de diferentes níveis de formação e integrantes dos diferentes pontos de atenção da RAPS do município, foi considerada um ponto positivo do Percurso. Na visão dos participantes, o município realmente contemplou essa multiplicidade, já prevista no edital, no momento de formar o coletivo que participou do intercâmbio.

(...) achei também importante o intercâmbio dos outros profissionais, né, da rede (...). Conhecer realmente, (...) sair um pouco de dentro do seu mundo, né, seu mundinho e, enfim, entender um pouco como é que funciona a saúde mental, a rede. E6

(...) eu acho favorável que foram pessoas que trabalham em UBS (...) profissionais da rede de saúde de todos os níveis. Eu acho que isso favorece bastante. E10

Eu acho que foi bem importante, assim, a ida dos colegas, né, que não fazem parte só da saúde mental direto, né. Essa ida da Unidade Básica foi muito importante. E15

As dificuldades elencadas pelos participantes estão relacionadas principalmente a questões burocráticas, como os atrasos ocorridos e a dificuldade com as finanças. Constatou-se que houve atraso em relação ao calendário originalmente apresentado, na medida em que foi estimada a realização do intercâmbio em dez meses consecutivos e o mesmo concretizou-se, de fato, ao longo de dezessete meses intercalados. A razão da mudança teve origem na organização do próprio Ministério da Saúde, que já previa no edital a necessidade de possíveis adequações.

Apesar de reconhecerem nos atrasos uma dificuldade, os participantes mostraram-se compreensivos em relação às mudanças de datas/cronograma e improvisações (negociação). Tanto que, de um modo geral, o "percurso" foi considerado bem organizado, conforme expressam alguns trechos a seguir:

As dificuldades que aconteceram, aconteceram em função de problemas do próprio Ministério. Teve que adiar o início, pela Copa do Mundo (...) e teve que adiar algumas coisas, mas, de modo geral, prá mim foi muito bem organizado. E4

Acho que teve um pouco de dificuldade, assim, na questão do cumprimento do cronograma, em relação aos outros municípios, prá iniciarem realmente quando tinha sido a proposta de iniciar. Mas, assim, a organização em si, eu acho que ela foi bem organizada, depois as coisas foram acontecendo porque, enfim, na prática algo inovador, nunca tinha acontecido e não se tinha ideia realmente de como ia ser. E6

Em relação ao Ministério da Saúde mesmo, não tenho tanto conhecimento, né, acho que teve uma questão de que atrasou em alguns momentos, mudaram algumas datas, demorou um pouco mais prá começar, mas é isso assim, né. E9

Especificamente sobre a questão financeira e de prestação de contas, observou-se que praticamente a totalidade dos intercambistas enfrentou algum percalço. Embora esse seja um estudo que não se propõe a fazer uma análise quantitativa dos dados, cabe destacar o descontentamento quase unânime dos participantes com a forma de custeio do intercâmbio.

As críticas dizem respeito tanto à forma de repasse, pelo município, do recurso financeiro federal destinado à atividade, como em relação à prestação das contas do intercâmbio. Atrasos no repasse, a inexistência de uma orientação clara em relação às

despesas que seriam consideradas e informações desencontradas causaram ansiedade e até mesmo prejuízo financeiro para alguns participantes.

Acho que o município tem a dificuldade interna mesmo, da questão mais administrativa de se organizar em relação a isso (...). Eu acho que as condições que o município oferece não são tão facilitadas, assim. Acho que vai muito do desejo do profissional que vai muitas vezes às avessas ou faz do jeito que não é o correto de acontecer, né, correndo risco, inclusive risco de perder dinheiro, não conseguir a tempo, enfim, ou de causar, né, transtornos no futuro depois na prestação de contas. E6

A única crítica que eu tenho é em relação à prestação de contas e também do recebimento do dinheiro, no sentido que foi muito em cima da hora e tinha que comprar as passagens, se organizar, e depois a prestação de contas, que levou muito tempo prá gente devolver o que sobrou do dinheiro. E também acho que poderia ter sido feito um formulário padrão no que poderia ser gasto, no que não poderia, porque eu achei que não foi igual prá todo mundo. E8

Só o que eu achei que podia ter sido diferente era, de organização assim, é que antes de ir a gente tivesse tido um encontro com o pessoal do financeiro, prá de fato estabelecer quais eram, o que a gente podia e o que a gente não podia fazer. Que isso gerava uma insegurança acho que em todos os percursistas que iam, né. E21

O período de quatro semanas destinado ao intercâmbio (à exceção de uma turma que permaneceu três semanas) não foi considerado um entrave por 19 dos participantes. Alguns, como veremos abaixo, consideraram que o tempo de afastamento poderia ser menor. Nessa perspectiva, as dificuldades decorrentes do afastamento da família existiram, mas pareceram menores ante as questões relacionadas à prestação de contas, já apresentadas anteriormente.

Acho que foi bastante tempo, não precisava tanto tempo, acho que 15 dias, de repente 20, seria mais que suficiente. Mas, tudo bem. E13

Foi boa, mas acho que poderia ser só quinze dias. Porque ficar 30 dias longe de casa, recém há dois meses eu tinha casado, aí foi bem complicado. E20

Eu tenho duas filhas, né (...). Deixei as meninas, elas sentiram saudades, as duas falaram, a mais velha teve dificuldades no rendimento na escola (...). Então assim, eu faria tudo de novo, mas não são tudo flores, né (...). Não é tão fácil assim. E9

Outro ponto destacado pelos entrevistados diz respeito à carência de uma preparação para o intercâmbio. Considerou-se que seria importante constituir um canal de comunicação prévio à viagem, com vistas a explicar claramente a proposta desse projeto, orientar os participantes e esclarecer as dúvidas.

Acho que se eu tivesse mais preparada prá saber o que observar, eu teria aproveitado mais. Aí no fim assim, na primeira semana a gente olha tudo, na segunda semana tá, já viu, aí na terceira semana começa a saudade de casa, e aí na quarta semana daí eu já tava com pena de vim embora, “não vi isso, não vi aquilo outro”, aí na quarta semana tu se antena prá correr atrás do que tu não prestou atenção. E11

Acho que não funcionou não, porque eu não tive informação, não sabia como funcionava, nunca tinha ido, não sabia que tinha que colocar CPF, não sabia o que podia e o que não podia. Sabe? (...) Então, assim, foi bem complicado. E14

Eu acho que a gente teve um encontro só, acho que foi uma reunião antes, (...) de repente faltou mais orientações antes mesmo. Aqui, aqui no município. E15

De forma semelhante, foi mencionada a falta de continuidade do projeto após o retorno do intercâmbio como um ponto a ser melhorado na execução. Esse fato acabou revelando-se um fator limitante da multiplicação dos aprendizados. Cabe recordar que o intercâmbio corresponde à primeira etapa de um projeto maior, que previa a continuidade com etapas subsequentes. A fala do grupo indica que, de algum modo, rupturas foram acontecendo nesse processo.

(...) é uma proposta inovadora e que eu considero que deva continuar, que deveria continuar porque é diferente tu ter a ideia da tua experiência naquele serviço, na tua cidade, no município, de tu ir para uma outra experiência, e daí tu bebe daquelas experiências e traz. E tem tudo a ver com o que tu vive. E2

(...) eu queria ter uma continuidade de algumas etapas, assim, continuidade, né, que não fosse só uma vez. Tu não vê uma sequência do que tem, do que eles fazem, até prá gente ter também uma sequência no que poder passar pros colegas. E17

Há indícios de que a organização dessa primeira etapa não facilitou a integração entre os trabalhadores que participaram do intercâmbio. O planejamento não previu a construção de espaços formais para trocas e discussões coletivas no retorno, nem entre os intercambistas, tampouco entre eles e os demais colegas da rede, ou mesmo com os usuários dos serviços, conforme foi apontado ao longo das entrevistas.

Se tivesse alguma coisa estruturada de ensino pós a vivência prática, eu acho que eu iria me beneficiar porque eu ia me integrar nisso. Até faz falta, se tivesse algo estruturado prá isso, eu ia me empenhar prá estudar mais. E10

Eu sinto que, aí é que tá, eu sinto que houve um avanço até um determinado ponto e agora não tive mais resposta. Não tive mais o retorno do projeto, sabe. De como foi, o que aconteceu. E13

(...) uma coisa que eu senti falta, pensando assim na execução do projeto, nesse retorno, foi de poder compartilhar mais com a equipe, né, que eu acho que faltou um espaço mais formal nesse sentido. Assim, não só a equipe aqui, mas acho que poder pensar um pouco mais na rede, né, de como esta experiência lá poderia ser compartilhada aqui. Também com os usuários (...). E22

7.2 CUMPRIMENTO DAS AÇÕES DE INTERCÂMBIO ENTRE PROFISSIONAIS

A partir da coleta de dados, verificou-se que as ações de intercâmbio, que haviam sido previstas em dois momentos, de fato, foram efetivadas. A primeira etapa do intercâmbio proporcionou a inserção dos profissionais de Guaíba, assim como dos demais municípios selecionados como redes em formação, nos diferentes pontos de atenção da RAPS de Santo André. Essa etapa aconteceu entre maio de 2014 e outubro de 2015. Cada dupla participante do intercâmbio, ao retornar da experiência, tinha a incumbência de elaborar um projeto de melhorias no âmbito da saúde mental do município de Guaíba.

Já a etapa seguinte, ocorrida em agosto de 2015, trouxe uma equipe de três trabalhadores e um usuário de Santo André para conhecer a RAPS de Guaíba e promover uma semana de oficinas junto aos profissionais da rede, incluindo representantes dos serviços intersetoriais. Essa etapa contemplou também a realização de reuniões com a gestão municipal, com as equipes dos serviços municipais de saúde mental e com os enfermeiros da Atenção Básica.

Com o transcorrer do Percurso, um segundo ciclo de oficinas, que não estava previsto no edital, foi desenvolvido autonomamente pela rede de Guaíba, sendo encabeçado pela Coordenação de Saúde Mental do município. Esse segundo ciclo não foi contemplado nesta avaliação por não corresponder a uma atividade prevista na primeira etapa do projeto. Entretanto, pela sua recente execução, cabe ressaltar que as oficinas acabaram sendo citadas por alguns dos participantes durante as entrevistas.

Assim, um dos principais objetivos previstos no edital do projeto, que vem a ser o objetivo de avaliar no presente estudo, foi concretizado. Os dados coletados indicam que as ações de intercâmbio ocorridas em Santo André tiveram maior destaque nas considerações sobre o projeto sob a ótica dos intercambistas em comparação com o intercâmbio dos colegas de Santo André, como será visto ao longo do trabalho.

Apesar de o intercâmbio não ser sinônimo de Percurso Formativo observou-se que, para os participantes, esses dois conceitos estiveram atrelados. Quando questionados a respeito do que entendem por Percursos Formativos, os entrevistados remetiam diretamente à sua experiência de intercâmbio, como sugerem as seguintes citações:

Eu entendo que percurso formativo seria a gente captar o trabalho que as outras pessoas estão fazendo, para que a gente possa se informar para ampliar o trabalho do município, né, se aproveitar de um trabalho que foi tentado lá prá vim fazer aqui, prá todo mundo trabalhar com o mesmo momento, o mesmo movimento, na verdade. E1

(...) na minha experiência se forma a ideia do percurso formativo de uma caminhada (...) de experiências que eu vou vivendo naquele período. Por exemplo, eu fiquei um mês, vivi essa experiência do percurso formativo, que era a gente se inserir em vários serviços, em várias equipes e ter aquela experiência vivencial a partir duma outra realidade que não a nossa no serviço, né, no nosso dia-a-dia. E formativo no sentido de auxiliar na minha formação, auxiliar na formação da equipe, da minha equipe de trabalho também e do meu trabalho com os usuários, porque depois desse percurso, né, experiências dessa inserção naquela realidade que eu vivi, eu vou trazer isso para a minha realidade aqui. E2

O percurso formativo é um projeto do Ministério da Saúde, que bolou uma forma de equipes entrarem em contato, né, trocaram experiências, vivências, mas também, uma forma de que municípios que estão se articulando, municípios que tão criando uma Rede de Atenção Psicossocial pudessem circular num município que tem uma Rede de Atenção Psicossocial bem estruturada. Cada um com suas características, né, mas o foco principal era esse, fazer com que municípios que têm uma rede estruturada pudessem receber municípios que estavam se estruturando, né, e isso promover então uma espécie, assim, de educação, uma espécie de mergulho nessa rede, prá que isso fosse replicado lá nos seus municípios. E4

A utilização do intercâmbio como ferramenta de Educação Permanente em Saúde, facilitando o aprendizado a partir da inserção *in loco*, foi considerada uma estratégia de grande valia pelos participantes. Esse formato oportunizou que o coletivo conhecesse na prática a constituição e o funcionamento da RAPS de outro município, o que foi essencial para estimular a busca por conhecimentos teóricos, promovendo essa dialética entre teoria e prática até o momento presente.

Então nesse sentido mexeu bastante, assim, deu perceber aonde eu preciso reforçar mais, quais são as práticas que eu faço que vão ao encontro da proposta nacional e que outras práticas que eu preciso repensar e onde eu preciso estudar, onde eu preciso me fortalecer, né. Porque lá prá onde nós fomos eles são muito apropriados disso, eles são muito apropriados das normas, das leis, da política, da política legislativa, digamos, que é algo que eu não tenho, que eu percebi que eu tenho que estudar. E3

Então, assim, vivenciar o que a gente mais estuda, ou lê, ou tem como ideal, tu vivenciar isso, que, não, isso realmente existe, tem lugares que conseguem, né, têm todos os pontos da RAPS, que a gente consegue ver como funciona. Sair da imaginação, né, e ir prá algo que realmente é real, acontece, né. Acho que isso foi superimportante. E6

Que eu acho fundamental, né, essa coisa da práxis, né, de tu ir prá uma prática e também o estudo da teoria e retornar para o teu local para verificar essa prática, né. E fundamentalmente tá retornando a verificar (...), que seria agora, a partir dessa realidade aqui, que a gente voltou pro nosso município, né, retomar essa teoria, né. Prá poder verificar essa práxis, se ela tá funcionando realmente. E18

A partir da inserção dos participantes na rede preceptora, fica claro o valor dado à concretização das trocas entre os envolvidos. A ideia de “troca” já havia recebido destaque no edital de lançamento do projeto e acabou revelando-se uma “palavra-

chave” entre os entrevistados que avaliaram o intercâmbio, como podemos perceber a partir dos relatos que seguem.

Então, além de um momento profissional, acabou se transformando também em um momento cultural, porque acabou possibilitando a troca, né, e o conhecimento das pessoas de diversas partes do país. E19

Então tu acaba sabendo, tu percebe que o teu problema aqui é o mesmo problema que tem lá em Santa Catarina, que é o mesmo problema que tem em São Paulo, que é o mesmo problema que tem não sei aonde. Tu começa a ver as formas de organização que eles tiveram, as formas que eles encontraram prá solucionar os problemas. Eu acho que a troca, assim, né, foi o que eu mais gostei foi da troca. E21

E como diz a palavra, acho que intercâmbio é inter, é uma troca, um câmbio, uma troca entre as pessoas. Acho que trocar com os profissionais de lá, com os usuários, foi superimportante, mas isso de também trocar com quem vinha de outras cidades, e até mesmo com quem era da nossa cidade, porque isso é incrível, né, porque tu conhece as pessoas, tu tá trabalhando com as pessoas, mas tu tá lá e tu viver aquilo com quem também é do teu município, mas trabalha em outros serviços, tem um outros olhar, também foi muito rico. Porque aí a gente começa a se dar conta de como a rede também nos vê, como a gente vê ele. E22

Outro ponto avaliado positivamente foi a realização do intercâmbio na presença de outros municípios em formação. O fato de essa composição contemplar municípios das cinco regiões do Brasil foi um ganho em termos de compartilhamento de práticas de trabalho e de experiências culturais.

