

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

**DAS REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA À  
EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL:  
SABER TÉCNICO E COMPROMISSO ÉTICO COM A SAÚDE  
MENTAL COLETIVA**

Mariane Brusque Radke

Porto Alegre, Maio de 2017.



**MARIANE BRUSQUE RADKE**

**DAS REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA À EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: SABER  
TÉCNICO E COMPROMISSO ÉTICO COM A SAÚDE MENTAL COLETIVA**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professor Orientador: Dr. Ricardo Burg Ceccim.

Área de concentração: Saúde, Educação e Sociedade.

**Porto Alegre, maio de 2017.**

### CIP - Catalogação na Publicação

Radke, Mariane Brusque

DAS REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA À EDUCAÇÃO  
EM SAÚDE MENTAL: SABER TÉCNICO E COMPROMISSO ÉTICO COM  
A SAÚDE MENTAL COLETIVA / Mariane Brusque Radke. --  
2017.

109 f.

Orientador: Ricardo Burg Ceccim.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,  
2017.

1. Saúde Mental. 2. Educação Permanente em Saúde.  
3. Atenção Básica. 4. Reforma Sanitária. 5. Reforma  
Psiquiátrica. I. Burg Ceccim, Ricardo, orient. II.  
Título.

**MARIANE BRUSQUE RADKE**

**DAS REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA À EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: SABER  
TÉCNICO E COMPROMISSO ÉTICO COM A SAÚDE MENTAL COLETIVA**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Data da Aprovação: 09/06/2017.**

**Banca Examinadora:**

***Profa. Dra. Érica Rosalba Mallmann Duarte***

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFRGS

***Profa. Dra. Analice de Lima Palombini***

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, UFRGS

***Profa. Dra. Daniele Noal Gai***

Departamento de Estudos Especializados, Faculdade de Educação, UFRGS

Dedico meu trabalho aos que lutam e aos que acreditam, sem temer, que a Saúde também pode ser instrumento para a construção de um novo - e coletivo - amanhã.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela oportunidade de aprendizado e por ter me proporcionado entrar em contato com professores e profissionais que foram, e que são, fundamentais para o desenvolvimento da Saúde Coletiva em nosso país.

Ao Professor Dr. Ricardo Burg Ceccim, pela oportunidade de conhecer o seu trabalho e aprender que na academia também se faz luta. E que essa luta, felizmente, faz sim, eco e barulho. Para que nosso eco seja ouvido.

A minha mãe, Dra. Ana Maria da Costa Brusque, mulher feminista de fato, não de teoria, porque se hoje posso redigir essas linhas é por que fui alimentada, cuidada e orientada por esta mulher. Agradeço por todas as quentinhas para possibilitar o trabalho de 40h semanais + um mestrado/dissertação + uma especialização, e por toda a assessoria prestada para que eu conseguisse realizar tudo isso.

Às professoras Êrica Rosalba Mallmann Duarte, da Saúde Coletiva, Analice de Lima Palombini, da Psicologia Social e Institucional, e Daniele Noal Gai, da Educação, que aceitaram compor a banca de meu Exame de Qualificação em meio a um tempo histórico onde se discutir educação e saúde coletiva é também posicionar-se ética e politicamente na disputa dos mundos em que vivemos. Agradeço o apoio e o desafio de debater e construir o amanhã coletivo.

Agradeço aos demais professores de minha trajetória na pós-graduação stricto sensu, pelo que ofereceram de conhecimento e desafio em saúde coletiva, psicologia e educação ao meu saber técnico e compromisso ético na saúde mental coletiva.

Agradeço aos colegas e demais professores que passaram por esta trajetória, contribuindo no cotidiano para dar sentido a tudo o que discutimos aqui, para dar realidade à necessidade deste debate.

## RESUMO

Este trabalho coteja as reformas sanitária e psiquiátrica vividas no Brasil e que enfocaram uma importante mudança no modelo tecnoassistencial em saúde mental, introduzindo, no caso dos transtornos mentais e sofrimento psíquico, as abordagens da reabilitação e da atenção psicossocial. Considerada a perspectiva de “mudança”, pode-se dizer, no mínimo, da prioridade à reversão dos paradigmas biomédico e manicomial em favor dos paradigmas da atenção básica e da saúde mental coletiva. Um projeto de mudança não se faz sem correspondente processo educativo e formativo, em que pese a resistência à mudança nos setores hegemônicos pela “racionalidade científica moderna” ou “razão médica” que dão guarida aos paradigmas sob necessária mutação. Esta dissertação ensinou, então, como temática, a busca de evidência ou não da presença de uma “educação em saúde mental” e seu lugar na política nacional de modo a verificar prioridade ou não à difusão do saber técnico e do compromisso ético com a saúde mental coletiva. A metodologia escolhida foi um ensaio sobre as reformas sanitária e psiquiátrica; a educação e ensino na saúde; e as políticas nacionais de atenção básica, saúde mental e educação permanente em saúde, culminando com a organização e exploração de um inventário das principais práticas educativas e formativas federais apresentadas no período de 15 anos da Lei da Reforma Psiquiátrica (abril 2001 – abril 2016). A conclusão documenta uma prática responsável do gestor federal da política de saúde mental do período quanto à expansão da rede de serviços substitutivos ao modelo biomédico e manicomial (da desinternação à rede de atenção psicossocial), com crescente oferta de cursos de especialização e qualificação; residências “médicas em psiquiatria” e “integradas multiprofissionais em saúde mental”; formação e práticas em apoio matricial e institucional; desenvolvimento da proposta de supervisão clínico-institucional e escolas de apoiadores e supervisores; formação para o assessoramento e educação em redução de danos; cursos para o pessoal de nível médio (auxiliares e técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde) para a atenção em saúde mental, álcool e outras drogas; programas de reorientação da formação profissional e educação tutorial pelo trabalho, ambos com projetos em saúde mental; vivência-estágio na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) com presença na rede substitutiva e luta antimanicomial; projeto percursos formativos na rede de atenção psicossocial; atividades formativas na rede de escolas técnicas do SUS; além de iniciativas inovadoras envolvendo: Linha de Cuidado em Saúde Mental para o matriciamento, Gestão Autônoma da Medicação para a equipe de saúde e usuários, Acompanhamento Terapêutico para estudantes e profissionais de diferentes níveis de escolaridade, estratégia Telessaúde e dispositivo Comunidades de Prática. Considerado o inventário, verificou-se responsabilidade com a competência técnica e compromisso ético dos trabalhadores para com a implementação de uma política antimanicomial, o entrelaçamento saúde mental e atenção básica e um percurso de construção da atenção psicossocial ou saúde mental coletiva. A atenção psicossocial representa o paradigma contemporâneo que substitui as abordagens biomédicas e neuropsiquiátricas no tocante ao cuidado em saúde mental e, por meio da educação e formação, configura contingente estratégico na evidência de um propósito ético, técnico e político no cuidado em saúde mental, em liberdade.