A gente conviveu com municípios com realidades muito diferentes da nossa. (...). E eram municípios do Norte, lugares que eu nunca tinha ouvido falar. Tauá, Caruaru, que eu já tinha ouvido falar, claro, por causa da Festa Junina, Horizonte no Ceará, Ponta Grossa, Joinville. Nossa. Sorocaba, as dificuldades de Sorocaba, né, um município ali vizinho (...). E, além disso, essa vivência nos proporcionou participar de coisas na vida das pessoas inesquecíveis (...). Culturas muito diferentes, muito diferentes. Pessoas muito diferentes. E4

Quando eu fui, né, a gente conversou muito com profissionais de Canoas, né, e alguns outros municípios que também tinham alguns trabalhos parecidos, as dificuldades, os desafios muito parecidos com os nossos aqui de Guaíba, né (...). E eu acho que isso foi o que abrilhantou o percurso, né, porque não foi só um município, não, foram vários, né, aí teve trocas de experiências, né. E com alguns a gente mantém, né o convívio virtual, né, assim, até hoje. E7

Foi muito gratificante, eu aprendi muito com os outros municípios, assim. Quebrei alguns paradigmas, realmente alguns preconceitos. Às vezes tu imagina que um município lá do Norte não tem nada. Não, não é verdade (...). Então foi muito enriquecedor conhecer, sabe, os outros municípios. Acho que foi uma das partes mais importante, inclusive. Um dos pontos mais importantes foi isso, foi esse trocar de informações, de conhecimento, de culturas, sabe, foi muito bom. E13

Assim como previa a troca de experiência, o edital do projeto também apontava para a ampliação das possibilidades de intervenção dos participantes, a partir da

convivência com outras realidades. De fato, relatos sobre a ampliação do olhar e dos horizontes estiveram bastantes presentes na avaliação.

Então foi através desse intercâmbio que eu pude ampliar, adquirir conhecimento, ampliar o entendimento, em termos de saúde mental, podendo aprender na prática, né (...). Então eu pude ver a prática em outro local, né, em outra realidade. Outros exemplos, outras formas de cuidado, e poder aumentar, enriquecer a bagagem. E3

Eu acho assim que, na prática, o que acontece, eu acho que a gente vivenciou uma realidade que é completamente diferente da nossa, assim, né. Isso é inegável. Acho que abriu, acho que serviu mais assim prá (...) abrir o meu olhar prá ver que outras coisas são possíveis, outras possibilidades. E6

Olha, a gente fica com o conhecimento mais ampliado, né. Tu consegue enxergar coisas que não via antes tando na tua frente, assim. Apesar de eu tá na Infância e não ter esse contato mais com os outros serviços, eu acredito que a gente enxergue eles diferente, né. E16

E, a partir dessa nova dimensão do olhar, muitos intercambistas avaliaram que a vivência em outra rede possibilitou uma melhor compreensão a respeito do funcionamento do seu serviço e também da sua própria atuação, provocando mudanças. Aqui citam-se algumas falas mais generalistas, visto que há um capítulo específico sobre as mudanças ocorridas à frente.

É uma forma de mudar, acho que as relações que a gente estabelece, assim, tendo possibilidade de ir a outros lugares, conhecer outra realidade, não como turista, e viver aquela realidade muda a gente. Muda, é algo que se coloca em movimento e segue em movimento, né. E9

Eu era uma pessoa muito intolerante, porque eu trabalhei sempre em emergência e a gente tem esse perfil mais assim de resolver o problema na hora e deu, vai prá casa. E a visão de Unidade Básica é diferente. Mas com paciente psiquiátrico eu tava tendo um pouco de resistência e eu tenho um outro olhar agora. Eu tenho uma outra visão depois que eu passei por lá e pude ver as experiências lá, né, e a prática lá de assistência ao paciente psiquiátrico (...). Eu acho que eu sou mais resolutiva agora, acho que eu consigo enxergar as coisas de uma outra forma, sou mais humana em relação a isso. E eu mudei depois do percurso. E13

Mas acho que, prá mim, acrescentou muito, melhorou. Agregou bastante, assim, coisas boas. E melhorou a maneira de abordar. Abordagem com eles. E15

Uma ação que envolveu tantos atores, em diferentes momentos, não teria como resultar em experiências uniformes. No que diz respeito à organização das atividades do intercâmbio, observa-se que estavam semiestruturadas e havia espaço para assimilar as demandas de cada um ao cronograma. Assim, cada participante pode construir seu percurso de modo singular.

Considerando a extensão temporal dessa primeira etapa do Percurso, que se efetivou ao longo de mais de um ano, pode-se perceber que, na medida em que novas

turmas foram chegando, a organização ficou mais ajustada. Próximo ao final dessa etapa, constatou-se certa cansaço na rede preceptora.

Quando nós chegamos, principalmente quando eu fui e minha dupla, a rede preceptora, né, ela não tava bem firmada, assim, em quais atividades a gente teria que tá participando. Eles construíram junto com nós. Isso foi uma coisa bacana, assim, né, mas ao mesmo tempo, alguns profissionais da equipe acho que não tavam prontos prá nos receber. Não tavam bem preparados, não tavam, parece que, entendendo muito o que tava acontecendo. E7

Pois é, eu acho que foi bem organizado, sabe. Eu acho que lá nós fomos bem recebidos. Inicialmente eu senti que a equipe lá que estava nos recebendo estava cansada, porque nós éramos o último grupo, então eles tavam assim, sabe quando tu vê que as pessoas estão meio sem paciência, intolerantes? Mas depois nós abordamos isso com eles e eles mudaram, sabe. E13

Foi bem organizado, bem estruturado. Nós acabamos passando por toda rede de saúde mental e eu não tenho do que reclamar, achei bem organizado mesmo. E19

7.3 MODIFICAÇÕES OCORRIDAS NO ÂMBITO DOS PROCESSOS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS/DAS EQUIPES

Neste item, serão avaliados os efeitos das ações de intercâmbio sobre as práticas dos trabalhadores, assim como se ocorreram modificações nas formas de organização das equipes e dos serviços, no planejamento das atividades diárias e na sobrecarga de trabalho.

De início, fica evidente que o intercâmbio oportunizou uma parada para análise das próprias condições de trabalho, assim como do seu serviço de atuação e dos demais pontos de atenção da rede. Sem esse tempo de reflexão, talvez não houvesse condições para que as mudanças que se seguiram fossem efetivadas.

Que a gente começa, como em qualquer lugar, a gente começa a trabalhar, a gente vai naquele barco e é muito difícil a gente conseguir se olhar de fora, né, e eu acho que essa parte do percurso, do intercâmbio, fez a gente se olhar de fora. Eu me sinto assim, falando por mim, né. E eu vejo outras pessoas assim na fala que fazem isso, se olhar de fora, olhar o serviço de fora”. E6

Quem foi prá Santo André não voltou do mesmo jeito que foi, trouxe informações e disseminou nos grupos isso. E quando o pessoal de Santo André, a rede preceptora veio prá cá, também, né. As outras equipes ficaram sabendo dos trabalhos e bom, souberam assim, tem uma parceria, dá prá contar, né. Vamos tentar trabalhar juntos. Eu acredito que teve assim, uma melhora nos serviços. De contato, interlocução mesmo, assim. E7

Nesses quinze anos que eu estou aqui, eu nunca tinha visto nada igual, assim. A própria questão de os funcionários saírem do município, eu costumo dizer, brincar com as pessoas, que a gente não pode ficar que nem avestruz, com a cabeça enterrada no lugar, né. Prá ti ver a ilha, tu tem que sair da ilha, né. Passar pro continente prá poder enxergar a ilha de fora, né. Então eu acho é uma valorização (...) do funcionário, do serviço e do município, dos

usuários; no momento que os funcionários podem sair do município e ir até um determinado local, né, fora fazer essa troca de experiências com locais que estão à frente, né, que já são vanguarda, vamos dizer assim (...). Então acho que isso já é um benefício prá rede, né. É uma coisa de autoestima, até, da rede, do funcionário, do usuário, né, do próprio serviço. E18

Antes de apresentar os resultados conforme as subcategorias estabelecidas, é importante destacar que o grupo, de uma forma geral, considerou que o aprendizado resultante dessa experiência extrapolou a esfera profissional e produziu impactos no âmbito pessoal. Relatos de crescimento pessoal tiveram uma frequência bastante significativa, conforme ilustram alguns exemplos.

Acho que na minha vida pessoal o que teve impacto foi ter visualizado o amor com que as pessoas trabalhavam lá, sabe, assim, de ver que eles tinham paixão por aquele trabalho, pelas pessoas que faziam e isso também me ensinou a respeitar mais as pessoas menos favorecidas da vida, né, que aí eu fico indignada quando eu vejo as coisas acontecer e, então, isso fez com que também eu crescesse pessoalmente. E1

Eu acho que [foi] uma das melhores experiências que eu tive na minha vida, eu digo sempre prá todo mundo (...). E eu não sei se, que nem eu disse numa avaliação que teve lá, eu não sei se eu levei mais prá minha vida profissional ou prá minha vida pessoal, mas prá minha vida pessoal foi uma formação maravilhosa. E17

Acho que a gente acaba voltando assim, mais assim entendendo da condição das pessoas e a gente, como ser humano, todo mundo tem algum problema, às vezes passa por algum sofrimento e a gente acaba também, não sei se eu sei explicar, mas assim, entendendo que o sofrimento faz parte da vida de todo mundo e que a gente se obriga a superar. E19

7.3.1 Modificações referentes à organização dos serviços

Certamente um dos ganhos promovidos pelo Percurso foi o aumento da visibilidade da saúde mental junto aos demais serviços do município, bem como a maior sensibilização dos profissionais em relação à importância do trabalho de cada sujeito, independente do local de trabalho, no cuidado em saúde mental.

Mas eu acho que também foi um (...) momento bom, assim, em termos da saúde mental marcar uma posição dentro do município, né. Como um serviço que faz essas provocações, né. Acho que a saúde mental tem muito essa, por suas características, ela traz muito prá si essa tarefa, que é de provocar, assim, como funcionamos, que saúde nós queremos, prá onde nós estamos indo, o que vamos fazer agora, porque o nosso usuário é um usuário que circula por toda rede. E, se não circula, ele deveria circular. E aí é nosso papel ajudar ele a circular. Então acho que isso provocou também uma acomodação interessante aqui no município. E4

Eu acho (...) que em alguns espaços assim, ou com alguns serviços, (...) a gente conseguiu sensibilizar mais, assim. Não a gente, eu digo o projeto como um todo, assim, essa etapa do percurso. Acho que sensibilizar, acho que aproximar, né. Não acho que mudou radicalmente, não vejo nada nesse sentido, assim, olhando como um todo, mas eu acho que serviu prá aproximar, assim, as pessoas. E6

Acho que esse intercâmbio favoreceu prá, vamos dizer, popularizar ou difundir a saúde mental na Secretaria da Saúde (...). Popularizou, todo mundo ficou mais familiarizado com a saúde mental. Pelo menos sabem do que se trata. E10

Além de maior conhecimento referente ao campo da saúde mental, os trabalhadores revelaram maior compromisso com essa área em decorrência do intercâmbio. Também foi possível identificar uma compreensão diferente a respeito do trabalho desenvolvido pelos serviços especializados e em relação aos critérios de encaminhamento para tais serviços. Estas mudanças indicam uma articulação mais efetiva entre os diversos pontos de atenção da rede e uma efetiva corresponsabilização dos casos.

A rede tá sendo mais acolhedora, aceitando atender os usuários de saúde mental e AD, porque antes encaminhavam direto pro CAPS, não escutavam, não ouviam. Tá atendendo melhor a crise, sendo mais participativa, participando mais dos encontros da rede. Eu acho que agora eles têm um conhecimento melhor da saúde mental. E8

Mudou muito, que minha visão antes era assim CAPS X PA e PA X CAPS. Então era um ringue, né. Hoje minha visão é outra. (...). Na verdade, minha visão é que a gente tem que trabalhar junto, por mais que haja essas divergências, né, e desencontros. Ou ainda não ter funcionando como, de fato, seria ideal a rede, mas hoje a minha visão já é que a gente tem que tentar se unir. Tentar desatar os nós, né. Unir as forças. E14

Depois do percurso, eu vejo que o cuidado realmente é compartilhado, né. Não tem como tu separar a saúde clínica da saúde mental. Um problema clínico pode levar a um transtorno mental, assim como um transtorno mental pode levar a um transtorno clínico (...). Então a gente vem com uma visão bem mais clara da necessidade do compartilhamento do cuidado. E19

A partir das mudanças de entendimento provocadas pelo intercâmbio, ganha evidência o processo de reorganização da rede. Um artifício importante e mobilizador dessa reorganização, segundo os intercambistas, foi a realização em Guaíba das oficinas promovidas pela equipe de Santo André. Um dos trunfos dessa ação, correspondente à segunda etapa do intercâmbio, foi o alcance sobre um número maior de profissionais, incluindo representantes de serviços intersetoriais.

Acredito que algo bem importante foi quando o pessoal de Santo André veio (...) conhecer a nossa realidade. E as pessoas que não puderam ir prá São Paulo, né, pro percurso, elas também puderam perceber como que é lá (...). Eu acho que essa troca de experiências, acho que fortaleceu as equipes, né. Na busca do cuidado em liberdade, na busca de, bom, como a gente pode melhorar o atendimento. E o que foi bacana, né, nessa interlocução, assim, foi que outros serviços também participaram. A rede de saúde, de assistência social, de educação, tanto que depois isso repercutiu muito (...). Teve colegas da saúde mesmo que não sabiam o quanto se tem em saúde mental no município de Guaíba, né. Então, acho que isso deu uma clareada, assim, e quando pessoas vêm de fora, parece que potencializa isso". E7

Mas acho que, no geral, foi bem importante aquela semana que eles vieram aqui (...) porque mais pessoas tiveram acesso. E14

Porque eu tive a oportunidade de tá lá em Santo André, algumas pessoas estiveram, mas eu acho que a vinda do pessoal de Santo André pode abarcar mais a rede, os profissionais daqui. Mais pessoas, usuários também, não tiveram a oportunidade de ir a Santo André, mas que puderam ter esse contato com o pessoal que veio de lá. Então acho que foi muito enriquecedor nesse sentido. E22

É relevante destacar que, conforme apresentado na contextualização da pesquisa, as modificações na rede já estavam em andamento. Para um conjunto de entrevistados, o intercâmbio foi decisivo na consolidação dessas tendências que já vinham se apresentando.

Então a gente tá tentando rever essa proposta. Mas eu acho que isso é fruto de experiência, de aprendizado, de vivência, tudo isso é consequência e não só do percurso, mas de maturidade da equipe, nossa, da saúde mental, de saber lidar com a crise (...). Acho que vem tudo junto, não é só o percurso. Contribuiu, mas não é só do percurso. E3

Mais objetivamente, assim, né, eu fui das primeiras duplas (...) e logo em seguida que nós voltamos, já vinha um movimento de extinção do Ambulatório de Saúde Mental e eu me senti mais fortalecida prá isso também, prá esses passos que vinham acontecendo, né. Então assim, na sequência, teve esse movimento de fechamento do Ambulatório, de reorganização dos serviços, né, da reorganização das equipes, do CAPS II que já tinha uma equipe que se ampliou um pouco, o CAPS álcool e drogas, a criação do Serviço Especializado de Infância e Adolescência. E nisso, assim, o Serviço Especializado de Infância e Adolescência não é um CAPS, a gente não tem equipe mínima ainda, né, mas também já vai nascendo numa lógica, não é uma lógica de Ambulatório (...). E isso com certeza, assim, tem a ver com o percurso, né. E9

No âmbito da saúde mental, uma preocupação recorrente por parte das equipes é a preparação dos profissionais para lidar com situações de crises (agudização) dos usuários. Se, no passado, o lugar por excelência dessa crise era o hospício, hoje existe uma Política de Saúde Mental que preconiza a sustentação da “crise” no território de vida das pessoas. Essa responsabilidade, no entanto, costuma provocar dúvidas e receio nas equipes e, em Guaíba, não tem sido diferente.

Quando questionados sobre modificações na forma de atuação especificamente em relação à crise, observou-se insegurança dos participantes em responder. As falas apontam para algumas limitações dos serviços, mesmo após o Percurso, relativas tanto à questão de estrutura física, quanto de preparo técnico.

Se eu falar francamente, eu penso que há um sofrimento grande prá gente conseguir fazer isso. Não é uma coisa fácil (...). Mas eu acho que ainda falta mais preparo, né, mais formação, (...) a própria formação prá contenção mesmo, né. (...) E acho que mais estrutura, né. Tive a oportunidade lá em Santo André de participar de um momento desses, assim, né, demonstração de crise (...). Mas a equipe bem preparada, inclusive o guarda, né, bem

preparado (...). E acho que (...) esse ainda é um assunto que precisa (...) de mais atenção e tá pensando junto com a rede, assim, né, como vamos fazer isso. E18

Mas acho que o manejo da crise, prá nós, ele é muito inseguro (...). Na realidade, eu entendo que a crise seja um problema do território, (...) mas eu não acho que a gente tenha estrutura prá isso, assim, sabe. Nem estrutura física, porque a gente não, não só na crise, né, a gente não consegue ofertar outras coisas pros usuários. E no momento da crise, eu não me sinto preparada prá fazer e saber se eu tô fazendo certo ou errado, assim. A gente maneja, tu acaba manejando, acaba escutando, mas tu tá sempre na dúvida se tu tá certo ou tá errado, (...) embora eu consiga que algumas das nossas crises fiquem aqui, né. A psicologia tá participando da Atenção Básica é um grande ganho (...). Às vezes não precisa nem tomar medicação, que eu achava que era coisa que não existia. E21

Olha, eu acho que a minha demora prá pensar já fala alguma coisa também (...) de repente porque eu não senti tanto, não sei se (...) é por uma questão pessoal, de eu não estar apropriada de como vem se dando essa atenção, ou porque ela não está acontecendo. E22

Em decorrência da sensação de insegurança em lidar com a crise, surgiram relatos de que a referência para esse tipo de situação na RAPS de Guaíba é o Serviço de Pronto Atendimento, também conhecido como Hospital Regional. Este é um dado emblemático, pois, se forem consideradas as orientações preconizadas pela Política de Saúde Mental e apreendidas durante o intercâmbio, o SPA deveria ser compreendido como um dos pontos de atenção à crise, não o único.

Não sei dizer isso, acho que tá a mesma coisa que era antes. Aqui Guaíba não tem muita estrutura, né, tem que mandar prá outros lugares, né. Tu contém a crise dentro do serviço, mas depois eu não sei como tá sendo agora. Prá onde vai, o que faz com aquela pessoa que precisa duma internação, por exemplo. Aquela crise diária ali, de todo dia tu conter, pedir prá pessoa cuidar em casa, tu segurar dentro do serviço, eu acredito que funciona bem. E depois é que, agora não tem, tinha aquele hospital aqui, que não era bom, mas tinha. Agora não tem mais. Então acredito que deve ter ficado complicada essa parte. E16

Na crise eles vêm tudo prá cá [SPA]. E a gente se vira. Não houve nenhuma mudança não. E14

Continua referenciando para o Regional aqueles que tãem em crise (...). Que a rede, querendo ou não, bota no PA. Sim, é referência lá, né, também. Tem coisas que dá de repente prá manejar diferente na unidade, chegou em surto aqui, a gente faz contato, tá indo paciente assim, assim. Faço contato também com o CAPS prá informar que o paciente teve aqui em surto, a gente tá encaminhando pro Regional. Não sei se teria que encaminhar pro CAPS, pro CAPS encaminhar pro Regional. E20

Contudo, houve visões diferentes que também foram recorrentes. Estas apontam que esforços têm sido empenhados por algumas equipes no sentido de reconsiderar o papel de cada serviço na atenção à crise. Como consequência, esses locais têm se revelado mais abertos e disponíveis para acolher situações agudas.

A minha percepção é que em alguns lugares dessa rede, os serviços do território, eles conseguem segurar mais uma crise ou buscar uma orientação, conseguem acolher aquela crise. Mas acho que são lugares muito específicos, de um modo geral, honestamente, eu não vejo muita mudança nisso. Acho que as pessoas, os trabalhadores ainda pensam que lugar de crise em saúde mental é dentro do CAPS. E eu acho também que isso é um pouco natural e (...) um avanço maior da saúde mental sobre o território é que vai, aos poucos, ir mudando isso. (...). Acho que já melhorou e eu acho que vai melhorar mais ainda. E4

Eu acredito que isso é algo que a gente precisa fortalecer ainda, mas vamos pensando na equipe de CAPS, isso deu uma clareada, né, (...) o que é a crise, o que nós entendemos por crise, né. E a crise, ela não tá só dentro do CAPS, né, ela pode acontecer lá no território e isso a gente leva, isso a gente conversa com os profissionais, né, do território, que isso pode acontecer em qualquer lugar, né. E eu acredito que a partir do percurso a gente falou mais sobre isso. E7

Mas aqui no Centro eu vejo que assim o pessoal tá mais qualificado assim prá escutar e atender as pessoas. Até porque a maioria das crises não são crises de pessoas que vêm colocando em risco a sua integridade física ou a de outra pessoa. São mais crises de ansiedade e choro mesmo, então eu acho que o pessoal tá mais sensível e tá mais preparado prá atender essas pessoas. E19

As mudanças mais notáveis são percebidas nos serviços especializados. Na medida em que houve a compreensão da necessidade de se ofertar uma gama mais variada de ações para os momentos de crise nesses locais, percebeu-se uma mudança de atitude que proporcionou mais inclusão e menos segregação, conforme os seguintes exemplos.

Que antes a primeira coisa é que não tinha espaço. Não tinha espaço onde fazer ambiência, não tinha como. E agora não. Muitos a gente conseguiu, né. Fica em ambiência, fica participando de oficinas, então eu acho que diminuiu até as internações. Só em último caso mesmo. Acho que melhorou. E5

Mas eu penso que melhorou sim, justamente a questão do cuidado mais ampliado assim (...). E essa questão de que o cuidado tem que ser nos espaços onde a pessoa circula, né. (...). Acho que uma das coisas que a gente via, que é muito característico das crianças, principalmente, que entram em crise, de parar de frequentar a escola, eu noto assim que tem diminuído (...). Mas essa ideia de que a pessoa tem que ser cuidada aqui, que a solução não tá lá longe (...), isso mudou. E9

Eu entendo que dá prá dizer sim, né, porque tem mais espaço pro, mais local protegido pro usuário, né. Dentro do AD, dentro do Viver, dentro do i. Aumentou, se ampliou um pouco o espaço, né. Sustentar a crise? Continuam acontecendo as internações, mas tem aquele movimento, né, de segurar, de avaliar dentro do CAPS. E11

O tema da atenção à crise no contexto da saúde mental remete à construção de outras formas de cuidado, mais integrais e humanizadas. A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2003) oferece diretrizes que tornam esse cuidado mais efetivo. Identificou-se entre os relatos de uma série de entrevistados modificações nos processos

de trabalho, a partir do intercâmbio, que têm relação direta com a humanização do cuidado em saúde mental. A seguir, apresenta-se a caracterização dessas diretrizes conforme a PNH, seguidas por exemplos oferecidos pelos entrevistados.

7.3.1.1 Acolhimento

Acolher é reconhecer o que o outro traz como necessidade em saúde. A partir da escuta qualificada dessas necessidades, é possível garantir o acesso dos usuários às tecnologias adequadas ao seu caso e assegurar que os atendimentos sejam organizados conforme a prioridade, considerando aspectos como vulnerabilidade, gravidade e risco.

Eu acho que foi fundamental na minha acolhida ao paciente psiquiátrico, sabe, eu fazia de uma forma diferente, eu não tinha tanta paciência, eu não ouvia tanto. Hoje eu já tenho um outro olhar, né. E13

Que eu vim prá cá, a gente tinha que acolher. Tá, mas o que é acolher o paciente psiquiátrico? A gente passa na faculdade muito rápido, né, alguns sinais, sintomas, aí tu tem que pesquisar um monte de coisa também. O conhecimento ajudou bastante, assim, já tem meio que um norte, assim. A paciente chegou deprimida, tal, tal, tal, tu já sabe, não sabe tudo, né, mas tu vai tateando. Vai pegando um pouco de prática. Vamos dizer assim, entre aspas. E20

7.3.1.2 Ambiência

A definição de ambiência parte do princípio de que o espaço físico pode corresponder a um espaço social. Através da organização do espaço físico, busca-se oferecer ambientes saudáveis, acolhedores e confortáveis, que possibilitem o encontro das pessoas, a produção de novas subjetividades e a melhoria do trabalho em saúde.

Que agora tem o pessoal que fica mais em ambiência, no caso, na hora necessária, muitos ficavam em ambiência e não precisavam ser internados. E5

A gente implantou a ambiência, que a gente não tinha. Então casou uma coisa com a outra. Uma necessidade que o CAPS tava tendo e uma coisa que eu observei que já tinha, né. O Viver já tinha bem isso, o AD ainda não tinha. E casou a necessidade com a de se abrir mais espaço. Já que abriu a ambiência, de abrir oficinas prá preencher a ambiência também. Não ter só ambiência. Então eu acho que isso foi muito produtivo, assim, porque abriu ideias, ampliou horizontes, assim. E11

7.3.1.3 Apoio matricial

Compreende-se por apoio matricial o processo de trabalho onde um profissional oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Como resultado, pretende-se superar o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres.

Eu acho que as ações de matriciamento, né, eu acho assim que a gente avançou, não consigo nem mensurar o quanto isso, o quanto melhorou as relações, apesar das dificuldades (...). Mas eu acho que a gente avançou e

muito. Eu vejo assim que hoje o matriciamento, ele faz sentido, entendeu. Não que antes não fazia, assim, hoje eu vejo que faz muito sentido, não só prá gente, porque talvez antes fazia muito sentido prá gente. Agora, hoje eu vejo que faz sentido prá quem tá lá, né, na Atenção Básica, prá quem tá no Pronto Atendimento, né, prá quem é da rede, entendeu. E6

Agora a gente ouviu falar em matriciamento, antes não se ouvia. Até tinha, mas não era uma coisa divulgada. Agora todo mundo, pouco ou muito, sabe que tem matriciamento. E17

Mas acho que um fruto bom que teve foi o matriciamento, né, que a gente consegue que o matriciamento aconteça com mais força, acho que devido a Santo André, embora lá não tivesse o matriciamento efetivo. E21

7.3.1.4 Gestão e formação nos processos de trabalho, gestão participativa e cogestão

Cogestão expressa a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão e resulta na ampliação das tarefas da gestão. Trata-se de uma diretriz que visa motivar e educar os trabalhadores.

Acho que uma grande força é na questão da gestão, desse crescimento de gestão em saúde mental, que tá nos trazendo benefícios prá rede. E2

CAPS II qualificou a reunião, as reuniões, né, a Educação Permanente (...). A questão da coordenação, aqui ficou definido melhor o papel que cada coordenadora tem nos serviços. A ida das coordenações daqui prá lá também eu acho que fortaleceu esse papel. E8

7.3.1.5 Projeto terapêutico singular

Caracteriza-se por um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, resultado da discussão da equipe de referência, com o apoio matricial se necessário. Procura valorizar outros aspectos terapêuticos para além do diagnóstico e da medicação no tratamento dos usuários.

Essa visão do paciente, do Projeto Terapêutico Singular... Assim, de realmente pensar a necessidade de cada um, essa lógica assim do cuidado ampliado, do cuidado em equipe, da necessidade de uma equipe prá cuidar dum usuário, do usuário se vincular não só com um serviço, mas com a equipe, de pensar que cada um vai ter o seu projeto singular. E9

Plano terapêutico, como é que é, PTS. Singular. Porque eu não sabia, não fazia ideia do que era, até achava que era reposição hormonal. Mas não era. Era o Plano Terapêutico Singular. Prá mim aquilo ali não existia. Foi o que eu aprendi de mais novo, até agora tô, até já tava fazendo aqui no posto. Já fiz uma, um esqueminha assim do tal de PTS do paciente, que eu não sabia que existia. E21

7.3.1.6 Autonomia/ Protagonismo

A autonomia relaciona-se à capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo. Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos significa

compreendê-los como protagonistas e corresponsáveis pela produção de si e do mundo que habitam.

De trabalhar a autonomia, da liberdade, da possibilidade do trabalho, isso me ajudou, mais força prá continuar da maneira como eu acredito, né. Também faz ter mais crítica, também, embora ainda tenha coisas que a gente precise mudar da equipe, do trabalho que não depende só de mim, que também acho que acrescentou, por exemplo, pensar em trabalhos, assim, trabalhos mais abertos, vamos dizer, mais prá fora do CAPS. E2

Tem a participação dos usuários, isso é uma coisa que aconteceu também, o que se reorganizou, se criou o serviço, não tinha as coisas ainda muito bem estruturadas, mas a gente fez, já faz um ano, a gente fez a primeira assembleia (...). Eles é que usam o serviço, eles têm que dar o tom que eles tão precisando, a gente tem que fazer o que eles precisam, não o que a gente quer. Essa lógica, essa forma de ver o serviço, essa forma de pensar, eu penso que são os resultados práticos da ida ao percurso. E9

Os usuários, claro que eu não vou esperar que os nossos usuários aqui do Rio Grande do Sul tenham a mesma postura dos usuários do Grande ABC, porque a história sócio-política é outra, né (...). Mas de ver a forma participativa dos usuários lá, né, que é possível. Pode ser demorado, pode ser mais árduo prá nós, pela nossa história, né, aqui do Sul, mas acredito que isso veio contribuir, assim, até com a minha motivação, sabe. De que é possível, né, essa questão da participação (...). Eu sei que a saúde mental tenta e vem, principalmente o CAPS de vocês lá, tentando fazer isso de levar os usuários nas atividades externas, né. E18

7.3.1.7 Clínica ampliada

Consiste em uma ferramenta que considera a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde-doença, possibilitando a tomada de decisões de forma compartilhada e compromissada com a autonomia e a saúde dos usuários.

Que vai prá além desse PTS formalizado, assim, além de todo aquele PTS, tem um dia que a pessoa, ela não quer vir para aquele PTS, talvez seja até o dia dela ter uma oficina, ou dela ter um horário com a psicologia, mas o que ela quer aquele dia não é isso. Ela quer alguma coisa mais informal, mais acolhedora assim, sei lá, ela não quer elaborar nada, né. Ela quer só poder sentar do lado de alguém e ser ouvida, e ser abraçada, ter um ombro. E3

7.3.1.8 Consolidando as modificações

Como forma de finalizar o item, considerou-se interessante demonstrar a aposta, por parte de alguns participantes, nas atividades de Educação Permanente para a rede como artifício para consolidar as modificações em curso. Cabe ressaltar que a elaboração de um Plano de Educação Permanente municipal é um projeto que compõe a segunda etapa do Percurso Formativo.

A gente tem a questão da educação permanente, que acho a gente tá reforçando, que reforçou com esse projeto também. E2

Que me parece que isso tá sendo pensado agora, a P. com as coordenações de saúde mental, parece que tão pensando numa capacitação com a

emergência. Talvez a gente pudesse estender depois uma capacitação prá Atenção Básica. Então acho que é algo que ainda tá em construção, né. E3

7.3.2 Modificações referentes ao planejamento das atividades diárias

Foi possível identificar entre os trabalhadores que a reafirmação dos princípios da Reforma Psiquiátrica/ Luta Antimanicomial, a partir da vivência na rede preceptora, vem passando a organização das atividades diárias.

A questão, né, que Santo André trouxe muito forte foi a questão da política de saúde mental, né, isso faz repensar, né. Bom, o atendimento, ele é liberdade e eles trabalham muito nessa perspectiva, né. E isso, acho que enquanto a gente trabalha aqui, eu como assistente social, né, quando a gente trabalha nisso, assim, na questão dos residenciais terapêuticos, na questão de inclusão eu penso que é bem fundamental, foi bem importante, assim, porque a gente veio de novo reforçando, né, que não à institucionalização, que o trabalho tem que ser em rede, esses aspectos assim né. E7

Eles que criaram as leis, portarias, né, a gente conheceu as pessoas que realmente vivenciaram a Reforma Psiquiátrica e isso faz com que a gente repense, né, o trabalho. Se atualize também. E vê de fato a Reforma acontecendo, como a gente viu o hospital de fato sendo fechado. A gente conheceu, a gente encontrou usuários na rua, que nos explicaram onde é que era a casa deles, onde é que era o trabalho deles, então, têm local prá morar, eles têm local pra trabalhar, espaços de convivência, né. Então a gente viu na prática o que os livros falam, né. Que é uma outra realidade que Guaíba não tem todos aqueles dispositivos que Santo André tem. Nem profissionais que têm tantos anos de saúde mental (...). Então foi mais nesse sentido de reafirmar mesmo. E8

Eu acho que ele fortaleceu as minhas ideias, né, de que, eu saí muito com a palavra validar o sujeito. Então eu só expandi pras outras áreas, já tinha isso bem claro assim que, né, de dar importância prá cada indivíduo, né, de outras coisas que falavam também de empoderar, então essas coisas importantes, né. E claro que também fortaleceu outras coisas que eu já pensava, né, que assim como empoderar com os direitos, empoderar com os deveres, né, a pessoa ter noção das duas coisas. E11

Entre aqueles profissionais menos familiarizados com as práticas em saúde mental, percebe-se menor resistência e maior pré-disposição a mudanças nas práticas e no manejo com os usuários que apresentam necessidades nessa área.