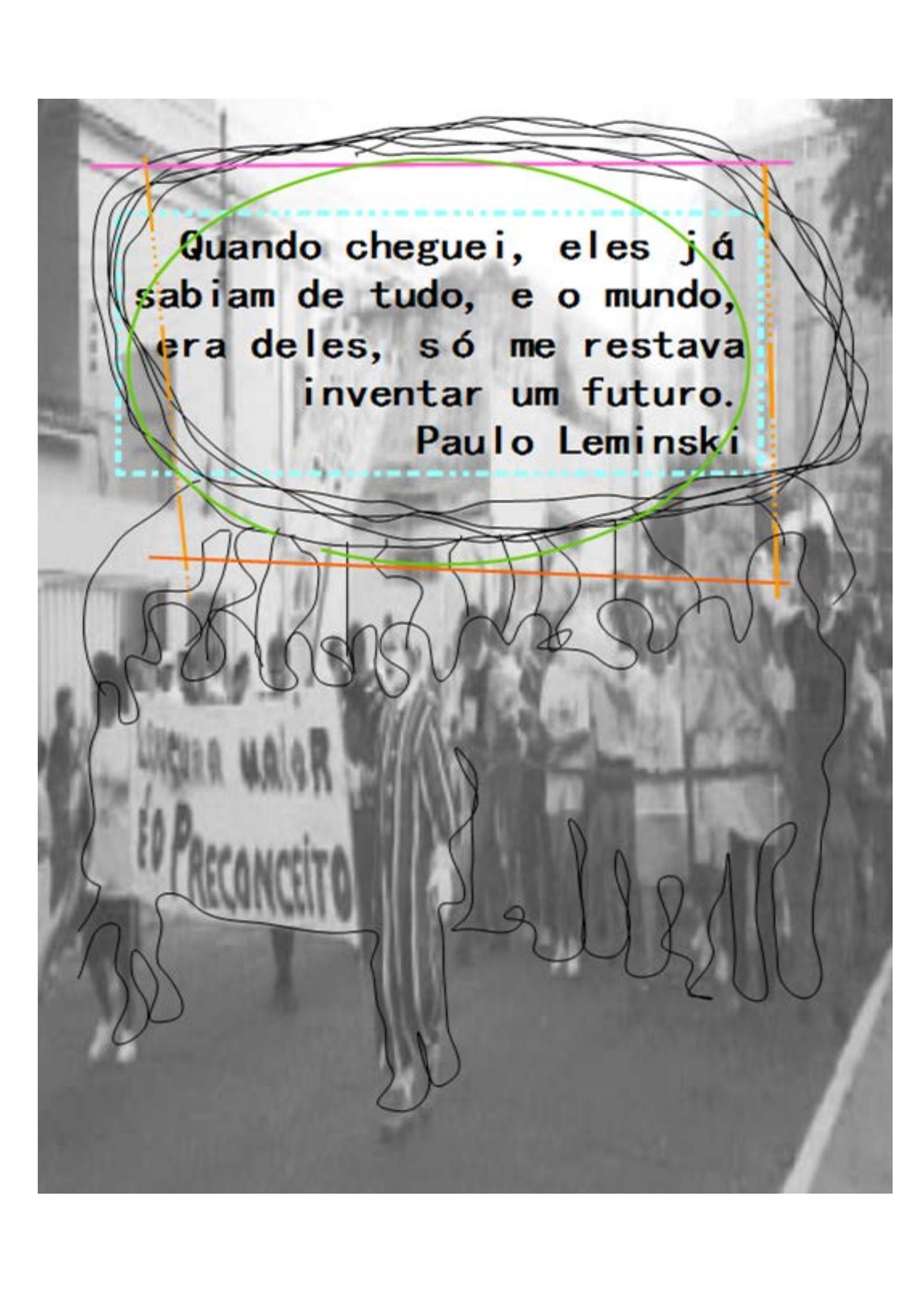
**Palavras-Chave:** Saúde Mental Coletiva, Educação Permanente em Saúde, Atenção Básica, Saúde Mental, Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica.

## ABSTRACT

This paper checks the sanitary and psychiatric reforms lived in Brazil and which have put focus on an important change in the mental health technoassistential model, introducing, in the case of mental disorders and psychic suffering, the approaches of rehabilitation and psychosocial care. Considering the outlook of "change", is possible to say, at least, about the priority of the reversion of the biomedical and asylum paradigms in favor of the basic attention and collective mental health paradigms. A project of change cannot be done without a corresponding educative and formative process, in spite of the resistance for changes in the hegemonized areas of the "modern scientific rationality" or the "medical reason" which supports the old paradigms under necessary mutation. This dissertation, therefore, is themed on the search of evidence on the presence of a "mental health education" and it's place in the national policy in order to verify priority, or not, to the diffusion of the technical knowledge and the ethical commitment with the collective mental health. The chosen methodology was an experiment about the psychiatric and sanitary reforms; the education and teachings in health; and the national policies of basic care, mental health and permanent education in health, culminating with the organization and exploration of an inventory on the main federal formatives and educational practices done on the 15 years of Psychiatric Reform Law (april/2001-april/2016). The finding documents a responsible practice by the federal manager on mental health policies on the time about an extension of the network of services surrogate to the asylum and biomedical models (from disinternation to the psychosocial care network), with increasing offer to qualification and specialization courses; Residencies in "medical psychiatry" and "integrated multiprofessional in mental health"; education and practices in Matrix and institutional support; development of the clinic-institution supervision proposal and schools of supervisors and supporters; education for advisory and education in damage reduction; courses for middle/technical level people (helpers, nursing technicians and communitarian agents of health) for the caring of mental health, alcohol and other drugs; programs of the professional reorientation and tutorial education through work, both with projects in mental health; internship-experience in the reality of the National Health System with a strong presence in the surrogate network and the Brazilian anti-asylum movement; The project of formative routes in the psychosocial attention network; formative activities in the technical school network; in addition to innovating initiatives involving: Mental Health Care Guide for Matrixing, Autonomous Management of Medication for the health workers and users, Therapeutic Monitoring for students and professionals from different scholarship levels, Telessaúde strategy and the Communities of Practice device. With the inventory considered, was possible to verify the responsibility with the technical competence and the ethical commitment of the workers on an anti-asylum policy implementation, the weaving of mental health and basic care and a course of construction in psychosocial care or collective mental health. The psychosocial care represents a contemporary paradigm that substitutes the biomedical and neuropsychiatric approaches in the mental health care and, by the means of education and formation, sets a strategic contingent in evidence for an ethical, technical and political purpose in the health care, in freedom.

**Keywords:** Collective Mental Health, Permanent Education in Health, Primary Health Care,

Mental Health, Public Health Reform, Psychiatric Reform.

A black and white photograph of a protest. In the foreground, a person is holding a banner that reads "A LINGUA MAIOR É O PRECONCEITO". The background shows a crowd of people. Overlaid on the image is a large, hand-drawn thought bubble with a thick black outline. Inside the bubble, the text "Quando cheguei, eles já sabiam de tudo, e o mundo, era deles, só me restava inventar um futuro. Paulo Leminski" is written in a simple, black, sans-serif font. The text is enclosed within a dashed cyan rectangle, which is further framed by a solid green oval. Several thin, colored lines (pink, orange, blue) cross the bubble's boundary.

Quando cheguei, eles já  
sabiam de tudo, e o mundo,  
era deles, só me restava  
inventar um futuro.  
Paulo Leminski

## **LISTA DE SIGLAS**

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

ANPEPP – Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AI – Apoio Institucional

AM – Apoio Matricial

AT – Acompanhamento Terapêutico

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CC – Caminhos do Cuidado

CFM – Conselho Federal de Medicina

CGMAD – Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas

CoP – Comunidades de Prática

DAB – Departamento de Atenção Básica

DEGES – Departamento de Gestão da Educação

EAD – Educação a Distância

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

eSF – Equipe de Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

GAM – Gestão Autônoma da Medicação

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

ICICT – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

NASF – Núcleo de Apoio à Atenção Básica/Saúde da Família

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PEAD – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas

PET-SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PET-REDES – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Ênfase Redes de Atenção

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

RET-SUS – Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

RIS – Residência Integrada em Saúde

RISM – Residência Integrada Multiprofissional em Saúde

RISM – Residência Integrada em Saúde Mental

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SCI – Supervisão Clínico Institucional

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SM – Saúde Mental

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNA-SUS – Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