Eu acho que houve uma maior abertura da Atenção Básica prá acolher a saúde mental. Mas também não sei te dizer se isso é consequência do percurso, acho que é um somatório, acho que isso, ao mesmo tempo que é uma consequência do percurso, porque alguns enfermeiros da Atenção Básica foram pro percurso, também é uma consequência do matriciamento. Talvez se esses profissionais não tivessem ido pro percurso, ia acontecer isso, mas demorando mais tempo, né. Então eu acho que ajudou a abrir as portas, digamos, na Atenção Primária, prá esse entendimento que a saúde mental faz parte da Atenção Primária. E3

Eu vejo assim, que muitas pessoas que foram lá de fato trouxeram, fora da saúde mental, né, de fato elas acrescentaram alguma coisa na sua compreensão, no seu manejo, no seu entendimento do que seja um transtorno

mental, de que formas tu podes abordar isso, a importância do atendimento, da atenção na Atenção Básica, né. E4

Eu achei que eu não ia me adaptar muito, eu achei que eu ia ficar meio perdida, né. Eu tinha muita dúvida em relação, quase no último minuto assim, quase que eu desisti. Porque eu tinha, assim, eu realmente achava que não ia aproveitar tanto. Achava que não tinha muito a ver com o que eu tava fazendo aqui, mas eu acho que tem tudo muito a ver. Muito a ver. E eu acho que prá mim, pessoalmente, eu acho que eu melhorei, encaro as coisas de uma outra maneira, assim, e tudo. E acho que profissional, acho que foi bem, muito válido. Faria de novo outro intercâmbio, mesmo que fosse trinta dias. E15

Além disso, houve relatos que revelaram a superação de antigos preconceitos com os usuários e com o campo da saúde mental como consequência direta do intercâmbio. Tal mudança de entendimento, por si só, representa um ganho significativo no processo de vinculação do usuário ao serviço e à equipe.

Acho que eu consegui tirar um pouco do preconceito (...). Em relação ao paciente, usuário ou dependente químico, que eu tinha algumas coisas, assim, que eles me mostraram, que hoje eu tenho uma outra visão, sabe. E13

Eu digo assim de o paciente que tá sofrendo mentalmente, mudou bastante a minha percepção em enxergar essa pessoa. Porque eu acho que o paciente mental, de saúde mental, ele causa um pouco de medo e pânico nas pessoas. Dependendo da situação, assim. E hoje eu encaro diferente, eu tenho um outro olhar. Percebo assim outro olhar com ele, eu tenho uma maneira de abordar ali que eu acho que isso teve interferência direta no percurso. É outro olhar, é outra visão, enxergo diferente. E15

Querendo ou não, a gente é da saúde, mas, a gente meio que também coloca rótulo. “Ah, lá vem o loquinho...”, entendeu? A gente coloca rótulo. E como eu nunca trabalhei em psiquiatria, nunca tive contato com ninguém, a gente fica meio assim “ah se ele chegar perto, vai me atacar, vai ficar isso, não sei o quê”. A gente cria receio, cria defesas. Acho que foi isso, no olhar mais. E20

Outro efeito interessante sobre a organização das atividades de trabalho que emergiu das entrevistas é o reconhecimento das próprias práticas que dão certo. Em decorrência disso, percebe-se considerável elevação da autoestima desses trabalhadores e das equipes.

De poder comparar e perceber que nem tudo aqui era ruim, né, que também, por exemplo, PTS, né, que aqui era muito mais valorizado, enfim, perceber essas diferenças nossas com Santo André e que aqui também tinham coisas que a gente conseguia fazer melhor do que eles. E3

A gente veio de lá eu acho que com mais ânimo, né, com mais gás, de tentar colocar aquelas coisas que a gente viu que deram certo lá e de valorizar mais o que tá dando certo aqui também. E5

Por outro lado, como previa o edital do projeto, a experiência inspirou os trabalhadores a transformar suas práticas a partir de exemplos concretos trazidos na bagagem do intercâmbio.

(...) eu vejo uma mudança de atitude assim na gente, na equipe, de quem foi. Acho que muito lá no começo também, quando as pessoas vão e voltam, a gente chega, né, com uma empolgação, a gente chega, né, pensando em colocar em prática coisas que nós vimos lá, né, que a gente viu lá. Mas uma coisa que eu acho bem legal, frequentemente a gente consegue falar “lá em Santo André funcionava assim”, a gente tem como uma referência. A equipe ficou com uma referência daquilo que é legal, que dá certo, né. E eu vejo que a gente resgata isso em muitos momentos, assim. Quando a gente tá meio que perdido, assim, com alguma situação. E6

Assim acho que tudo que se observou, os estudos lá, as partes teóricas onde se discutia formas de atendimento e tal, os exemplos, né, eu acho que tudo isso cada um trouxe um pouquinho junto. Assim, mas, palpável assim, no CAPS AD a gente teve peito prá abrir ambiência, prá abrir mais oficinas, prá implantar assembleia fixo, né, prá dar mais oportunidade assim pro usuário. E11

Porque foram pessoas de toda a rede, né. Então, quando tu volta, tu tenta fazer links, né, tu tenta fazer ligações que eu acho que são favorecidas. E todo mundo que voltou, voltou tentando implantar alguma coisa que viu lá. Todos, todo mundo que eu falei. Não sei da Saúde Mental, mas da Atenção Básica todo mundo “ah, mas eu queria fazer tal coisa, porque isso e aquilo eu vi lá”. E isso vira e mexe acaba vindo prá cá, né. “Ah, mas isso aqui eu vi lá e queria fazer”. Então eu acho que a estada lá, ver como funciona o serviço de um outro lugar, abriu discussão, abriu ideias, abriu janelas prá que a gente repensasse prá, de alguma forma, aplicar aqui também. E21

Algumas dessas mudanças foram apoiadas pela descoberta ou aproximação de instrumentos/práticas de trabalho desconhecidos ou pouco utilizados no contexto de Guaíba. De uma forma geral, o CAPS itinerante provocou boas reflexões e disparou novas reflexões sobre o agir em saúde mental.

Conheci CAPS itinerante, que é algo que eu não imaginava possível, né, mas que eu achei muito interessante. Não foi, assim, um instrumento formal, né, mas formas de trabalho. O CAPS itinerante, o Consultório de Rua, essa proposta de fazer intervenções, da psicologia trabalhar com intervenções do momento, sem uma continuidade terapêutica. Mas de tu tá aberto. Que eu acho que é um pouco talvez a proposta da nossa ambiência aqui, nesse momento (...). De tu tá aberta prá ver qual é a necessidade daquele momento da pessoa. E3

Uma questão que eles têm lá que também achei muito interessante foi que eles têm um CAPS itinerante, né. Embora muitas vezes a Estratégia da Saúde da Família faça esse trabalho de ir ao encontro do usuário no território, eles enquanto CAPS, eles têm um veículo que eles também vão em alguns pontos, né, fazer esse trabalho (...). E hoje, pensando assim nas questões que o município de Guaíba vem enfrentando, né, que é a dificuldade da passagem, a própria crise econômica atual, assim, daqui a pouco seria uma possibilidade de atender alguma população que hoje talvez não chegue ao serviço, né (...). Isso foi uma coisa que me chamou a atenção, assim, que talvez seja um desafio prá nós. E7

Eu adorei essa ideia do CAPS itinerante. Até a gente tem um ônibus aqui, o ônibus da saúde. Que aí eu cheguei com a ideia pro pessoal do SAE (...) aí eu disse “vamos começar a fazer os testes-rápidos no ônibus aquele lá (...) vamos fazer um tipo CAPS itinerante dos testes-rápidos, vamos começar por aí”, depois a gente, né, pensa, amplia alguma coisa. Mas a ideia tá morna, assim. Mas eu achei esse instrumento assim de trabalhar, ir atrás da pessoa,

muito legal. Cada dia num canto. Tu vai lá onde ninguém vai, né (...). Vai lá, impossível que tu não tenha demanda, impossível. Claro que vai ter. E15

Também as impressões a respeito do Núcleo de Projetos Especiais (NUPE), dois pontos de atenção da rede que desenvolvem oficinas de trabalho e geração de renda em Santo André, foram bastante positivas e trouxeram à tona proposições referentes ao trabalho no contexto da inclusão e reabilitação psicossocial.

Olha, a questão do próprio trabalho que eles fazem na Oficina de Geração de Renda, do NUPE lá, né. Bem interessante, assim. E2

Uma coisa que me encantou muito foi de ver na prática, porque de fato daí eu conhecia muito só na teoria, foi o NUPE. De ver o trabalho que eles desenvolvem lá. Eu fiquei encantada (...). Isso foi o que eu vi de novo, mas não que eu não soubesse. Mas eu vi, de fato, acontecendo, né. Foram prá Avenida Paulista na feirinha, eles foram expor os trabalhos, vender. E4

Lá nas oficinas, na geração de renda. Aquela estrutura é tudo de bom, né. Eu acho que aqui a gente tinha que ter mais espaço prá geração de renda. Tinha que ter mais espaço, mais tempo. Que lá é um serviço, aquilo lá não tem nem o que dizer, né. Aquela estrutura toda. E pensar assim que a gente tem que proporcionar, pros nossos usuários, trabalho. No momento que eles tão ali, eu vejo pelas atividades na oficina, no momento que eles tão ali o tempo passa. E5

Em Guaíba existe uma oficina nesses moldes, de menor proporção, promovida pelo CAPS Viver. Além da valorização desse espaço já existente, foi possível observar o desenvolvimento de ações geradoras de trabalho e renda junto ao CAPS AD, até então inéditas, conforme o relato que segue.

A gente fez um poço lá (...). E aquilo ali, muitos tão dizendo assim “ah, eu posso fazer prá vender”. É um meio deles gerarem uma renda, né (...). Então acho que tinha que ter mais esses espaços prá eles também (...). Só que daí a gente tem que ter tempo, (...) o espaço, o material. Mas com pouco, sem material, eu acho que a gente faz muito ainda. Faz muito. Eles pegaram, eles trouxeram todo o material prá fazer o poço. E trouxeram até a tinta (...). Daí um trouxe pallets, o outro trouxe pregos e, quando a gente viu, tava pronto o poço. Agora só falta pintar (...). E aí tem um que, é o M., que ele disse assim: ‘Bah, D., depois que a gente começou a fazer aquilo, essa oficina, aí eu cheguei pro meu vizinho e perguntei se eu poderia cuidar do jardim dele’ (...). Aí ele dá um dinheiro pra familiar comprar comida (...). Já é uma forma de renda, né. E eu disse que tem que usar consciente esse dinheiro. Tem que trabalhar isso aí também, né. Como eles podem gerar renda e como usar esse dinheiro. Então é um aprendizado de novo prá eles. E a gente aprende todos os dias, né. E5

Outro ponto de atenção destacado pelos participantes e que fomentou a problematização a respeito do que o município oferece em termos de melhorias das condições de vida e de moradia dos usuários da saúde mental foi o *Serviço Residencial Terapêutico* (SRT). Guaíba não dispõe de um local desses, contudo, em contrapartida, tem um convênio com um Residencial situado no município de Canoas.

Ao longo de 2016, ocorreu uma série de reuniões entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Poder Judiciário referentes à implantação futura de um serviço dessa natureza em Guaíba. Inclusive já há uma determinação do Ministério Público com orientações nesse sentido (Ministério Público, 2016). Deste modo, o contato com os residenciais em Santo André contribuiu no que diz respeito ao planejamento de ações para essa área em Guaíba.

Os Residenciais Terapêuticos que foi, assim, tipo, o que mais me emocionou, né, foram os Residenciais Terapêuticos. A gente ver realmente (...) que funciona de acordo com a proposta de um Residencial Terapêutico, pessoas egressas de internações psiquiátricas de longa duração, dois anos ou mais, com vínculos rompidos, enfim, que hoje tem a sua casa, o seu espaço, respeitando os seus direitos, né. E6

Como eu falei, as Residências Terapêuticas, né, eu acho que foram bastante importantes, bem legais. Não sei como o município lá tem tanto dinheiro prá bancar aquilo, mas eles fazem um bom uso, né. E13

Alguns instrumentos de trabalho conhecidos em Santo André representaram práticas de trabalho inovadoras para os intercambistas e suscitaram nos mesmos o desejo de reproduzi-las em Guaíba, como é o caso dos exemplos que seguem:

Na enfermagem, que eu trouxe bastante, umas tabelas que a gente não fazia aqui, que é um instrumento que a gente usa, de colocar peso, pressão, sinais, coisas que a gente não tinha aqui, né. Isso, um instrumento que a gente tem usado agora (...). Que eu achei importante as reuniões de equipe ter mais de uma vez. Que eu trouxe prá cá, que a gente só tinha uma, né. E a gente conseguiu ter mais vezes aqui no serviço. E12

As oficinas também, instrumentos de trabalho. Tanto que eu vim bem imbuída dessa coisa e abri duas oficinas, né, que uma foi a oficina de artes, outra foi a oficina de música. Então eu acho que ajudou a sair da enfermagem, assim, e vamos fazer o que é necessário, né. O que tá precisando dentro do que cada um consegue dar, né. E11

Na infância, né, por exemplo, a gente teve a oportunidade de conhecer algumas entrevistas mais estruturadas, de anamnese, de desligamento, assim, que eu trouxe pro serviço, que ajudou a pensar um pouco o que a gente poderia criar aqui de instrumentos nesse sentido. E22

No âmbito do cuidado aos usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, o trabalho do *Consultório na Rua* e das *Unidades de Acolhimento* possibilitou o redimensionamento das práticas de saúde com esse público. No último capítulo referente às categorias de análise serão abordados com mais detalhes os efeitos do intercâmbio sobre o campo relacionado às demandas AD.

7.3.3 Modificações referentes à sobrecarga de trabalho

Não foram identificadas modificações em relação à sobrecarga de trabalho dos participantes do projeto a partir do intercâmbio, fossem para melhor, ou para pior. O que se pode perceber entre os trabalhadores foi uma dificuldade em conhecer o trabalho realizado por outros serviços da rede, em maior ou menor medida. A partir dessa percepção, levantou-se a hipótese de que a sobrecarga de trabalho poderia ser compreendida como um fator que limita a aproximação entre os diversos pontos de atenção da rede.

Os discursos dos profissionais que não atuam diretamente com ações de enfrentamento ao uso prejudicial de álcool e outras drogas revelaram um distanciamento em relação ao CAPS AD que não apareceu na relação com os outros pontos de atenção da rede (Entrevistas 3 e 4). Conclui-se, portanto, que essa realidade parece ter reflexos mais contundentes no que diz respeito à disseminação das práticas realizadas pelo CAPS AD.

7.3.4 Demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas e as modificações nos processos de trabalho

Se for realizado um recorte dos efeitos do intercâmbio sobre a formação para o trabalho no campo das demandas AD, serão encontrados elementos que sugerem alguns limites. Dois movimentos distintos foram percebidos entre os intercambistas a partir do contato com o espectro de ações que compõem o tratamento dos usuários AD. Para um conjunto de trabalhadores, o intercâmbio poderia ter sido melhor se não houvesse essa ressalva. Ainda assim, do ponto de vista do planejamento das atividades do intercâmbio, a experiência foi considerada positiva.

Talvez prá nós não tenha sido tão rico quanto, foi muito rico, mas talvez pudesse ser mais ainda se não fosse focado em AD, mas aí não é um problema do Ministério, né, é que nós nos propusemos a entrar sabendo que é voltado para o CAPS AD, que não é mais a nossa realidade. Seis meses antes era, mas mudou nesse meio tempo. Então eu acho que a proposta em si do Ministério é muito boa, muito rica, mesmo sendo focado em AD. E3

Dizer que podia ter mais experiência, mais coisas, podia. Podia a gente poder ter circulado também nos outros serviços que não eram do AD. Porque tava tudo ali, né (...). Eu queria ter podido tá mais perto, assim, da saúde mental mesmo, dos transtornos, que é o que mais eu gosto. Mas cada um, Guaíba focou prá dependência química, então era o que tinha que seguir a programação (...). Na verdade o que me chamava a atenção era o que não tinha a ver com AD. Só que o nosso era focado no AD. Então eu gostei muito da parte do CAPS III e o Residencial, eu fiquei encantada, assim. E16

Claro que eu acho que eu senti um pouco de falta de poder conhecer, por trabalhar mais com a infância, daqui a pouco poder concentrar um

pouquinho de algumas atividades mais na infância, né, poder focar mais especificamente pro que era a nossa realidade daqui. E22

Por outro lado, foi possível identificar um grupo que se surpreendeu com esse novo campo de conhecimento e reconheceu a riqueza das intervenções que podem ser feitas nessa área. A experiência proporcionada pelo *Consultório na Rua* teve expressivo destaque para tais trabalhadores.

Uma das coisas que me chamou muito a atenção lá foi o trabalho com a população em situação de rua, né. Lá eles têm o Consultório na Rua, né, prá dependência química, mas eles têm todo esse trabalho já bem constituído, assim, né. De fazer abordagem, tá trabalhando com a pessoa que não vai no Posto de Saúde, que não vai no serviço de atenção psicossocial, mas que circula, ele tá ali, tá circulando (...). Então eles vão até o território onde estão essas pessoas e isso, hoje, no município de Guaíba a gente tem algumas situações que a gente faz abordagem de rua, mas é muito pouco. Não tem, né, um trabalho formalizado disso, assim. E isso chama bastante a atenção porque nem sempre o atendimento precisa ser no consultório, né, mas que ele pode ser ali onde ele está, a gente pode fazer uma escuta, uma orientação, né, um encaminhamento. E7

O kit da redução de danos, que eu só ouvia falar, nunca tinha visto, nem como isso era oferecido, né. Como através do kit os usuários se vinculam aos técnicos no Consultório na Rua. E8

Assim, mais foi assim o Consultório de Rua, né, ajudou a ter outro ponto de vista em relação às pessoas e ajudar também a entender melhor principalmente a parte da dependência química. E12

Na prática, a mudança mais destacada na RAPS de Guaíba pelos participantes do estudo foi a inauguração de um espaço próprio para esse público específico, o CAPS AD. Convém recordar que, conforme já mencionado, a constituição deste serviço ocorreu paralelamente à execução do Percurso Formativo.

Também ajudou na possibilidade de abrir um serviço específico, tenho impressão que esse percurso formativo deu um impulso também prá transformar o CAPS AD, né, num espaço próprio para atender, assim, essa demanda que antes era subatendida, vamos dizer assim. Ela tinha espaço, mas ao mesmo tempo não tinha, misturado com outro serviço (...). Que acho que foi um grande ganho assim prá rede, né (...). E a gente nota isso lá dentro, tu nota que as pessoas se sentem mais a vontade de ficar lá no serviço, do que antes. E2

Acho que é importante dizer (...) que foi sim, né, a partir do percurso que se resgatou um projeto antigo, que estava engavetado, de constituição de um CAPS AD (...). Então teve uma mudança, né. Acho que há um tempo atrás a discussão no município era vamos criar uma Comunidade Terapêutica, era um pedido popular, né. E isso também subjetivamente eu vejo que diminuiu um pouco. Acho que existe um reconhecimento assim, por parte dos usuários, do município, das pessoas, de que existe um espaço no município para o tratamento das questões relacionadas ao álcool e outras drogas. A minha percepção é de que o CAPS AD está legitimado no município. E9

Eu só sei que a gente agora tem onde dizer, “olha, vai lá em tal lugar”. Ou então vamos fazer o matriciamento aqui e depois vai prá lá (...). Sim, né,

porque antes a gente não tinha o CAPS AD e agora a gente tem. Então é um ponto de referência mais focado, que antes não tinha. E17

O surgimento de um novo ponto de atenção para tratar da demanda AD sem dúvidas constitui um grande benefício. O fato de “nascer” justamente em um momento de mobilização da rede por conta do andamento do projeto Percursos Formativos possibilitou que o serviço se constituísse alinhado às políticas para a área AD.

Então, com atitudes menos punitivas, né, menos julgadoras. Tão sendo mais ousados, no sentido de propor estratégias novas, por que aqui não tem Unidade de Acolhimento, não tem Residencial Terapêutico, então eles tão pensando, eles, mais do que eu, porque eu só vou uma vez por semana. Mas eles tão pensando mais em estratégias de moradia alternativas. O cuidado também em relação à ambiência, o usuário vai chegar lá a qualquer momento que vai ser atendido, acho que qualificou realmente o cuidado. E8

(...) lá é livre demanda, né. É diferente dos outros tipos de pacientes. A gente encaminha e eu sinto que tá tendo uma acolhida diferente. Eu acho que teve uma mudança sim. Acho que a visão mudou, acho que a estratégia mudou, de atendimento. E13

Contudo, a existência do referido espaço, com acolhida aberta (bastante valorizada e reconhecida pelos trabalhadores), ao mesmo tempo em que facilita o acesso, torna confortável o encaminhamento direto pelas demais equipes, sem a esperada corresponsabilização pelos casos. O fato de haver um serviço específico para acolher o público em questão também pode desestimular os trabalhadores da rede a criar suas próprias intervenções com esses usuários.

Ainda existe muito a ideia de que essas pessoas são sem-vergonhas, elas são mal-intencionadas, né, elas são ruins, elas não mudam porque não querem, né (...). Eu vejo o trabalho do CAPS AD como um trabalho que, apesar de uma equipe pequena, ele vem desenvolvendo um bom trabalho no sentido de acolher essas pessoas e de dar um tratamento digno, né. Baseado também nessa questão psicossocial, não só isso como uma doença, mas como um fenômeno também da sociedade. Mas assim, na Atenção Básica ou nos outros dispositivos, eu não sei te dizer com mais clareza. O que eu vejo ainda em muitas situações é o preconceito e a ideia, novamente, de que isso é uma coisa que tem que ser lá pro CAPS AD. E4

Eu sei que (...), pro paciente que é dependente químico, não preciso ter encaminhamento, ele vai direto ao CAPS AD, ele tem porta aberta lá no CAPS AD. Mas os médicos não sabem isso, eles encaminham; é dependente químico, eles encaminham pro CAPS (...). Eles, na verdade, eles nem sabem a diferença do CAPS, que a gente tem dois tipos de CAPS (...). Então eu não vejo também muita mudança, assim, em relação ao paciente de álcool e drogas, eu acho bem complicado, assim, prá ele. A diferença que eu vejo é que o CAPS tem porta aberta, né, pelo menos ele já tem aquele primeiro acolhimento, ele já passa pelo serviço, ele já conhece o serviço, né. Às vezes falta um pouco mais de atenção prá ele, né. E15

Eu não sou uma boa pessoa prá falar sobre isso, porque aqui a gente tem poucos usuários que chegam aqui com essa queixa. A gente tem três, quatro só, que foram encaminhados pro CAPS AD e que deu certo, a gente deu suporte. Aqui a gente tem alguns etilistas, né, mas que a maioria deles tá

tentando fazer alguma coisa. Ou tá no AD, ou tá no Alcoólicos Anônimos. E21

A visão de que os profissionais dos serviços constituintes da RAPS apresentam resistências com o público que apresenta necessidades de tratamento em AD não é unanimidade entre os participantes. Houve trabalhadores que relataram ter modificado sua forma de pensar e de agir no âmbito das práticas AD, após o retorno do intercâmbio. Também foi possível identificar relatos que apontam para uma reorganização dos serviços depois do intercâmbio.

(...) ajudou nessa questão de olhar numa forma menos rotulada, assim, pras pessoas, né. (...) as pessoas que foram mudaram essa perspectiva de poder olhar o usuário com problemas com álcool e outras drogas (...) não como uma pessoa que merece menos atenção por causa disso, né. E2

Percebo a equipe da RAPS, das UBS e ESF, enfim, mais atentas, mais sensibilizadas em relação ao uso de DQ e mais interessadas nesse público. Isso eu percebo, a partir do percurso. Isso ajudou muito pra qualificar e pra sensibilizar os nossos colegas da rede, da Secretaria da Saúde. E10

Eram usuários que entravam no mesmo fluxo dos outros, sem ter uma especificidade maior (...). Então acho que isso foi algo que, a partir do percurso, da necessidade do serviço, das demandas que vieram surgindo, a gente foi tentando construir de uma forma diferente. Até mesmo com a rede. Não pensando só no que a gente vem tentando oferecer aqui, mas em como essa construção vem se dando com a rede (...). Então eu acho que tem se tentado articular mais as ações, discutir mais os casos, o serviço se questionar mais sobre a atenção dada, né, pra esses usuários, pensando na infância e adolescência. Vejo uma mudança importante assim, muito a se construir ainda, né, porque acho que o Percurso Formativo é isso, né, tem essas etapas, mas eu acho que a gente tá sempre nessa formação. Acho que sempre nessa constante construção. E22

Para finalizar, foi revelada a necessidade de repensar as internações em hospitais, Comunidades Terapêuticas e no próprio Serviço de Pronto Atendimento (SPA) enquanto parte do Plano Terapêutico Singular dos usuários. Assim como na crise decorrente de outras dificuldades relacionadas à saúde mental, o SPA também tem sido reconhecido como uma referência importante para o município quando se trata do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas em crise.

Mas assim ó, do CAPS AD, a gente, pela dificuldade da rede, ainda tá havendo muitas internações, né. Porque a gente não tá conseguindo controlar essa coisa fora. Paciente fica na ambiência durante o dia, mas vai embora na noite e aí se envolve de novo com a droga e acaba tendo problemas familiares e acaba sendo internado. E1

Eu acho que lá tem muita internação, muita. No AD. Muito assim, que não é internação em hospital, é pra comunidade. Eles ficam muito tempo sem ter o que fazer. E5

Olha, eu acho que continua a mesma coisa. Porque eu não tenho a visão de lá, eu tenho só a visão aqui do PA. A de lá eu não tenho, então não posso

dizer. A daqui continua a mesma coisa, o paciente vem prá cá, fica dias aguardando um leito e depois vão prá lá. E14

Assim, parece latente o imperativo de estreitar as relações entre os pontos de atenção que acolhem esses usuários. Especialmente quando os mesmos esbarram nos limites operacionais do CAPS AD, como seu horário de funcionamento.

8 PERCURSOS EM DISCUSSÃO

Quando as percepções sobre Percurso Formativo e intercâmbio se confundem, compreende-se a importância da utilização deste como forma de viabilizar a Educação Permanente aos profissionais. Ficou evidente no processo de análise dos dados o quanto o intercâmbio desacomodou os participantes, promovendo novas experiências e diferentes aprendizados e o quanto segue repercutindo na formação dos mesmos.

A origem do intercâmbio¹ como prática cultural remonta ao período das grandes guerras mundiais. A partir de questionamentos feitos por jovens soldados sobre o sentido dos embates, alguns deles mudaram sua postura no *front* de batalha, agindo de modo a socorrer os feridos das disputas, independentemente de suas respectivas nacionalidades. Essa atitude de cooperação veio a inspirar um grupo de veteranos de guerra que, por sua vez, passou a estimular e viabilizar a prática do intercâmbio de jovens pelo mundo, com o intuito de promover o respeito e diminuir a intolerância entre os povos.

No caso do Percurso Formativo, o que se observa a partir da escolha dessa estratégia como instrumento de formação é a oferta de uma gama de experiências imensuráveis aos trabalhadores que fizeram parte do projeto. Começando pela oportunidade de fazer uma viagem de avião, de conhecer outro município a partir de seus serviços de saúde, suas atrações turísticas e seus locais de lazer, de ser acolhido/a por profissionais e usuários da RAPS que enfrentam dificuldades e desafios no âmbito do SUS, comuns a qualquer município, passando pelas trocas culturais entre pessoas oriundas das cinco regiões do país, nas atividades programadas e para além delas; trocas essas que, em alguns casos, seguem até os dias atuais.

O resultado de uma experiência de formação que perpassa todos os elementos acima não poderia ficar restrito ao aprimoramento técnico, que pode ser atingindo em uma capacitação de menor proporção. Partindo dessa premissa, considerou-se fundamental aprofundar já no início da discussão dos resultados as transformações de natureza subjetiva desencadeadas pelo intercâmbio e a sua relação com as mudanças de caráter prático.

¹ ASF *Intercultura Brasil* - Organização internacional e não-governamental que promove ações de intercâmbio. A história do ASF. Disponível em: < <http://www.afs.org.br/sobre-o-afs/historia/>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

8.1 ASPECTOS EMOCIONAIS DA FORMAÇÃO: EMPATIA, VÍNCULO, MOTIVAÇÃO E ALEGRIA

Da primeira etapa do Percurso Formativo resultaram benefícios semelhantes aos que se esperam do intercâmbio entre jovens estudantes, como o respeito às diferenças e a superação de antigos preconceitos. Os benefícios aqui encontrados, entretanto, vão além.

Uma vez que possibilitou aos participantes a oportunidade de conhecer outras realidades por meio da experimentação, o projeto provocou o exercício da empatia e da alteridade. Ao deparar-se com uma rede de serviços desconhecidos, em um município até então pouco conhecido, coube a cada intercambista imprimir em si próprio as experiências resultantes do primeiro contato com a rede de serviços de Santo André.

Ou seja, a partir desta experiência, foi possível vivenciar o ato de ser acolhido e experimentar a vinculação a pessoas e locais até então estranhos. Não por acaso uma das principais modificações relatadas pelos participantes relaciona-se à prática do acolhimento em seus locais de trabalho.

Outro ganho notável e relativo ao intercâmbio diz respeito ao incremento na motivação dos trabalhadores para lidar com suas rotinas de trabalho, o que, por si só, já seria suficiente para reconhecer o êxito da primeira etapa do Percurso Formativo. Isso porque a motivação constitui, conforme a OMS (2007), um fator que determina o bom desempenho dos trabalhadores da saúde. Seguindo a lógica da OMS, quanto maior a satisfação do trabalhador, maiores as possibilidades de se promover melhorias no campo em que ele atua. Infere-se, portanto, que é pela mobilização de recursos emocionais que se dá a disposição à mudança.

Além de ser determinante na qualidade do desempenho dos trabalhadores, a percepção de que houve incremento na motivação, quando associada a um processo formativo, confere melhorias de clima nos espaços de trabalho. Um cenário constituído por profissionais satisfeitos e motivados proporciona a difusão de mais leveza e alegria aos ambientes, o que é imprescindível em uma esfera de atuação tão permeada pelo sofrimento, como é o caso do campo da saúde mental.

Corroborando esse raciocínio, Merhy (2004) argumentou, em escrito analítico sobre os processos de trabalho dos CAPS, que a alegria é parte fundamental do fazer antimanicomial. Segundo o autor, um profissional alegre está em plena produção de vida e só quem tem vida para ofertar é capaz de produzir novos sentidos para o outro ou,

ao menos, instigá-lo a isso. Por outro lado, uma equipe de trabalhadores do campo da saúde mental que não consegue usufruir de alívios produtivos e de estados de alegria, corre o risco de entrar em exaustão, o que interfere diretamente na qualidade do cuidado ofertado.

8.2 “TODO ATO DE CONHECER FAZ SURGIR UM MUNDO”: *AUTOPOIESE* E A IMPORTÂNCIA DO MEIO NA FORMAÇÃO

Maturana e Varela (2010) trouxeram em sua obra contribuições sobre a maneira como os seres humanos adquirem o conhecimento. Para os autores, conhecer é uma ação efetiva e “todo fazer é um conhecer e todo conhecer é um fazer” (p. 32). Quando alguma nova interação tira o sujeito da rotina, e o intercâmbio cabe como um exemplo dessa situação, é concedido ao sujeito a oportunidade de refletir sobre a quantidade de certezas que trazia consigo até então, fruto das tradições estabelecidas pelo grupo social a que pertencia. Nesse processo, o sujeito questiona aquilo que era óbvio, reconstrói suas verdades e é concomitantemente transformado por elas. Dito de outra maneira, “todo ato de conhecer faz surgir um mundo” (p. 31 e 32).

Dessa forma, os seres vivos são sistemas que produzem continuamente a si mesmos e a essa qualidade foi dado o nome de *autopoiese*. Embora desenvolvido no campo da Biologia, o conceito de *autopoiese* ressoou na área da educação. Isso porque, na perspectiva da *autopoiese*, a partir da interação do organismo com o meio, tanto um quanto o outro se modificam mutuamente (MATURANA; VARELA, 2010). Assim, a educação é influenciada pelo contexto, ao mesmo tempo em que o transforma.