VER-SUS – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

VS – Vigilância em Saúde

## SUMÁRIO

<b>Introdução .....</b>	<b>23</b>
O Aprender e a Política de Saúde Mental.....	27
Saúde Mental, Atenção Básica e Educação Permanente: reforma sanitária e reforma psiquiátrica nas políticas públicas .....	34
<b><i>Política Nacional de Atenção Básica – PNAB</i> .....</b>	<b>38</b>
A Prerrogativa da Vigilância em Saúde .....	39
A Estratégia Saúde Família – ESF .....	41
Núcleo de Apoio à Atenção Básica/Saúde da Família – NASF .....	42
<b><i>Política Nacional de Saúde Mental – PNSM</i> .....</b>	<b>43</b>
Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.....	44
Transversalidades da Atenção e Reabilitação Psicossocial .....	47
<b><i>Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS</i> .....</b>	<b>51</b>
A Estratégia Telessaúde .....	54
As Comunidades de Prática .....	55
Saúde Mental, Educação e Sociedade .....	57
Movimentos Sociais Antimanicomial.....	62
À Guisa de Inventário: o compromisso formativo e educativo da atenção psicossocial no Brasil .....	67

<b>Base de Dados</b> .....	69
<b><i>Inventário da Ação Educativa em Saúde Mental</i></b> .....	71
Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde Mental .....	72
Programa de Qualificação dos Serviços: Supervisão Clínico-Institucional, Apoio Matricial e Apoio Institucional.....	74
Ênfase nos Programas de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e Programas de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pró-Saúde e PET-Saúde) .....	78
Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial .....	81
Educação e Assessoramento em Redução de Danos .....	83
Caminhos do Cuidado.....	86
Cursos de Especialização e Qualificação para Equipe Multiprofissional em Saúde .....	87
Vivências-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), Estágios e Vivências Interprofissionais em Saúde Mental .....	89
Outras Disposições Formativas.....	91
Ensaio ao Impacto Visual: representações ilustrativas do inventário .....	97
Considerações Finais.....	101
Referências .....	106
Anexos	
Anexo 1. Nota Técnica da Opas/OMS.....	115
Anexo 2. Discurso de Osmar Terra, Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2016 .....	117
Anexo 3. Ofício Conselho Federal de Medicina e Associação Brasileira de Psiquiatria.....	119
Anexo 4. Manifesto Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia....	123

## INTRODUÇÃO

Frente aos atuais embates ideológicos e de disputa de mundos que enfrentamos em nosso estado e país, no que se refere às políticas de governo e que afetam diretamente a organização das ações e dos serviços de saúde, se torna fundamental a produção de uma reflexão teórica comprometida com a posição ética e política de defesa de um sistema de saúde efetivamente de acesso universal e capaz de integralidade da atenção. Se o acesso universal diz respeito a não discriminação, de qualquer tipo, para aceder às ações e aos serviços de que necessite qualquer cidadão em território brasileiro – nos termos em que necessite – a integralidade se refere à não dissociação dos fatores que afetam a saúde, sejam eles relativos aos aspectos bio sanitário ou aos aspectos psicossociais. Entre o acesso e a integralidade, uma agulha de precisão está na regulação promovida pelo critério da equidade, um objetivo de todo sistema de saúde que diga respeito à singularidade de seus usuários.

Estratégias concretas de renovação permanente das práticas precisam ser adotadas de modo a assumir que o cotidiano está sempre em transformação, que as equipes de saúde estão sempre em aprendizagem e que os rumos e objetivos que buscamos como profissionais e com o Sistema Único de Saúde (SUS) estão em disputa. No setor da saúde falamos sempre de duas grandes “reformas”, a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica, de ambas podemos dizer que alcançaram um certo ponto de chegada. **Quanto à primeira Reforma**, um recente sistema de acesso universal. **No que diz respeito à atenção**, embasada na equidade e na integralidade; **no que diz respeito à gestão**, embasada na descentralização e na participação. **Quanto à segunda Reforma**, a recente configuração de uma Rede de Atenção Psicossocial. **No que diz respeito à atenção**, os esforços de uma renovada luta antimanicomial; **no que diz respeito à gestão**, a organização de uma teia de suporte formativo e educativo (formação baseada no território e educação permanente em saúde). A juventude das duas reformas nos convoca esforços para não permitir retrocessos e garantir, de seus atores, os esforços necessários para o desenvolvimento e o avanço de suas propostas ético-políticas, consolidando pilares às práticas e às reflexões em consonância com suas causas e motivações, saberes intelectuais e profissionais correspondentes à construção dos melhores desfechos em uma saúde afirmativa da vida.

Portanto, aprofundar os debates sobre a construção de uma clínica da atenção básica comprometida com a integralidade e com a equidade, feita em rede e com base territorial, descentralizada e participativa, parece favorecer os sentidos das duas reformas presentes no setor da saúde. A redução das internações hospitalares por causas sensíveis à atenção básica (MENDONÇA, 2009) é uma realidade em todos os sistemas de acesso universal com expansão dos serviços de cuidados primários ou essenciais destinados à saúde pública e aos usuários individuais. Também a saúde mental, embora a carência de indicadores, é “sensível” à atenção básica e tem suas causas de internação reduzidas pela ação competente no acolhimento e terapêutica deste âmbito (MENDONÇA, 2009). No caso da atenção básica orientada por critérios de prevalência e alta resolutividade, verifica-se, no tocante ao cuidado em saúde mental, a vigência de um modelo orientado pela clínica individual do diagnóstico-prescrição e dos procedimentos biomédicos, cuja superação viria da presença de trabalhadores específicos da formação psi ou da presença contínua de serviços prontos a receber encaminhamentos “triados”. A exclusão da atenção à saúde mental na atenção básica ou a redução dessa abordagem no cuidado orientado pelas necessidades sociais em saúde remonta ao cenário de fragmentação do usuário, quando se descola os aspectos psicossociais que se relacionam à atenção integral e às singularidades, fragilizando a construção de projetos terapêuticos individuais.

Uma formação básica em atenção psicossocial contribui com a resolutividade da assistência primária em transtornos/sofrimentos psíquicos, mas também com toda a construção dos atributos de acolhimento e clínica eficaz (CECCIM, 2004; AYRES, 2009). O simples acesso ao conhecimento ou informação não corresponde à prontidão na ação de acolhimento ou ação assistencial, podendo repercutir em medicamentação, encaminhamentos em demasia (ou diverso do conveniente) e negligência (CECCIM, 2004; AYRES, 2009). O simples acesso ao conhecimento ou informação também difere de estratégias contínuas de educação em serviço, somente possíveis em uma política de área técnica que se apresente atravessada pela construção de equipes, serviços e redes. Uma “rede” de atenção psicossocial é pensada, na política nacional de saúde mental (BRASIL, 2011d), com a forte presença da atenção básica na proteção da vida, não havendo razão, diante da integralidade e equidade do atendimento, para supor a dissociação entre cuidado bio-sanitários e cuidado psicossocial. Impõe-se, portanto, pensar como construir a prontidão para o trabalho em equipe na atenção básica e na saúde mental em atenção

básica, ou aquilatar prejuízos à qualidade da atenção em saúde mental por falta de conhecimento, habilidade ou formação correspondentes à integralidade e equidade na perspectiva psicossocial. Uma noção possível à construção de equipes, serviços e redes vem da formação técnica ou intelectual e da formação para o trabalho ou o agir protagonista (MERHY, 2005) e em forte alteridade com seus usuários (ativo acolhimento e aceitação da singularidade). Se, de um lado, temos a educação dos profissionais representada pela tarefa de prepará-los e diplomá-los para, depois, colocá-los em serviço que, simplesmente por isso, seriam eficientes, de outro, temos a admitir que a fronteira entre formação e serviço é apenas virtual, que ambos são segmentos de uma linha contínua em estabelecimento de trajetórias singulares onde, portanto, o ensino é sensível à ação e a ação sensível ao ensino, não havendo prudência em aceitar uma formação que se faz em dissociação das práticas em território de vida e trabalho.