Uma concepção de aprendizagem que aposta no aprender a partir da interação, como é o caso do intercâmbio, tem suas bases intrinsecamente relacionadas aos preceitos de Maturana e Varela. Alguns dos resultados apresentados corroboram esse entendimento. As marcas fortemente destacadas pelos entrevistados a partir da imersão em serviços como o *Consultório na Rua*, por exemplo, não deixam dúvidas quanto ao nascimento de “novos mundos” como consequência do intercâmbio.

O recurso de criar um novo mundo no contexto das práticas de trabalho voltadas para o uso prejudicial de álcool e outras drogas, a partir de uma ação de Educação Permanente, tem especial relevância por ser esse um campo que ficou à margem da agenda principal da Reforma Psiquiátrica por um longo período. De acordo com Assis *et al.* (2014), as experiências das últimas décadas deflagraram uma “guerra às drogas” que resultou em ações coercitivas de baixa efetividade, em uma escalada da violência e

na ascensão de organizações criminosas. Um “novo mundo”, na ótica dos problemas relacionados ao uso de drogas, traduz-se por um novo referencial que vem ganhando destaque nos debates acerca do tema, considerando a dinâmica social e buscando o aumento da coesão social como forma de enfrentamento ao problema (ASSIS *et al.*, 2014).

8.3 UM CAMPO FÉRTIL PARA A FORMAÇÃO VOLTADA PARA A INTEGRALIDADE: PROBLEMATIZAÇÃO E APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA

De acordo com a OMS (2007), a formação em serviço tende a estabelecer mais mudanças de comportamento nos trabalhadores quanto mais for interativa e baseada em problemas reais (OMS, 2007). Um dos grandes méritos do Percorso Formativo foi ter contemplado tal entendimento em sua proposição, possibilitando transformações no âmbito pessoal e profissional por meio da imersão absoluta dos participantes no campo. A oportunidade de conhecer na prática o que ensinam os livros, aliás, foi um dos benefícios mais enfatizados ao longo das entrevistas.

Sobre o processo de aprendizagem, já dizia Freire (1987) que é necessário romper com a concepção depositária de transmissão de informações, investindo em uma educação problematizadora. Esta procura superar os tradicionais atos de depositar, narrar ou transferir conhecimento, à maneira da concepção bancária, e compreende o aprendizado como um ato cognoscente.

Ao promover o aprendizado dos trabalhadores em um campo ao mesmo tempo novo e familiar, onde cada qual era tão importante quanto o colega e contribuía com sua história de vida e suas experiências pregressas, observa-se que a proposta do Percorso Formativo está alinhada com o entendimento *freireano* de que o aprendizado é um ato dialógico em que os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo. Pois, para o autor, a formação deve considerar a visão de mundo dos indivíduos (suas vivências, seus saberes, as formas de interpretar a realidade) como ponto de partida no processo de ensino. Nesse sentido, só uma proposta educativa que liberta por meio da consciência crítica pode transformar a realidade (FREIRE, 1987), o que, de fato, ocorreu na rede de Guaíba.

Para Ceccim (2005), a Educação Permanente em Saúde (EPS) relaciona-se com a concepção de educação *freireana* na medida em que valoriza o trabalho como fonte de conhecimento e aprimoramento. Ao lançar mão de técnicas de ensino contextualizadas e

participativas, como é o caso do intercâmbio de experiências, a EPS resulta em aprendizagem significativa e promove transformações.

Um conjunto de transformações incipientes no campo da formação em saúde mental diz respeito à construção de práticas que levem em conta a integralidade do cuidado. Essas práticas, segundo Feuerwerker (2014), são instigadas a partir do aprendizado em diferentes cenários e em contextos que coloquem em análise os modos de cuidar tradicionais e possibilitem a elaboração de novas concepções acerca da saúde. Desse modo, o campo da saúde mental encontra nas práticas que utilizam a integralidade como eixo norteador subsídios que reforçam os princípios da Reforma Psiquiátrica e a superação do antigo ideal de tratamento que se restringia à medicalização, ou mesmo à internação.

8.4 PERCURSOS FORMATIVOS E AS DIFERENTES CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS)

Por toda a relevância que lhe concerne, a EPS tem sido tema de inúmeros estudos. Ao realizar uma metassíntese da literatura sobre os principais conceitos e práticas relacionados à EPS, Miccas e Batista (2014) identificam três tendências principais nesse campo. A primeira é a concepção de EPS como prática transformadora e problematizadora, na qual o Percurso Formativo se encaixa bem, conforme já explicitado anteriormente.

As outras duas concepções apresentadas pelos autores são a de EPS como educação continuada e como educação ao longo da vida. O conceito de educação continuada tem relação com ações educativas de caráter pontual, com metodologias tradicionais de ensino. Esse tipo de educação, útil no aprendizado de novas competências após a formação inicial, sofre críticas por seu caráter fragmentado (OPAS, 1995). Cabe recordar que tal recurso também foi utilizado na primeira etapa do Percurso Formativo, na modalidade conhecida como oficinas de capacitação. Conforme já esboçado, as oficinas não tiveram o mesmo impacto sobre a formação que teve o intercâmbio em Santo André, possivelmente por sua característica mais transmissiva e menos vivencial.

Já na terceira concepção de EPS, a educação ao longo da vida, o que está em questão é uma ideia de contínua ressignificação do desenvolvimento pessoal e interpessoal, na qual o aprendizado no trabalho vai além da dimensão técnica

(MICCAS; BATISTA, 2014). O grande valor dado pelos participantes do Percorso Formativo ao crescimento pessoal promovido pela experiência, em alguns casos considerado superior ao crescimento profissional, revela que essa proposta de EPS pode também ser considerada um tipo de educação ao longo da vida, cujo foco não é puramente técnico e considera o aspecto pessoal.

8.5 INFLUÊNCIAS DA UNESCO NOS MOVIMENTOS DE EDUCAÇÃO PARA A VIDA

O conceito de educação ao longo da vida despontou na década de 1970, a partir da publicação do relatório *Aprender a Ser*, da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). Este propunha que aprender é um processo para toda a vida, fundado em quatro pilares: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser. No final do século XX, houve uma retomada dos pilares pela UNESCO e a educação ao longo da vida foi considerada uma das chaves de acesso ao século XXI. Esperava-se, através dela, superar a dicotomia entre educação inicial e educação permanente e enfrentar o desafio desencadeado por um mundo em rápida transformação (DELORS, 1998).

Essa nova compreensão de aprendizagem tem servido de base na construção de programas formativos em diferentes campos. Como exemplo, o *Sistema Trilhas de Desenvolvimento Profissional*, concebido a partir do ano 2000 pelo Banco do Brasil, tem referencial teórico-filosófico inspirado em Delors e também em Le Boterf. Este último foi o criador da proposta de Navegação Profissional, que considera a existência de múltiplos caminhos a serem seguidos a partir de uma trajetória já vivida. As Trilhas buscam flexibilizar a formação dos profissionais, reconhecendo as experiências e o conhecimento que cada um já possui como um orientador do desenvolvimento profissional (FREITAS, 2002).

De modo análogo, a proposta de *Trilhas da Aprendizagem*, do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), tem forte inspiração no modelo da UNESCO. As Trilhas da Aprendizagem foram apresentadas em 2015 e consistem em um caminho a ser percorrido pelos profissionais no sentido de aumentar as competências necessárias para melhoria de seu desempenho, por meio de diversos recursos formativos (BRASIL, 2015).

Embora não esteja colocado de modo explícito, o propósito do Percorso Formativo aproxima-se significativamente dos pilares divulgados pela UNESCO. O

intercâmbio em si proporcionou aos participantes uma formação pautada pela convivência com outras realidades, mas que não deixasse de dialogar com os conhecimentos prévios de cada um. Nesta trajetória foi possível (re)aprender a conhecer, a fazer, a viver junto e até mesmo aprender a ser (por exemplo, um profissional melhor, mais cuidadoso, sensível, tolerante).

8.6 O FOMENTO À DIVULGAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL E A DIFUSÃO DESSE CAMPO DE ATUAÇÃO

As ações de imersão, de debate e de trocas durante a estadia em Santo André permitiram aos participantes conhecer estratégias de trabalho diferentes e cooperar horizontalmente com as equipes de lá. Em seu retorno, os trabalhadores puderam compartilhar as boas práticas reconhecidas no intercâmbio, problematizando o funcionamento dos seus locais de trabalho. É a partir da problematização que as modificações da prática se concretizam. E é a partir do “fazer junto” que se qualifica o trabalho em rede.

Assim, o artifício do intercâmbio entre trabalhadores também se revelou promissor como método de divulgação e valorização do conhecimento produzido nos serviços. Para Merhy (2010), a riqueza do conhecimento originado na prática é imponderável e carece de maior publicidade. No caso do Percurso, os municípios selecionados como rede receptora puderam propagar o trabalho realizado nos diversos pontos de atenção da sua RAPS e as práticas ali realizadas têm sido replicadas nas cinco regiões do país.

Também os municípios em formação, muitos deles de menor porte, afastados dos grandes centros urbanos e pouco conhecidos na esfera nacional, ganharam visibilidade por intermédio dos intercambistas que os representaram e das oficinas organizadas por cada rede. A ampla distância física entre os municípios envolvidos revela o potencial de capilaridade dessa ação de Educação Permanente e o quanto é possível redimensionar essas distâncias a partir dos laços afetivos estabelecidos durante o intercâmbio no município preceptor.

Outro tipo de ganho em termos de visibilidade foi apontado pelos entrevistados como um avanço expressivo ao longo do Percurso, aquele que dizia respeito à propagação da saúde mental nos diferentes setores de Guaíba. Assim, seguindo os

pressupostos da Reforma Psiquiátrica, o campo da saúde mental vem se consolidando para além dos muros (concretos ou simbólicos) institucionais no município.

Experiências antes limitadas somente aos CAPS e demais serviços especializados têm sido espalhadas e reconhecidas em outros espaços. Uma mudança dessa ordem confere maior importância ao trabalho executado na área, o que reforça a autoestima dos profissionais e ajuda a combater o preconceito ainda presente neste contexto.

8.7 FORMAÇÃO E CARREIRA PROFISSIONAL

O somatório das transformações operadas pelo Percorso Formativo no âmbito pessoal (elevação da motivação, da autoestima, da satisfação pessoal), assim como nos processos de trabalho (qualificação do atendimento ofertado, adequação dos serviços segundo os preceitos da Reforma Psiquiátrica) dos participantes, contribuiu ainda com a valorização da “carreira” dos mesmos enquanto trabalhadores da área da saúde.

Esta contribuição se deu na medida em que se observa, atualmente, um modelo de carreira fortemente relacionado ao desenvolvimento pessoal. No modelo em questão, conhecido como carreira *proteana*, alguns dos principais objetivos a serem alcançados são o sucesso psicológico, o sentimento de orgulho e de realização pessoal (HALL, 1996, apud BALASSIANO *et al.*, 2004), justamente aspectos que tiveram bastante destaque na avaliação do Percorso pelos intercambistas.

A origem do termo *proteana* está relacionada à mitologia grega, na qual havia um deus denominado Proteu que mudava sua forma conforme a própria vontade. Transposto para o âmbito do trabalho, o conceito de carreira *proteana* indica que os trabalhadores estão atualmente gerenciando sua própria carreira ao invés de entregar para a organização essa responsabilidade, como era usual (HALL & MOSS, 1998, apud SILVA *et al.* 2014).

O conceito de carreira vem se modificando ao longo do tempo. Numa perspectiva tradicional, prevalente até os anos 1970, a carreira estava atrelada à empresa, que oferecia relativa estabilidade e progressão vertical linear. Já a concepção moderna de carreira, que leva em conta a inserção das mulheres no mercado de trabalho, a elevação dos graus de instrução e a flexibilização do trabalho, tem um caráter individualizado, com profissionais mais preparados para assumir as decisões sobre seu

futuro. Apesar de mais democrático e horizontal, esse modelo oferece menos estabilidade (BALASSIANO, *et al.*, 2004).

É uma ideia de carreira que não depende exclusivamente da organização. Trata-se de uma concepção de carreira diversa, pois a participação no Percorso Formativo não era obrigatória e tampouco implicava em progressão ou promoção na carreira de servidor público em Guaíba/RS. De acordo com Balassiano *et al.* (2004), este novo modelo é mensurado pelo aprendizado contínuo e pela mudança de identidade. Treinamentos formais perdem a importância em comparação ao aprendizado resultante da realização de trabalhos estimulantes. A relação com o aprendizado e com a formação é tamanha, que o perfil *learn-how* tem sido mais estimado que o perfil *know-how*.

8.8 RESULTADOS MICRO X MACRO

Em 2016, a coordenação nacional do Percorso Formativo divulgou resultados preliminares acerca da avaliação realizada com aproximadamente 740 intercambistas de todo o país. Os dados foram apresentados da seguinte forma: 15% dos respondentes afirmaram que o projeto possibilitou conhecer as portarias da RAPS, 23% disseram que o projeto contribuiu no aprofundamento teórico sobre a linha de ação do módulo, 44% responderam que o processo contribuiu para a reflexão sobre a humanização do cuidado em saúde mental, 47% disseram ter aprendido sobre a história da reforma psiquiátrica no Brasil, 58% revelaram que o projeto possibilitou a transposição do paradigma asilar para o psicossocial no que tange ao cuidado em saúde mental, 17% afirmaram ter aprendido uma nova prática que não era executada no município de origem (ASSIS *et al.*, 2016).

Além dos dados quantitativos acima divulgados, a coordenação apresentou elementos que indicam a execução de novas práticas por parte dos trabalhadores e das equipes a partir do Percorso, tais como: organização do *Projeto Terapêutico Singular* (PTS), atuação do profissional de referência, realização de reuniões de equipe e de assembleias, organização de fóruns sobre saúde mental, desenvolvimento de atividades no território, realização de visitas domiciliares e matriciamento, proposição de ações voltadas para conquista da autonomia e desenvolvimento de trabalho com famílias (ASSIS, *et al.*, 2016).

Constatam-se achados em Guaíba coerentes com a avaliação nacional do projeto. Em consonância com os dados preliminarmente divulgados pelo Ministério da Saúde,

percebe-se que o projeto possibilitou, aos profissionais, mudanças de percepção e de postura em relação ao usuário de saúde, além de práticas que buscam consolidar a RAPS e superar o paradigma asilar/manicomial. Com isso, mesmo ao término do Percurso, os profissionais seguem buscando aperfeiçoamento e a garantia de direitos como cidadania e liberdade.

8.9 LIMITAÇÕES

Uma série de esforços foram empenhados no sentido de garantir confiabilidade aos dados produzidos pelo estudo. O viés recordatório, no entanto, pode vir a ser compreendido como uma limitação da pesquisa, tendo em vista o período de tempo transcorrido entre a realização da primeira etapa do Percurso Formativo (2014-2015) e a coleta de dados (2016). Esse distanciamento temporal, por outro lado, indica que os dados fornecidos pelas entrevistas correspondem ao que foi mais marcante da experiência.

Outra possível limitação diz respeito à realização da quase totalidade das entrevistas no ambiente de trabalho (com exceção de uma), o que se mostrou mais conveniente para os participantes. Houve preocupação de realizar as entrevistas em espaços reservados e de forma sigilosa, ainda que no local de trabalho dos entrevistados. Contudo, essa situação, somada ao fato de as entrevistas terem sido conduzidas por uma integrante da RAPS de Guaíba, pode ter deixado os participantes pouco confortáveis para fazer críticas mais contundentes à execução do projeto.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da primeira etapa do projeto *Percursos Formativos na RAPS* não deixou dúvidas quanto à potência dos afetos no processo de aprendizagem significativa. Foi possível constatar que os conhecimentos apreendidos foram substanciais e que os afetos envolvidos ao longo do processo foram determinantes na consolidação do aprendizado.

À medida que progrediu em sua implantação, o projeto foi de certa forma ressignificado. A conclusão da primeira etapa não encerrou o processo de transformação. Mediante a identificação de contrastes e semelhanças entre a situação de Guaíba e uma rede de atenção psicossocial mais bem estruturada de outro município, foi possível aos participantes desenvolver um forte e duradouro senso de crítica em relação ao sistema de saúde e às práticas de saúde mental. O sentimento de necessidade de inovação persiste até os dias atuais (março/2017) e parece ter emergido com mais vigor durante a realização das entrevistas.

A transformação efetiva do campo das concepções e das práticas em saúde mental demanda esforços para sensibilizar os diversos agentes envolvidos sobre aspectos que se relacionam ao cuidado dos pacientes. É construir atenção integral de modo que vise o indivíduo em sua totalidade e possa oferecer aos usuários atendimento adequado para as suas necessidades, com base na humanização dos serviços.