Em uma noção de preparar para depois distribuir, dever-se-ia assegurar oferta de preparação suficiente e ainda distribuição suficiente dos preparados. Além de admitir-se que chegarão aos serviços ou que vivem em territórios de vida e trabalho apenas os perfis de pessoas, grupos e situações previstas à preparação. Tratar-se-ia de crer que todos saem da preparação “prontos” para condições atuais e futuras. Outra noção é de que a prática em saúde mental é sensível aos saberes (melhor formação = melhor prática) e que os saberes provêm das práticas (maior compromisso com o fazer = maior conhecimento original), que as intervenções são concatenamentos de ação e de laços que convocam subjetividades e que compõem ativamente, em ato construtivista, equipes, serviços e redes. Novamente, não é competente crer que formações simplesmente técnico-disciplinares e corporativo-profissionais possam administrar plenamente, e de maneira isolada, o cuidado psicossocial de vidas em aberto, em subjetivação, em interação, em interface com o mundo, sob os abalos do mundo e das relações.

Esperar que os profissionais de atenção básica ou de saúde mental sejam *experts* em cuidados biossanitário e cuidados psicossociais, ou em diagnóstico/prescrição e contato com a alteridade/invenção de conexões sem um processo de equipe, educação contínua e problematização das práticas e conceitos vigentes é irrealista, idealista e, mesmo, tirano. Poder-se-ia dizer, na contraparte, que uma política de saúde mental com base na sensibilidade das equipes de atenção básica e de saúde mental à formação e educação

permanente é falsa, fingida ou enganadora, pois que ausente ou sem evidência nas políticas públicas do setor. Será?

**Essa é a pergunta desta dissertação:** se existe e como a política nacional de saúde mental fez a formação e educação permanente em saúde mental? O período escolhido foi abril/2001 a abril/2016 – 15 anos da Lei da Reforma Psiquiátrica. O trabalho de pesquisa é inicial e se propõe a identificar a ocupação das forças educativas na composição do fazer em saúde mental, a articulação e presença da saúde mental na atenção básica e a montagem da rede de atenção psicossocial orientada pela integralidade e equidade, feita em rede e com base territorial.

## O APRENDER E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Uma política de saúde mental, no bojo de uma reforma psiquiátrica, da luta antimanicomial e de transposição da reabilitação para a atenção psicossocial, precisaria prover formação e educação. Impossível incidir na qualidade do cuidado em saúde mental na atenção básica sem correspondentes processos formativos e educativos. O que experiências práticas e documentadas poderiam nos dizer? Poder-se-ia argumentar por uma redução na medicamentação, nos encaminhamentos e na negligência em saúde mental na atenção básica por causas sensíveis à educação permanente em saúde? O suposto é de que ao aprendizado correspondem processos cognitivos e afetivos, consciência e experiência sensorial, conhecimento profissional e desenvolvimento pessoal. Formação e educação poderiam seguir processos de formação “situada” e educação “permanente” em saúde (formação e educação em serviço, em ato, em causa, de fronteira entre ensino e serviço) à construção de saberes e práticas, isto é, desenvolvimento de capacidade intelectual e profissional sob estratégias didáticas condizentes com um aprender que diz respeito a um tempo de mudanças, transformações, transfigurações, mutações – de consciência, de mentalidade, de razão científica e de dimensão ética (CECCIM, 2005; PELLEGRINO, 2015).

Compreendemos que há reversibilidade na medicamentação, encaminhamentos e negligência por práticas cuidadoras de atenção psicossocial, pois há práticas de equipe sensíveis à educação permanente em saúde mental, não o abandono de profissionais e equipes aos saberes leigos, ausência de acompanhamento e negligência com sua atualização continuada. Para abordar essa questão, elaborou-se um “projeto de pensamento”, um ensaio teórico que busca enunciar a ocorrência de situações de formação e educação, evidenciando a presença de práticas de formação situada e educação permanente em saúde mental, ou seja, não o simples provimento de cargos e preenchimento de postos de trabalho na rede de atenção psicossocial. Nesta etapa de pesquisa não percorreremos tudo aquilo que experiências práticas e documentadas poderiam nos dizer, escolhemos exclusivamente os relatórios de gestão do Ministério da Saúde para a Área Temática de Saúde Mental e, complementarmente, para o Campo

Estratégico da Educação na Saúde<sup>1</sup>.

A “Formação Situada” e a “Educação Permanente em Saúde” têm se apresentado como proposta importante para pensarmos o desenvolvimento das práticas de saúde “em território” e uma clínica generalista com a presença da atenção básica e da saúde mental, seja na forma de inserir novas perspectivas aos processos de aprendizagem e formação, seja na compreensão de uma produção social da saúde (CECCIM, 2016). Quanto à atenção básica, Feuerwerker e Ackerman (2016) ou Ceccim (2004) colocam a saúde coletiva como contribuição ao desenvolvimento de competências comuns a todo o campo da saúde: promoção, prevenção e cuidado integral; tomada de decisões com base não apenas na técnica, mas na visão de sistema de saúde; busca de interações com a cultura e uso de interpretações epidemiológicas e sociais que elevam a capacidade de aprender pela experiência em coletivos e através da produção *in actu* dos processos singulares de trabalho. Quanto à saúde mental, Ceccim, Carvalho da Silva, Palombini e Fagundes (2010) colocam a atenção psicossocial como destinada ao conjunto das equipes de saúde, tendo em vista alcançar um trabalho com integralidade, equidade, responsabilidade e resolutividade.

O trânsito e a permeabilidade entre atenção básica e saúde mental – em uma perspectiva ético-política de “cuidado” ou “clínica da integralidade” – parece necessitar do desenvolvimento e fomento de competências em tecnologias leves que correspondam às demandas apresentadas por usuários “em território” (formação situada), não a destinação às especialidades (especialmente corporativas) ou a concepção de atenção psicossocial como serviço especializado ou estrato de referência secundária (segundo nível, fragmentado em uma rede de petições e compromissos). Discutir a sensibilidade da saúde mental à educação permanente na reconfiguração das práticas em saúde mental na atenção básica pode fundamentar o compromisso político com os objetivos sociais da

---

<sup>1</sup> Ao longo do período de 2001 a 2016 a gestão federal em saúde colocou a Saúde Mental e a Formação e Educação na Saúde em diferentes coordenações-gerais, departamentos e secretarias. Podem ser elencadas as designações Área Técnica de Saúde Mental (Coordenação-Geral de Saúde Mental), no período mais distante, e Área Temática de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas) no período mais recente, na Secretaria de Assistência à Saúde e depois Secretaria de Atenção à Saúde; assim como podem ser arroladas as designações de intervenção programática em Política de Recursos Humanos (Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos em Saúde), no período mais distante, e gestão da política nacional educação e formação na saúde (Departamento de Gestão da Educação na Saúde), no período mais recente, na Secretaria de Políticas de Saúde e depois Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

reforma psiquiátrica e sustentar um ensaio teórico acerca da evidência formativa na composição do trabalho em atenção psicossocial.

**Nessa dissertação, discutimos a atenção psicossocial na atenção básica, recolhendo dos relatórios de gestão do Ministério da Saúde a presença da associação entre saúde mental, formação situada (formação baseada no território) e educação permanente em saúde, buscando seus engendramentos nos processos sociais do cuidado e os pontos sensíveis desses desdobramentos para verificar o compromisso com a integralidade e equidade, sem retorno aos moldes anteriores à Reforma Psiquiátrica.**

Entendemos que há uma correlação entre o aprender e a política de saúde mental *antimanicomial*. Antes que qualquer abandono dos profissionais aos seus saberes acumulados, aos saberes científicos antecedentes ou aos saberes apropriados acriticamente da cultura biocientífica ou corporativo-profissional, um “aprender intenso” pelo contato com: as ações e serviços em território; com a área técnica mais contemporânea em ciência, política e inclusão; e com desafios de um pensamento que seja disruptor das racionalidades conservadoras, ou seja, de uma “razão médica” e uma “razão psiquiátrica” nos termos na racionalidade sanitária científica da modernidade.