O *Percurso Formativo na RAPS* pode representar uma via bem-sucedida na busca de tais transformações. Dessa forma, o percurso pode vir a se consolidar como um marco em termos de Educação Permanente em Saúde em Guaíba.

A avaliação do intercâmbio garante ao município a oportunidade de preservar a memória dessa experiência a partir das falas de muitos dos protagonistas do Percurso, de manter um registro deste acontecimento para as próximas gerações de integrantes da RAPS e de monitorar os avanços atingidos com a proposta. Adicionalmente, poderá fomentar a avaliação da execução do projeto em sua totalidade no município.

De acordo com o edital lançado em 2013, a segunda etapa do Percurso consistia na estruturação de ações de supervisão clínico-institucional nos municípios. Ao longo do processo, a supervisão acabou sendo substituída por uma proposta de “*Engrenagens da Educação Permanente*”, em que a figura do supervisor deu lugar a um ativador de

redes. A este, competia o papel de articular os processos de EPS da rede, fomentando os debates e as reflexões por parte dos integrantes da rede.

A reformulação da segunda etapa passou a sugerir a organização de rodas de educação permanente nos territórios, em consonância com Plano de Educação Permanente desenvolvido para a respectiva rede. Cada ativador de rede contaria com o apoio de um tutor especialista na linha de formação para a qual o município havia sido selecionado.

Nesse momento em que a segunda etapa do projeto já foi executada em sua quase totalidade, restando apenas a aplicação do recurso destinado para aquisição de materiais de Educação Permanente, a concretização da avaliação da primeira etapa representa um impulso no sentido de dar andamento às ações de EPS em Guaíba. Além disso, os resultados apresentados podem incentivar a organização de novas edições dessa proposta pelo Ministério da Saúde. Se assim for, a consolidação dos desejos mais expressivos dos intercambistas em relação ao Percorso estará garantida.

REFERÊNCIAS

- ALVES, D. S; GULJOR, A. P. O Cuidado em Saúde Mental. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ/ CEPESC/ ABRASCO, 2005, p. 221 – 240.
- ASSIS, J. T. *et al.* Percursos Formativos na RAPS: aprendendo e ensinado entre pares. **Saúde em Redes – Suplemento**, Anais do 12º Congresso Internacional da Rede Unida, Porto Alegre, v.2 n.1, 2016.
- ASSIS, J. T. *et al.* Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. **Divulgação em Saúde para Debate – Redes de Atenção à Saúde: construindo o cuidado integral**, Rio de Janeiro, n. 52, 2014.
- BALASSIANO, M. *et al.* Carreiras e Cidades: Existiria um Melhor Lugar para se Fazer Carreira? **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, jul/set 2004.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2001, 213 p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1998.
- BRASIL. **Decreto nº 80.281**, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 set. 1977.
- BRASIL. **Lei nº 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 técnico-assistencial em saúde mental.
- BRASIL. **Lei nº 11.129**, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003 e nº 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1 jul. 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, PECUÁRIA E ABASTECIMENTO. Secretaria Executiva. **Trilhas de Aprendizagem** – Escola de Gestão da Agricultura do MAPA. Julho de 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Grupo Hospitalar Conceição. **Projeto Político-Pedagógico da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC)**. Disponível em: <<http://escola.ghc.com.br/index.php/risghc>>. Acesso em: 05/11/2015.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002**. Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares no curso de Medicina – Promed.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de dezembro de 2005**. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde - para os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 de agosto de 2015**. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 396, de 4 de março de 2011**. Institui o Projeto de Formação e Melhoria de Qualidade de Rede de Saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, janeiro de 2007, 85p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. Edital nº 13, de 28 de setembro de 2015. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde/GraduaSUS – 2016/2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 186, p. 126, 29 set. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA/COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS. **A Política do**

Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, 2003, 60p.

BRASIL/MEC (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO). Diretrizes Curriculares – Cursos de Graduação. 2009. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/busca-geral/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>>. Acesso em: 09/11/2015.

CECCIM, R. B. A Educação Permanente em Saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental. In: Lobosque, A. M (Org.). Caderno Saúde Mental 3. **Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação.** Belo Horizonte: ESP-MG, 2010, p. 67 – 90.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-11, jul/set. 2006.

DELORS, J. Educação: Um tesouro a descobrir. **Relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI.** São Paulo: Cortez; Brasília: MEC/UNESCO, 1998.

FEE/RS (FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA DO RIO GRANDE DO SUL). Perfil Socioeconômico dos municípios. Guaíba. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/municipios/detalhe/?municipio=Gua%EDba>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção de cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

FOUCAULT, M. **História da loucura.** São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, I. A. Trilhas de Desenvolvimento Profissional: Da teoria à prática. In: **Anais do 26º ENANPAD.** Salvador: ANPAD, 2002.

HADDAD, A. *et al.* Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. [Editorial]. **Rev. bras. educ. med,** Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, jan./mar. 2012.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). Cidades@ Rio Grande do Sul – Guaíba. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=430930&search=rio-grande-do-sul|guaiba|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

ITÁLIA, **Lei 180 de 13 de maio de 1978.** Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: Campos, G.W.S.; Minayo, M.C.S.; Akerman, M.; Drumond JR., M.; Carvalho, Y.M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 615 – 634.

MÂNGIA, E. F. Formação e educação permanente para produzir boas práticas em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. i-ii. Maio/ago 2009.

MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. São Paulo: Palas Athena, 2010.

MERHY, E. E. **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial**. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores. 2004. Disponível em: <www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-24.pdf>. Acesso em: 09/01/2016.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n. 1, p. 170-85, 2014.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 2000.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE GUAÍBA, 1ª Vara Cível de Guaíba, Processo Nº 052/1.10.0002645-5, 2016.

OMS. **Relatório mundial de saúde, 2006: trabalhando juntos pela saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança**.

OPAS. **Educación permanente em salud: Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud**. Washington, 1995.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.42, p.2067-2076, abril de 2011.

PINTO, H. A. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Aprender para transformar. In: Gomes, L. B.; Barbosa, M. G.; Ferla, A. AQ. (Orgs.). **A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas: Conexões para a produção de saberes e práticas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016, p. 23 - 65.

RIO GRANDE DO SUL, **Lei nº 9.716**, de 07 de agosto de 1992. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações compulsórias e dá outras providências.

SILVA, J. R. *et al.* Burocrata Proteano: Articulações de Carreira em torno e além do Setor Público. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 1-19, jan./fev. 2014.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente**: Um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

APÊNDICE A – Proposta de apresentação do produto do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde à Rede de Atenção Psicossocial de Guaíba

Natureza: Comunicação dos resultados da Avaliação da primeira etapa do projeto “*Percursos Formativos na RAPS: Intercâmbio entre experiências*” no município de Guaíba/RS

Evento: Reunião de Rede de Saúde Mental de Guaíba

Público-alvo: Participantes habituais da reunião (que tem caráter mensal); trabalhadores da RAPS; intercambistas do projeto; gestores da Secretaria Municipal de Saúde, da Secretaria Municipal de Assistência Social e da Secretaria Municipal de Educação; professores e alunos dos cursos de Psicologia e de Assistência Social da ULBRA

Data: 19/04/2017

Local: Auditório da Prefeitura Municipal de Guaíba

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista

- 1) O que você entende por “Percurso Formativo” (PF)?
- 2) Como você avalia o planejamento e a organização do projeto “Percurso Formativos” (PF) do Ministério da Saúde?
- 3) Em sua opinião, como está sendo a execução do projeto?
- 4) A partir da execução desse projeto, algo mudou na sua prática? O quê?
- 5) Qual etapa do PF proporcionou mais aprendizados a você? E qual trouxe mais benefícios para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Guaíba? Por quê?
- 6) Quais as diferenças mais notáveis nos processos de trabalho do seu local de trabalho depois do PF? E na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?
- 7) Você identifica alguma mudança nas estratégias de intervenção promovidas pela RAPS de Guaíba em relação à sustentação de crises dos pacientes no território, a partir do PF?
- 8) Você identifica alguma mudança nas estratégias de intervenção promovidas pela RAPS de Guaíba em relação às demandas de tratamento para uso de álcool e outras drogas, a partir do PF?
- 9) Em relação ao intercâmbio, de que forma ele influenciou na sua formação/atuação enquanto trabalhador da saúde mental? Houve algum impacto na sua vida pessoal?
- 10) O intercâmbio proporcionou troca de experiências? Você conheceu algum instrumento de trabalho novo durante essa experiência?

APÊNDICE C - Carta de aceite institucional

CARTA DE ACEITE INSTITUCIONAL

Carlos Rogério C. Souza Secretário Municipal de Saúde de Guaíba - RS está de acordo com a realização da pesquisa "Avaliação da Primeira Etapa do Projeto 'Percurso Formativos na Rede de Atenção Psicossocial: Intercâmbio entre Experiências' no município De Guaíba/RS", de responsabilidade da mestranda e psicóloga Larissa Weber e do prof. Roger dos Santos Rosa, do Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde - Faculdade de Medicina/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O estudo tem por objetivo avaliar a execução da primeira etapa do projeto "Percurso Formativos na RAPS" no município de Guaíba/RS e envolve a realização de levantamento documental e de entrevistas com trabalhadores de saúde do município.

Declaro conhecer e cumprir as disposições éticas relativas a pesquisa, em especial a Resolução CNS nº 466/2012. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança dos dados que serão coletados.

Guaíba, 19 de novembro de 2015.


Carlos Rogério Carvalho de Souza
Secret. Munic. de Saúde
CPF: 169055390-15

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Gostaria de convidá-lo(a) a participar da pesquisa “Avaliação da Primeira Etapa do Projeto ‘Percurso Formativos na Rede de Atenção Psicossocial: Intercâmbio entre Experiências’ no município de Guaíba/RS”, do Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde (PPGEnS) da Faculdade de Medicina/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O estudo tem por objetivo avaliar a execução da primeira etapa do projeto “Percurso Formativos na RAPS” no município de Guaíba/RS e envolve a realização de levantamento documental e de entrevistas com trabalhadores de saúde do município.

Esperamos que os resultados do estudo possam ajudar os serviços de saúde a identificarem e melhor atender as demandas da população usuária dos serviços de saúde mental. A sua participação será por meio de uma entrevista individual semiestruturada, em local privativo, com duração aproximada de 40 a 50 minutos, conduzida por mim. A entrevista individual será gravada em arquivos digitais que posteriormente serão transcritos. O material dessa pesquisa será arquivado no Departamento de Medicina Social/UFRGS, por cinco anos e, após esse prazo, destruído.

Os dados serão analisados de uma forma geral, não aparecendo em nenhum lugar o seu nome ou outro dado que possa identificar os participantes.

A participação na entrevista é voluntária e não remunerada, ficando você livre a não responder qualquer pergunta. Depois de iniciarmos a entrevista, você terá o direito de interrompê-la se desejar desistir da participação. A não participação na pesquisa não trará nenhum tipo de prejuízo a você nem ao seu trabalho aqui no serviço de saúde. Da mesma maneira, será garantido o sigilo da identidade das informações e/ou opiniões em todas as publicações e formas de divulgação dos resultados, que terão finalidade exclusivamente científica.

Se tiver alguma dúvida ou preocupação sobre o estudo, pode contatar um dos pesquisadores responsáveis (Larissa Weber e Roger dos Santos Rosa) nos números 51-9681-8395 e 51-3308-5327 ou na sede do PPGENSAU, sito à rua Ramiro Barcelos, 2400 – 2º andar, em Porto Alegre – RS. Se tiver qualquer dúvida ou pergunta sobre os aspectos éticos desta pesquisa, ou qualquer denúncia, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da UFRGS (Av. Paulo Gama, 110 – sala 317 – Prédio Anexo 1 da

Reitoria – Campus Centro – Porto Alegre – RS, CEP 90040-060) pelo telefone (51) 3308-3738 ou e-mail etica@propesq.ufrgs.br.

Eu,....., declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e que aceito participar da mesma de forma livre e sem constrangimentos. Durante o contato com a pesquisadora pude esclarecer minhas dúvidas e estou certo de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações.

Estou ciente de que meus dados serão confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, se julgar oportuno, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo a minha vida pessoal.

Qualquer dúvida, poderei entrar em contato com a pesquisadora Larissa Weber pelo telefone 51-9681-8395 ou e-mail issaweber@hotmail.com.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Guaíba, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do entrevistado

Nome:

Assinatura da pesquisadora

Larissa Weber

ANEXO A - Chamada para seleção de projetos de Percursos Formativos na RAPS: Intercâmbio entre experiências e supervisão clínico-institucional

**Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Especializada e Temática
Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.**

Chamada para Seleção de Projetos de Percursos Formativos na RAPS: Intercâmbio entre Experiências e Supervisão Clínico-Institucional

Regulamento de processo seletivo para apoio financeiro a municípios que desenvolvam projetos de educação permanente para profissionais (incluindo os de nível médio) da Rede de Atenção Psicossocial, no âmbito específico da troca de experiência entre profissionais e supervisão clínico-institucional.

1. DO OBJETO

Realização de 15 (quinze) módulos de capacitação com foco na troca de experiência entre redes de atenção psicossocial preceptoras e redes de atenção psicossocial em formação. Cada 01 (um) dos módulos será composto por uma rede preceptora e 05 (cinco) redes em formação, 01 (uma) em cada região geográfica do país.

2. DO OBJETIVO

2.1 Estruturar ação de intercâmbio para profissionais (incluindo os de nível médio) da RAPS como proposta de troca de experiência e ampliação das possibilidades de intervenção do profissional a partir da convivência com outras realidades e realização de oficinas de atualização, focando 6 (seis) linhas de ação:

- Linha 1: Atenção à crise e urgência em saúde mental
- Linha 2: Saúde Mental Infantojuvenil
- Linha 3: Saúde Mental na Atenção Básica
- Linha 4: Demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas
- Linha 5: Desinstitucionalização
- Linha 6: Reabilitação Psicossocial

2.2 Estruturar ação de supervisão clínico-institucional em todas as redes participantes do projeto.

3. DAS CARACTERÍSTICAS DOS MÓDULOS

Cada módulo de capacitação deverá apresentar as seguintes características:

- a) Contemplar 01 (uma) Rede Preceptora e 05 (cinco) Redes em Formação.
- b) Contemplar apenas 01 (uma) linha de ação das que estão apresentadas no item 2.1 deste documento.
- c) Contemplar supervisão clínico-institucional nas 06 redes envolvidas, com supervisões quinzenais de 4 horas cada.

4. DAS CARACTERÍSTICAS DAS REDES

4.1 As redes de atenção psicossocial interessadas em participar dos módulos de capacitação podem participar da seleção de duas formas distintas, inscrevendo-se como rede preceptora ou como rede em formação.

4.2 As Redes interessadas em inscreverem-se como redes preceptoras deverão:

- a) Constituir-se como Território entre 15.000 (quinze mil) e 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes composto por pelo menos 1 (um) CAPS de qualquer tipologia e outros 2 (dois) pontos de atenção da RAPS (UA, SRT, Leito em HG, ações de reabilitação psicossocial, ações de desinstitucionalização, SAMU, UPA, Centro de Convivência ,

CR ou outro ponto de atenção na Atenção Básica). Os 2 (dois) outros pontos de atenção devem compor diferentes componentes da RAPS (atenção básica em saúde, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização ou reabilitação psicossocial).

- b) Apontar, na inscrição, o eixo de ação em que considera estar qualificada para ofertar a capacitação às redes em formação.
 - c) Ter capacidade para receber por mês, durante dez meses, 10 (dez) profissionais (02 (dois) de cada uma das Redes em formação selecionadas para o módulo) para serem capacitados naquela rede de atenção durante 160 horas.
 - d) Disponibilizar profissionais para promover 05 (cinco) oficinas de atualização de 40 horas-aulas a respeito do eixo de ação indicado para formação, sendo 01 (uma) em cada uma das redes em formação selecionadas no módulo.
- 4.3 As Redes interessadas em inscrever-se como Redes em Formação deverão:
- a) Constituir-se como Território entre 15.000 (quinze mil) e 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes composto por pelo menos 1 (um) CAPS de qualquer tipologia e outros 2 (dois) pontos de atenção da RAPS (UA, SRT, Leito em HG, ações de reabilitação psicossocial, ações de desinstitucionalização, Centro de Convivência, CR ou outro ponto de atenção na Atenção Básica). Os territórios que não possuem CAPS podem concorrer à chamada de projetos se possuírem articulação entre Atenção Básica e algum outro ponto de atenção da RAPS.
 - b) Apontar, na inscrição, os eixos de ação, em ordem de prioridade, em que consideram importantes para qualificação dos seus profissionais.
 - c) Disponibilizar 20 (vinte) profissionais, sendo 02 (dois) por mês, durante 10 (dez) meses, para serem capacitados na rede de atenção preceptora durante 160 horas.
 - d) Disponibilizar profissionais e estrutura para receber uma oficina de atualização de 40 horas-aulas a respeito do eixo selecionado para formação.