A construção do conhecimento teórico e científico, historicamente, postulou-se sob a perspectiva do conhecimento legitimado, “cientificamente comprovado”. Para escrever e descrever nossa história, desenvolver nosso conhecimento e delinear caminhos para os próximos passos de nossa sociedade justificamos nossas práticas em argumentos de suposto saber. Entretanto, hoje já temos a crítica de que quando falamos em “teorias do conhecimento”, não falamos de uma materialidade concreta, mas de perspectivas teóricas e leituras de mundo que partem de epistemologias, de propostas de sujeito, de sociedades e de mundos divergentes. O desenvolvimento do conhecimento na saúde, tal qual se constituiu na sociedade moderna ocidental, demonstra o predomínio da racionalidade científica moderna (ou razão médica) como base à validação das verdades e dos métodos de sua produção (LUZ, 1988).

A retórica biocientífica impregna o pensamento e o discurso da saúde, do conhecimento às práticas, mesmo que em prejuízo do encontro com a diversidade ou com a produção de singularidades. O avanço do conhecimento na racionalidade científica moderna deve ser

entendido como o avanço de uma forma específica de racionalidade, “que funciona como estrutura epistemológica de explicação e ordenação dos seres e do mundo, e como princípio moral das relações entre os homens e as coisas, e dos homens entre si” (LUZ, 1988, p. 29). Mais do que uma forma de decifrar o mundo, a ciência moderna é uma forma de ordenação do mundo – que se faz também por estratégias de hegemonia – ou seja, instituindo como universal algo que seria da ordem do particular. Uma “razão médica” se coloca na conformação das práticas e das teorias como “enganche” ideológico, um específico paradigma do tratamento entre tantas outras racionalidades do cuidado e da cura.

A ciência moderna se fez de extrema importância para que pudéssemos apropriar-nos dos processos naturais e biológicos, mas esses não são os únicos, nem são capazes de totalização (LUZ, 2014b). Na saúde, o avanço da racionalidade científica moderna se fez como razão médica, reificando as pessoas em explicações “verdadeiras”. Podemos perceber hoje, que, mesmo tendo permitido o avanço das ideias, resta uma sensação de vazio deixada por essa episteme. A estaticidade de seus princípios e formas de ordenação da realidade não acataram diversas tecnologias e formas de interação com o mundo, que hoje são exploradas justamente por meio da quebra com a prerrogativa científica: práticas alternativas, práticas integrativas, práticas complementares, métodos caseiros, métodos educativos, métodos populares, ritos culturais e xamanismo, por exemplo, realidade profana e dimensão sobrenatural implicadas ou mescladas com as escolhas terapêuticas dos demandantes de cuidados em saúde.

A presença da educação permanente na construção do cotidiano dos serviços representaria o diálogo de saberes em situação “de uso”, em território, de forma situada e comprometida com a boa clínica. Não incluir e nem excluir, considerar e construir trajetórias com o possível da vida em criação e aceitação. Os modos de produção da verdade instrumentalizaram e codificaram as formas de nos relacionarmos tanto com o mundo, como entre nós mesmos. Em um mundo organizado pela lógica econômica capitalista, o saber não pertence apenas à ciência, mas às relações de poder, inclusive “sobre o que, e a partir de quais meios é lícito pensar” (LUZ, 2014a). Hierarquias de tecnoepistemes organizam o mundo conforme determinados interesses, para os quais se introduz estratégias de hegemonia (FOUCAULT, 2010; 2011). Falar desses atravessamentos

em nossa história e nosso conhecimento reporta aos recortes e aos contornos da realidade de serviços e dos saberes. Em nosso caso, é preciso considerar a exploração costurando nossas veias desde o período colonial; a produção da vida se fazendo em meio a extrema desigualdade social; nossas raízes pluriétnicas e culturais subsumidas em conhecimentos exteriores; as mais diversas especialidades fazendo resistência às transversalidades e impondo seus significantes. Aceitamos e rejeitamos a diversidade, a multiplicidade, a pluralidade. Concordamos e recusamos. Toleramos e nos afastamos. A produção de conhecimento científico biossanitário postulou diversos avanços que merecem ter sua importância defendida, mas, nenhuma produção científica inserida numa sociedade pode ser tratada como desvinculada das suas propostas de intervenção nessa mesma sociedade. O conhecimento científico psicossocial reivindica seu justo lugar e sua justa intercessão pela integralidade e equidade da atenção.

O projeto histórico de hegemonia, conforme Madel Luz, é “desenvolvido pelo conjunto das instituições, [é] mediado pelas instituições concretas que atravessam as instâncias (...) [da] totalidade social conceituada como Modo de Produção Social” (LUZ, 2014b). A produção científica traz proposições políticas implícitas, isso se intensifica se o saber estiver referido à sociedade, como acontece na área da saúde. A saúde como instituição tem se constituído como um conjunto articulado de saberes (calcados nas bases da episteme biomédica) ideológicos e práticos (formas de intervenção normatizadoras da vida dos diferentes grupos e classes sociais), inscrevendo como parte da estratégia de poder a hegemonia de determinados saberes, categorias profissionais e organização da vida que alicerçam a configuração do trabalho e da educação continuada para a educação mediada por capacitações teóricas ou programáticas do trabalhador em serviço.

Favorecendo os interesses do desenvolvimento do modelo e das normas vigentes a proposta de qualificação do trabalho se interpõe como ferramenta de manutenção e priorização do que deve ser estudado, trabalhado e vivido para mover o cotidiano dos serviços e do sistema de saúde. Conquanto seja necessário reconhecer nas instituições sociais tanto estratégias de hegemonia quanto estratégias de resistência, as mesmas “no coração da ordem daquilo que a ameaça”, como escreveu Luz (2014b, p. 43). Podemos pensar na educação em serviço e sua articulação entre desenvolvimento tecnológico e assistencial em saúde, demandas e pautas da população brasileira sobre atenção e

relações de cuidado e processos de subjetivação dos atores sociais do trabalho. A multiplicidade existente nos quatro cantos do nosso país, por exemplo, ou a singularidade requerida e necessária a cada atendimento e cada projeto terapêutico, não deixam dúvida sobre a necessidade de encontrarmos no campo da atenção básica e da saúde mental o olhar da integralidade e dos aspectos psicossociais referentes à adoção e à manutenção de atitudes de tratamento e promoção da saúde mais relacionadas com a invenção local ou “situada” da vida em projetos de instauração de mundos.

Sem idealizações a que se possa dizer do “impossível”, podemos pensar nos saberes da experiência, nos saberes do cotidiano, nos saberes não formalizados, nos saberes da troca, nos saberes da ressingularização das práticas que ocorrem quando nos pomos em conversa, em equipe, em uma espécie de colegiado de autogestão do nosso trabalho e, então, usar de teorias, informação bibliográfica e conhecimento técnico-científico. A saúde mental organiza (deve organizar) práticas de intervenção profissional na crise, na urgência, no sofrimento psíquico e no transtorno mental, que sejam hábeis tecnicamente ao tratamento requerido por usuários individuais, famílias e grupos, mas ela também se instaura nas entrelinhas e interfaces de todo o trabalho em saúde, não cabendo a imposição de conceitos psi para recuperar a ordem moral ou as normas biomédicas, senão os processos vivos que nos compõem.

As políticas públicas de atenção básica (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011b), de saúde mental (BRASIL, 2001; 2011d) e de educação permanente em saúde (BRASIL, 2004; 2007a), nos colocaram pistas de um processo acelerado na última década e meia (2001-2016) e pensamos que exista um trabalho em saúde mental sensível à educação permanente das equipes de saúde, que diz respeito tanto à organização de um trabalho vivo onde a formação se integra ao cotidiano em compromisso com a vida, como promove a ampla atualização em todos os sentidos da melhor clínica. Acreditamos que a experiência da última década e meia coloca materialidade para essa formulação no Brasil e no Sistema Único de Saúde. A educação permanente, a atenção básica e a saúde mental trouxeram bons e muitos exemplos.

Nos ocuparemos, à guisa de inventário, em arrolar a variedade de práticas educativas e formativas apresentadas pela política federal de saúde, de 2001 a 2016, no esforço de revelar evidência ou não de preparação ativa dos trabalhadores para a ação técnica na

rede de atenção psicossocial, buscando a concretude da atenção psicossocial dentro do Sistema Único de Saúde como projeto estruturado, sustentado e coerente com os saberes (psiquiátricos, psicológicos, psicopedagógicos e da saúde mental coletiva) que dizem respeito à boa clínica (da integralidade e da equidade).

## **SAÚDE MENTAL, ATENÇÃO BÁSICA E EDUCAÇÃO PERMANENTE: REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

A reforma psiquiátrica é considerada o processo histórico de formulação crítica e prática que teve/tem como objetivo e estratégia o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma médico psiquiátrico (TENÓRIO, 2002). No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, após o término do período ditatorial vivenciado por mais de vinte anos no país, atravessando o decênio dos meados da década de 1970 aos meados da década de 1980. A década de 1970 caracterizou-se pelas denúncias de grupos profissionais contra a “indústria da loucura”, condenada como dispendiosa e cronificadora. O sistema acolheu as denúncias e elaborou novas propostas, de todos os níveis administrativos da saúde. Foram, então, introduzidas as proposições da medicina comunitária e da medicina preventiva como estratégias de expansão do cuidado psiquiátrico à população não previdenciária (BIRMAN; COSTA, 2014).

O desafio de reversão da “cidadania interdita”, presente na internação psiquiátrica, se propõe não mais com a humanização dos ambientes hospitalares e asilares, mas com a substituição dessa alternativa por uma rede alicerçada em entendimentos de saúde, princípios e propostas de intervenção divergentes daqueles que vinham sendo realizados pela psiquiatria e medicina preventivas, nos termos da atenção à população, no modelo vigente até aquele momento. A compreensão de que a “saúde mental” elide a correlação interposta entre psiquiatria e loucura faz do cuidado psicossocial campo de especificidades e disputas, inclusão da equipe multiprofissional, inclusão de profissionais de nível superior e médio, assim como agentes comunitários de saúde, ações intersetoriais e interações sociais ampliadas. Mesmo vinte e seis anos após uma reforma sanitária que culminou com a investidura de um sistema único, de acesso universal, sob atenção integral e equânime, a saúde mental ainda vem proposta como âmbito e práticas especializadas e rede secundária (escala superior à atenção primária), “não” atenção básica, no discurso de entidades, profissionais e operadores das políticas públicas (ou seja, “medicina psiquiátrica”).

Da psiquiatria preventiva à atenção psicossocial, as reformas sanitária e psiquiátrica

passaram por diversos acordos e etapas. No caso da saúde mental: da indústria farmacêutica, dos donos de hospitais e clínicas particulares, do ressurgimento das explicações morais sobre a existência do sofrimento, via igrejas neopentecostais e da emergência de “novos anormais”, especialmente os “drogados” na imposição de uma biopolítica (MERHY, 2012) e uma biopedagogia (CABALLERO, 2015) de sequestro à vida. Principalmente no que se refere à assistência e a quem seria o prestador de serviço hábil, conhecedor das especificidades da psique humana, “capaz” de lidar com as características da sociedade, constatamos as presenças da indústria farmacêutica e do poder médico entretecendo ameaças e reversibilidade às reformas sanitária e psiquiátrica.

Em nosso país, em 1989, foi apresentado o Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica. Inicialmente possuía três principais orientações: impedir a contratação e a construção de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; direcionar os recursos públicos para a criação de serviços não manicomiais de atendimento; e obrigar a comunicação de internações compulsórias às autoridades judiciárias que deveriam, então, emitir um parecer sobre a legalidade da intervenção. Entretanto, somente em 2001, mais de dez anos depois, foi aprovado tal projeto, mas já sob a forma de substitutivo. Substitutivo ambíguo quanto ao papel e à regulação da internação, tanto que chegava a autorizar explicitamente a construção de novos hospitais e a contratação de leitos em hospitais psiquiátricos “onde não existisse estrutura assistencial” (TENÓRIO, 2002).

Ainda que em prerrogativa de “desinstitucionalização”, a “reabilitação psicossocial” se instaura antes que uma “atenção psicossocial”, uma análise genérica das reformulações ocorridas em relação a lei da reforma psiquiátrica, bem como a criação de seus subsequentes instrumentos, mostra que a saúde mental se manteve no campo da atuação psiquiátrica, não ampliando seu espectro de formulações para a sociedade no geral. Entre as estratégias elaboradas para “desterritorializar” essa hegemonia e suas implicações à rede de atenção básica, vem a inclusão da psiquiatria e das profissões psi no apoio matricial às equipes de referência primária, a expansão dos perfis de cura, tratamento e atenção psicossocial e as estratégias de formação e educação permanente em saúde mental.

As estratégias contínuas de educação em serviço de equipes, serviços e redes ou mesmo a transformação das práticas de ensino e de trabalho tendo em vista a saúde mental se

inserir nas estratégias de deriva conceitual e operacional na atenção básica e na rede de atenção psicossocial (Raps), e indicam as agendas e disputas às quais nos propomos enfrentar ao questionarmos a **sensibilidade da saúde mental à educação permanente**; e ao pôr em cheque o compromisso das disciplinas na saúde com a integralidade da atenção, projetos terapêuticos singulares e equidade da cobertura de proteção da saúde. A inquestionabilidade hierárquica, postulada pelos princípios do paradigma biomédico, atribuiu historicamente à figura do médico, assim como posteriormente aos demais profissionais da saúde, o poder de normatizar e regular a vida humana e seus comportamentos (medicalização). Ao mesmo tempo em que a medicalização da vida humana ocidental se dava por meio da regulamentação das formas de viver, a responsabilização das categorias disciplinares da saúde (profissões) para com esses “projetos” de vida nunca chegou a ser pauta de sua efetiva “formação” profissional. O engendramento de uma formação crítica, problematizadora e propositiva restava (ou – de maneira disseminada – ainda resta) protelado.

Os históricos agenciamentos sociais de segregação da loucura interpõem características simbólicas de fragmentação do acesso às redes de saúde e instauram “uma clínica medicalizadora”, que não é capaz de dialogar com as pessoas a quem oferece atendimento – singularidades, modos de produção de vida e particularidades das interações sociais – dificultando inúmeras vezes a permeabilidade da clínica às transversalidades do cotidiano. O conceito de Saúde Mental Coletiva descreve um processo construtor de atores sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer política, ciência e gestão no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo e substituindo as práticas tradicionais por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida (FAGUNDES, 2006).

A noção de Saúde Mental Coletiva faz a contração das noções de promoção da vida pelas ações de saúde em território (atenção básica) e de intervenção nos aspectos de formação de subjetividade (saúde mental), implicando cuidado em saúde e produção da existência, nesse sentido não resume a atenção em saúde mental à intervenção psiquiátrica, psicológica ou psicopedagógica de caráter individual e pautada pela díade diagnóstico-tratamento, aceitando e promovendo as inscrições em rede entre a clínica e a cultura. Na cultura estão as bases locais de produção de relações e interações, o contato com as artes

e artesanias, as ações colaborativas de grupos e coletivos, as práticas cooperativas comunitárias, a atuação ou presença em movimentos sociais e espaços expressivos, envolventes de profissionais, usuários, estudantes, familiares e representantes da cultura local, das culturas artísticas e área socioassistencial.