5. DOS REQUISITOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROJETOS

5.1 As redes inscritas como redes preceptoras deverão apresentar na inscrição:

- a) A RAPS e sua propriedade no tema selecionado para qualificação.
- b) Pontos de atenção da rede que farão parte da formação.
- c) Plano de ação detalhado para a formação, de acordo roteiro apresentado no anexo I deste documento.
- d) Documento do gestor municipal firmando o compromisso de viabilizar o projeto após o recebimento do recurso, de acordo com anexo III.

5.2 As redes inscritas como rede em formação deverão apresentar na inscrição:

- a) A RAPS e a necessidade de qualificação de acordo com os eixos priorizados.
- b) Pontos de atenção da rede que disponibilizarão profissionais para formação.
- c) Plano de ação detalhado para a formação, de acordo roteiro apresentado no anexo II deste documento.
- d) Documento do gestor municipal firmando o compromisso de viabilizar o projeto após o recebimento do recurso, de acordo com anexo III.

5.3 As redes participantes deverão ter capacidade administrativa para emissão de diárias e passagens, contratação do supervisor clínico-institucional.

6. DA SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL

6.1 A supervisão clínico-institucional é parte constituinte do módulo de capacitação e será efetivada na segunda etapa de desenvolvimento do projeto, quando as redes participantes deverão indicar os seguintes pontos:

- a) Supervisor clínico-institucional para rede.
- b) Plano de ação da supervisão.

6.2 A indicação do supervisor e o plano de ação da supervisão deverão ser apresentados ao Ministério da Saúde após a seleção das redes preceptoras e redes em formação, de acordo com cronograma informado no item 11 deste documento.

6.3 O roteiro para apresentação do plano de ação da supervisão será disponibilizado após seleção das redes preceptoras e redes em formação, de acordo com cronograma informado no item 11 deste documento.

6.4 A contratação e pagamento dos supervisores é responsabilidade de cada município.

7. DA SELEÇÃO DOS MÓDULOS E REDES PRECEPTORAS E EM FORMAÇÃO

7.1 Terão prioridade na seleção como Redes Preceptoras

- a) Redes com ponto de atenção 24 horas;
- b) Redes com maior diversidade de pontos de atenção;
- c) Redes com pontos de atenção com maior tempo de existência;
- d) Projetos de municípios que indiquem potencial de articulação intersetorial entre assistência social, direitos humanos, trabalho/economia solidária, educação, esporte, cultura, lazer e outros;
- e) Redes em que há articulação com Instituição de ensino local, especialmente com Programa de Educação pelo Trabalho – PET Redes Mental;
- f) Municípios com Programa de Residência multiprofissional em saúde mental;
- g) Municípios com Programa de Residência médica em psiquiatria;
- h) Municípios com processo de desinstitucionalização

7.2 Terão prioridade na seleção como Redes em Formação

- a) Redes localizadas em municípios pólo das regiões de saúde que compõem o decreto 7508, especialmente aquelas localizadas no interior do estado;
- b) Adesão ao Programa Crack é possível vencer;
- c) Redes com maior diversidade de pontos de atenção;
- d) Redes em que há articulação com Instituição de ensino local, especialmente com Programa de Educação pelo Trabalho – PET Redes Mental;
- e) Redes não contempladas em editais de supervisão clínico-institucional da rede de atenção psicossocial;
- f) Municípios com processo de desinstitucionalização.

8. DO FINANCIAMENTO

8.1 As redes selecionadas como rede preceptoras receberão o seguinte financiamento:

- a) R\$ 100.000,00 (cem mil reais) destinados à aquisição de materiais de consumo nos pontos de atenção da RAPS, materiais didáticos, incremento de pontos de acesso à "internet" e informatização da Rede para processos educativos.
- b) R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) destinados ao pagamento do supervisor clínico-institucional.
- c) Entre R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) destinados a custeio de diárias e passagens dos supervisores para execução do processo de supervisão, a depender do trecho de deslocamento do supervisor. O detalhamento do custeio de diárias e passagens deverá ser apresentado na segunda etapa, junta ao plano de supervisão.

8.2 As redes selecionadas como rede em formação receberão o seguinte financiamento:

- a) R\$ 100.000,00 (em mil reais) destinados à aquisição de materiais de consumo nos pontos de atenção da RAPS, materiais didáticos, incremento de pontos de acesso à "internet" e informatização da Rede para processos educativos.
- b) R\$ 100.000,00 (cem mil reais) destinados a custeio de diárias e passagens dos profissionais que participarão do processo de formação na rede preceptora. Para efeito

- de calculo foram considerados os valores de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por diária e R\$ 1.000,00 (mil reais) o trecho de passagem.
- c) R\$ 3.000,00 (três mil reais) destinados ao pagamento do profissional da rede preceptora que irá realizar a oficina de atualização de 40 horas-aulas.
 - d) R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais) destinados a custeio de diárias e passagens do profissional da rede preceptora que irá realizar a oficina de atualização de 40 horas. Para efeito de calculo foram considerados os valores de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por diária e R\$ 1.000,00 (mil reais) o trecho de passagem.
 - e) R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) destinados ao pagamento do supervisor clinico-institucional.
 - f) Entre R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) destinados a custeio de diárias e passagens dos supervisores a passagens e diárias para execução do processo de supervisão, a depender do trecho de deslocamento do supervisor. O detalhamento do custeio de diárias e passagens deverá ser apresentado na segunda etapa, junto ao plano de supervisão.

8.3 Para fins de inscrição na chamada para seleção de projetos, será solicitado apenas o plano de aplicação referente ao valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) destinados à aquisição de materiais de consumo nos pontos de atenção da RAPS, materiais didáticos, incremento de pontos de acesso à "internet" e informatização da Rede para processos educativos.

8.4 O financiamento será realizado em duas etapas:

- a) **1ª etapa:** Repasse do custeio referente ao processo de formação entre redes para as redes preceptoras e em formação: **Previsão: dezembro de 2013, após a seleção das redes preceptoras e em formação.**
- b) **2ª etapa:** Repasse do custeio referente ao processo de supervisão: **Previsão: primeiro trimestre de 2014, após a seleção do supervisor clinico-institucional e apresentação do plano de execução da supervisão.**

8.4 Em caso de sobra dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, mesmo após a implementação completa das ações previstas no projeto, o município poderá utilizar os valores restantes para ampliação quantitativa de ações já previstas no projeto encaminhado.

8.5 Caso o recurso repassado pelo Ministério da Saúde seja inferior ao necessário para a execução do que foi previsto no Projeto, a diferença resultante correrá por conta do Município, do Estado ou Distrito Federal.

8.6 Em caso da não utilização do recurso no período de 12 (doze) meses, o município deverá fazer a devolução do recurso com juros e correção monetária, prevista em lei, cuja determinação decorrerá das fiscalizações promovidas pelos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), em cada nível de gestão, e órgãos de controle interno.

8.7 O recurso financeiro será repassado em duas etapas fundo a fundo aos municípios sede de cada uma das redes selecionadas.

8.8 O Repasse financeiro será formalizado por Portaria do Ministério da Saúde a ser publicada no Diário Oficial da União.

9. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

9.1 Os projetos deverão apresentar, de acordo com o cronograma especificado no item 12, relatórios trimestrais sobre as ações do Programa de Qualificação, conforme descrito abaixo:

9.2 Para as Redes Preceptoras:

- a) 2 (dois) relatórios trimestrais elaborados pelo coordenador municipal de saúde mental, álcool e outras drogas, contendo o detalhamento das ações de qualificação realizadas

- no território com os profissionais da rede em formação,
- b) 2 (dois) relatórios trimestrais, elaborados pelos profissionais que farão a capacitação de 40 horas, contendo o detalhamento das capacitações de 40 horas realizadas nas redes em formação; e
 - c) 2 (dois) relatórios trimestrais elaborados pelo supervisor clínico-institucional selecionado.

9.3 Para as Redes em Formação:

- a) 2 (dois) relatórios trimestrais elaborados pelo coordenador municipal de saúde mental, álcool e outras drogas, contendo o detalhamento das ações de qualificação realizadas na rede preceptora,
- b) 1 (um) relatório elaborado pelo coordenador municipal de saúde mental, álcool e outras drogas, contendo o detalhamento da capacitações de 40 horas realizadas nas redes em formação e
- c) 2 (dois) relatórios trimestrais elaborados pelo supervisor clínico-institucional selecionado.

9.4 Caso não haja cumprimento desta exigência, o Ministério da Saúde adotará as providências necessárias para a devolução do recurso.

10. DAS INSCRIÇÕES:

10.1 As inscrições para a **Chamada de Seleção para projetos de intercâmbio entre experiências e supervisão clínico-institucional** serão feitas através de formulário eletrônico.

10.2 As redes que desejarem inscrever-se como **REDES PRECEPTORAS** deverão realizar sua inscrição no endereço:

http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=13490, no período de **08 a 28 de novembro de 2013**.

10.3 As redes que desejarem inscrever-se como **REDES EM FORMAÇÃO** deverão realizar sua inscrição no endereço:

http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=13501, no período de **08 a 28 de novembro de 2013**.

10.4 O Formulário Eletrônico (FormSUS) deverá ser preenchido pelo Coordenador de Saúde Mental do Município, devendo o projeto ser resultante de um processo coletivo de construção junto à RAPS local. Para o preenchimento do formulário, é necessário ter disponível:

- a) Dados de identificação dos gestores municipais (Secretário Municipal de Saúde e Coordenação de Saúde Mental do Município)
- b) Arquivo eletrônico com o Projeto de Qualificação da RAPS (roteiro em anexo).
- c) Arquivo eletrônico contendo ofício do gestor local, solicitando o incentivo financeiro e firmando o compromisso de viabilizar o projeto após o recebimento do recurso (modelo em anexo).

10.5 É necessário preencher um formulário eletrônico para cada projeto participante do processo seletivo, e as inscrições se darão exclusivamente através deste dispositivo.

10.6 Os projetos cujos arquivos não forem anexados adequadamente no sistema FormSUS serão desclassificados.

10.7 O documento a ser anexado contendo o ofício do gestor local, conforme item 10.4 - "c", deverá ser assinado pelo gestor e escaneado antes de ser anexado. Documentos anexados sem assinatura implicarão na desclassificação do projeto.

10.8 Para participar da seleção, não é necessário o envio de material impresso para a Coordenação de Saúde Mental/MS, sendo todo o processo realizado por meio eletrônico.

11. CRONOGRAMA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO:

- De 08/11/2013 a 28/11/13: Inscrição pelo site e apresentação do projeto e documentação municipal
- Em 04/12/2013: divulgação do resultado no sítio www.saude.gov.br/mental
- Em 01/03/2013: apresentação do projeto de supervisão clínico-institucional e documentação do supervisor.

12. CRONOGRAMA DO MÓDULO DE FORMAÇÃO (2014)

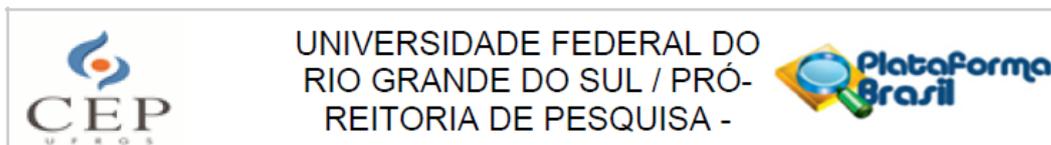
Ações	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	13º mês
Planejamento das Ações de Formação	X	X											
Capacitação de 40 h nas Redes em formação			X		X		X		X		X		
Capacitação de 160 horas na rede preceptora			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Supervisão Clínico – Institucional			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Entrega de relatórios da rede preceptora							X						X
Entrega de relatórios da rede em formação				*		*	X	*		*		*	X

12.1 O cronograma apresentado poderá variar de acordo com o planejamento a ser realizado nos meses de janeiro e fevereiro/2014.

12.2 Após o planejamento dos meses de janeiro e fevereiro/2014, caso haja alteração, o novo cronograma deverá contemplar 1 (uma) atualização de 40 horas para cada rede em formação, totalizando 5 (cinco) capacitações; e capacitações mensais de 160 horas na rede preceptora, para os 2 (dois) profissionais de cada rede em formação.

12.2 No campo, “Entrega de relatórios da rede em formação”, na tabela acima, os campos preenchidos com asteriscos (*) referem-se ao relatório descrito no item 9,1 – “b”, que será entregue apenas uma vez pela rede em formação, no mês subsequente à capacitação de 40 horas realizada pela rede preceptora.

ANEXO B- Parecer Consubstanciado CEP/UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da primeira etapa do projeto "Percurso formativo na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Intercâmbio entre experiências" no município de Guaíba/RS

Pesquisador: ROGER DOS SANTOS ROSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52639116.7.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.571.068

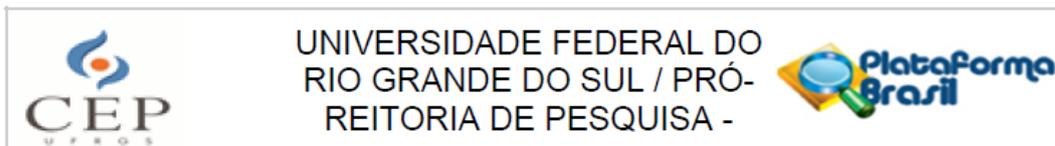
Apresentação do Projeto:

O desafio de pensar e de qualificar a formação em saúde está posto desde a promulgação da Constituição Federal. Em seu art. 200, III, a Constituição atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, o que tem ganhado evidência com a publicação de novas políticas e de programas no âmbito da formação em serviço por parte do Ministério da Saúde (BRASIL, 1988). Para garantir êxito na execução desses programas é fundamental o cumprimento de uma etapa que nem sempre está prevista, qual seja, a de avaliação. Esta, segundo Tanaka e Melo (2004), constitui-se em um elemento do trabalho cotidiano de saúde que não pode ser descolado do contexto do sistema de saúde, do qual é parte necessária. Sendo assim, torna-se imprescindível a avaliação da forma como esses programas são estruturados.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a primeira etapa do projeto "Percurso formativo na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Intercâmbio entre experiências" no município de Guaíba (RS), um projeto de educação permanente do Ministério da Saúde na área de saúde mental.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.571.068

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nos termos de apresentação obrigatória os autores mencionam que "Como qualquer entrevista, poderá haver algum risco potencial como provocar certo constrangimento, desconforto, ou mesmo desencadear recordações desagradáveis. Nestas situações, sinta-se à vontade para não responder qualquer pergunta." Os autores mencionam que o benefício deste estudo é fazer avaliação de ação de educação permanente que envolveu recursos (humanos, materiais e financeiros) com potencial para contribuir para a melhoria dos serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo qualitativo realizado a partir de entrevistas semi-estruturadas individuais, as quais serão gravadas em áudio e transcritas de forma literal pela autora para posterior análise de conteúdo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão presentes de forma apropriada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto apresentado reúne as condições necessárias para aprovação ética.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_630523.pdf	29/04/2016 15:51:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEvdois.pdf	01/04/2016 16:15:22	Larissa Weber	Aceito
Folha de Rosto	ProjetoDMLarissaFolhaDeRostoCEP.pdf	21/01/2016 14:36:22	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito
Outros	ProjetoDMLarissaParecerCOMPESQ.pdf	21/01/2016 11:40:19	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoLarissa20151121Compesq.pdf	21/01/2016 11:35:25	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



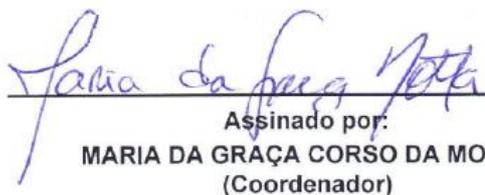
Continuação do Parecer: 1.571.068

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 02 de Junho de 2016


Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br