A ilegitimidade atribuída pela medicalização às demais práticas que não sejam comprometidas com os passos indicados pelos receituários e indicações de consultório fazem com que estas sejam tomadas como indocilidade, resistência e baixa aderência ao tratamento. Uma redução das “possibilidades de cura”, culpando os pacientes como resistentes e não-aderentes (indóceis). Há “vigilância das instituições” e “instituição da desconfiança” para o membro que não aceita prescrições e orientações profissionais sem apresentar dúvidas e reações às “regras do jogo” e às “normas institucionais”. É por meio de um processo de formação ideológica que as instituições criam ao mesmo tempo o normal e o desviante (LUZ, 2014b, p. 52) e instituem indivíduos como pacientes que querem se curar, pacientes que devem ser curados, mesmo que se oponham, e pacientes que serão especialmente curados, de modo que aprendam a aceitar o que se lhes impõe. Cabe aos pacientes o lugar de “sujeitos assujeitados”, isto é, devem adquirir uma identidade de diagnosticados e, portanto, submetidos a tratamento, não de o lugar de grupos-sujeito, ou seja, novas subjetividades em ação social de novas sociabilidades.

O consumo de saúde validado pelos princípios do paradigma biomédico e sua validação pelos discursos profissionais e da mídia ainda termina em defesa da medicalização da vida. No Brasil, algumas investidas pautadas pela introdução da saúde coletiva, em especial dentro da saúde pública e do SUS, foram realizadas na direção de romper com esse paradigma e desafiar a construção de um novo perfil à terapêutica e à promoção da saúde, assim como aos estilos de trabalho e formação. Atendimento interprofissional na saúde pública, em especial na atenção básica e na saúde mental; educação interprofissional na formação universitária e em serviço, em especial nos modos de constituir apoio, supervisão, vivências e articulação interinstitucional local/regional. Ainda que “novidades” conceituais, em saberes técnicos e em formulação de políticas públicas, estes aspectos estão postos na literatura brasileira de grupos de pesquisa consolidados (CECCIM et al, 2016a; 2016b, MERHY et al, 2016a; 2016b).

Para os fins desta dissertação, vamos observar as políticas nacionais do período 2001-

2016, tocantes à Atenção Básica, à Saúde Mental e à Educação Permanente em Saúde, para mostrar o “movente” da Reforma Sanitária (da atenção hospitalocêntrica e médico-centrada, à atenção integral à saúde) e da Reforma Psiquiátrica (da internação manicomial e da díade diagnóstico-prescrição à atenção psicossocial), assim como a emergência da noção de Educação e Ensino da Saúde (do treinamento programático à transversalização da formação com as políticas públicas e uma cidadania forte em organicidade com o Sistema Único de Saúde).

### ***Política Nacional de Atenção Básica – PNAB***

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabeleceu as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família, assim como para o financiamento correspondente. Segundo esta Portaria, a Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes da saúde das coletividades. Deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, ação dirigida a populações de territórios específicos, pelos quais assume responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território de adscrição e conexões de vida, cultura e labor. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e das necessidades de saúde de maior frequência e relevância local e microrregional, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda a demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. Portanto, são características da atenção básica um alto grau de capilaridade e descentralização.

Os princípios da política para a atenção básica são a universalidade; a acessibilidade; o vínculo; a continuidade do cuidado; a integralidade da atenção; a responsabilização; a

humanização; a equidade e a participação social. Dentre seus fundamentos e diretrizes estão: microrregionalização; acesso universal e contínuo de qualidade e desfecho resolutivo; adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de cuidado e vínculo, oferta de cuidado longitudinal; integralidade da atenção, descentralização da gestão, atendimento às necessidades sociais em saúde e participação social (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011b). A centralidade na configuração de cada família é destaque explicitado como estratégia prioritária de expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de atenção primária deverão seguir as diretrizes da atenção básica no SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui especificidades locorregionais.

#### *A prerrogativa da Vigilância em Saúde*

O conceito de vigilância em saúde, nascido na década de 1980, inverte a concepção policial de “fiscalização sanitária” para “manutenção da saúde”, uma concepção de “ações de acompanhamento e proteção das condições de vida”. Em 1990, a análise de situação de saúde incorporou a vigilância epidemiológica, definida como “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar ou adotar medidas de prevenção a doenças e agravos” (BRASIL, 2011b), e se torna uma estratégia da atenção primária à saúde. A vigilância em saúde é proposta como redefinição das práticas sanitárias que se fundamentam no princípio da integralidade, incorporando a reflexão em torno da adequação das ações e serviços aos problemas, necessidades e demandas da população. Passa-se a falar dos enfoques da promoção, proteção e assistência ao estruturar a programação em saúde: enfoque populacional (promoção); enfoque de risco (proteção) e enfoque clínico (assistência). O modelo proposto para a atenção para compor essa perspectiva de vigilância em saúde foi o da Estratégia Saúde da Família (ESF): reformulação na concepção do atendimento e na forma de oferecer esse atendimento, reformulação nos dispositivos de acesso aos serviços e enfoque no cuidado continuado, como diverso do tratamento pontual à demanda espontânea local.

A expansão da ESF ganhou impulso com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), que operacionalizou a descentralização de recursos e contribuiu à municipalização da atenção primária. Dentre os objetivos da Estratégia estavam: a prestação da assistência integral, contínua e de boa qualidade à população, elegendo a família e seu espaço social como núcleo básico da abordagem; intervenção sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; humanização das práticas de saúde, estabelecendo vínculos de confiança; e democratização do conhecimento sobre o processo saúde e doença. O conceito de vigilância em saúde inseria na atenção básica o referencial das condições de trabalho e habitação, a educação adequada, o meio ambiente saudável e a equidade no cuidado, entre outros (BRASIL, 2011b).

Os principais programas contidos na Atenção Básica não fogem à saúde pública internacional: atenção à saúde da criança; atenção à saúde da mulher; controle da hipertensão e diabetes; controle da tuberculose e controle da hanseníase, assim como a introdução da atenção em saúde bucal, o programa de saúde escolar e as ações intersetoriais em segurança alimentar e nutricional. No Brasil, o fortalecimento da Atenção Básica trouxe os dispositivos da atenção domiciliar e a estratégia de gestão do conhecimento por meio de tecnologias de informação e comunicação (Telessaúde) e por meio de aprendizagem social (Comunidades de Prática).

#### *A Estratégia Saúde da Família – ESF*

A operacionalização da ESF ocorre por meio da definição territorial da clientela, a noção de família como foco da assistência, o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar e o vínculo entre os profissionais e as famílias dos assistidos. Uma das maiores dificuldades na implementação da estratégia foi justamente a carência de profissionais para atender a essa nova realidade. Profissionais que tivessem uma formação mais generalista, capazes de atuar de forma efetiva na complexa demanda de cuidado da atenção básica. Em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) pode haver uma ou mais “equipes da estratégia saúde da família” (eSF). Cada eSF deve responsabilizar-se pela média de 600 a 1.000 famílias, com limite máximo de 4.000 habitantes. Dentre as principais atividades a serem realizadas pela ESF estão: o mapeamento das áreas de

adscrição e dos equipamentos sociais presentes nessa área (território); o cadastramento, busca ativa, planejamento e acompanhamento das famílias dessa área; o acolhimento e agendamento de atendimentos; as consultas médicas, de enfermagem ou odontológicas; a realização de procedimentos médicos, odontológicos e de enfermagem; as imunizações, inalacões, curativos, drenagens de abscesso e suturas; a administração de medicamentos orais ou injetáveis; a terapia de reidratação oral; o acolhimento de urgências básicas, médicas, de enfermagem ou odontológicas; e a realização de encaminhamentos adequados a maiores complexidades, quando necessários.

Os princípios da ESF são: 1) integralidade e hierarquização – porta de entrada com acolhimento e encaminhamentos como rede de referência e contrarreferência; 2) territorialização e adscrição de clientela – território de abrangência definido. 3) equipe multiprofissional – enfermeiro, médico geral ou médico de saúde da família, técnico ou auxiliar em enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Além destes, odontólogos, psicólogos e assistentes sociais como parte da “equipe ampliada” ou das “equipes de apoio”, conforme necessidade das microrregiões; e caráter substitutivo – substituição de práticas tradicionais assistenciais, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância em saúde, integralidade e humanização.

#### *Núcleo de Apoio à Atenção Básica/Saúde da Família – NASF*

Núcleos de Apoio à Atenção Básica/Saúde da Família (Nasf) foram criados para ampliar a abrangência e as ações da Atenção Básica, reforçando o processo de territorialização e regionalização em saúde. A principal diretriz do SUS a ser praticada por este Núcleo é a integralidade, sendo o Nasf uma estrutura vinculada à atenção primária com os seguintes pressupostos: territorialização, integralidade, participação social, promoção em saúde, humanização e educação permanente em saúde. Entre suas responsabilidades estão a definição de indicadores e metas que avaliem suas ações; ações diretas e conjuntas com a Estratégia Saúde da Família em seu território e a definição de **uma agenda de trabalho que privilegie atividades pedagógicas** (BRASIL, 2013a).

O atendimento individualizado realizado pelo Nasf deve ser feito apenas em situações

extremamente necessárias, sempre respeitando os territórios e suas responsabilidades e atribuições. A todos os profissionais desses núcleos são atribuídas as responsabilidades de: identificar as atividades, ações e práticas a serem adotadas em cada uma das áreas de abrangência; identificação do público-alvo para cada uma das ações; atuar de forma planejada e integrada com a Estratégia Saúde da Família em situações de internação domiciliar; acolher os usuários e humanizar a atenção; desenvolver ações intersetoriais de forma a integrar a saúde a outras políticas sociais; promover gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio dos conselhos locais e/ou municipais de saúde; elaborar estratégias de comunicação para a divulgação e sensibilização das atividades do Nasf, bem como material educativo; avaliar em conjunto com a ESF e os conselhos locais de saúde o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde; elaborar Projetos Terapêuticos Individuais/Singulares (PTI/S), realizando ações multiprofissionais e interdisciplinares com suporte matricial, desenvolvendo responsabilidade compartilhada, ajustando os recortes teóricos de cada profissional às necessidades dos usuários e desenvolvendo pedagogicamente projetos de “saúde no território”.

Existem 3 modalidades de Nasf: Tipo 1 – mínimo 5 profissionais com formação universitária, vinculado ao mínimo de 8 e ao máximo de 20 Equipes de Saúde da Família, exceto nos estados da região norte, onde o número mínimo passa a ser 5; Tipo 2 – mínimo 3 profissionais com formação universitária, tendo que estar vinculado ao mínimo de 3 Equipes de Saúde da Família; e Tipo 3 – atenção integral em saúde e saúde mental, prioritariamente para usuários de crack, álcool e outras drogas, na atenção básica, para municípios de porte populacional menor que 20 mil habitantes.

### ***Política Nacional de Saúde Mental – PNSM***

Em 2001, é aprovada a Lei Federal nº 10.216, que foi a primeira direcionada diretamente às questões de saúde e autonomia das pessoas portadoras de transtornos mentais após a nova Constituição Federal. Nela, ficou estabelecido que a pessoa portadora de transtorno mental passa a ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua internação involuntária; direito a ser tratado em ambiente

terapêutico pelos meios o menos possível invasivos; ser tratada, preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental; responsabilização do estado sobre as políticas e a atenção; oferecimento de atenção integral mesmo em situação de hospitalização. Dentro dessa perspectiva, foram consideradas 3 modalidades de internação, conceitualmente pautadas a partir das novas concepções incorporadas pela reforma psiquiátrica: internação voluntária – se dá com o consentimento do usuário; internação involuntária – sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiros; internação compulsória – determinada pela justiça. Ainda que remodeladas, as modalidades de internação seguiram os interesses da psiquiatria hegemônica em sua implementação prática. Qualquer das formas de internação requer autorização médica (expedida pelo psiquiatra ou por um generalista).

Na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, a formação dos trabalhadores ganhou mais visibilidade como pauta fundamental. Dentre as modificações ocorridas na década de 1990, por meio das conquistas dos movimentos de reforma psiquiátrica, destacaram-se as novas perspectivas e ideias sobre saúde e doença mental: a doença mental compreendida no contexto da existência; a clínica reconhecida como ampliada; a necessidade de financiamento público assegurado; a internação em hospital geral, não mais em hospitais psiquiátricos; a criação de uma rede de saúde mental extra-hospitalar; a criação de Centros de Atenção Psicossocial (Caps); serviços de atenção diária em “hospital-dia” (na primeira metade da década de 1990 foram inaugurados quase 100 serviços de atenção diária) e serviços residenciais terapêuticos para auxiliar na desinstitucionalização/desmanicomialização. O incentivo a leitos de saúde mental em hospitais gerais buscava não só incluir aqueles que demandam atenção psicossocial junto aos demais usuários da atenção integral à saúde, mas também, redefinir o lugar da saúde mental dentro do cuidado em saúde como um todo. Segundo dados epidemiológicos, 3% da população exige cuidados contínuos de saúde mental (BRASIL, 2001). A formação desponta como estratégia de suporte às iniciativas, à sua sustentação por práticas tecnicamente condizentes e à gestão apropriada do cuidado.

### *Rede de Atenção Psicossocial – RAPS*

A Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental (Raps) foi oficializada por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. A implementação dessa Rede tinha o objetivo de criar, ampliar e articular os pontos de atenção em saúde para as pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Para cumprir com esses objetivos, foram estabelecidas diretrizes norteadoras comprometidas com a reforma psiquiátrica e com a revisão das ideias e das práticas de cuidado dominantes, tais como: respeito aos direitos humanos, garantindo autonomia e liberdade; proteção e equidade, reconhecendo os determinantes sociais em saúde; desconstrução de estigmas e preconceitos; garantia de acesso e qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada na necessidade das pessoas; diversificação nas estratégias de cuidado; desenvolvimento de estratégias de redução de danos; base territorial e comunitária com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; rede de atenção à saúde regionalizada, com o estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; desenvolvimento da lógica de cuidado tendo como eixo central a construção de um projeto terapêutico singular; e promoção de estratégias de educação permanente em saúde.

Essas diretrizes foram dispostas com três objetivos principais: ampliar o acesso à atenção psicossocial para a população em geral; promover o acesso dessas populações aos pontos de atenção; e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde do território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências. Também foram organizados objetivos específicos, que sinalizariam os caminhos iniciais para a organização e operacionalização da nova política. Os objetivos eleitos como específicos foram: promover cuidados em saúde, principalmente aos grupos mais vulneráveis; prevenir o consumo de drogas; reduzir os danos provocados pelo uso de drogas; promover a reabilitação e a reinserção da pessoa com transtorno mental e uso de drogas; desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos; produzir e ofertar informações sobre os direitos das pessoas com necessidade de atenção em saúde mental; regular e organizar as demandas e os fluxos

assistenciais da Raps; monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção; e oferta de formação permanente aos profissionais de saúde. As estratégias de atenção e de desinstitucionalização deveriam ser orientadas na perspectiva da garantia de direitos sociais e da promoção da autonomia.

Sua operacionalização foi distribuída em 4 fases, que vão do desenho regional da Rede, com plano de ação regionalizada e colegiado de gestão (fase 1), passando pela adesão de sistemas municipais e serviços, incluindo matriz diagnóstica de serviços e redes e composição de grupos estaduais de coordenação (fase 2) e a contratualização dos pontos de atenção (fase 3), até a qualificação dos componentes por meio de estratégias de educação permanente em saúde (fase 4). Já os componentes da Raps foram agrupados como atenção primária (Unidade Básica de Saúde; Consultório na Rua; Núcleo de Apoio à Atenção Básica/Saúde da Família e Centros de Convivência), atenção especializada (Centros de Atenção Psicossocial – Caps I, II e III, Caps-AD e Caps-i)<sup>2</sup>, atenção em urgência e emergência (Unidade de Pronto Atendimento e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência); alta complexidade de caráter transitório (Unidades de Acolhimento Adulto e Infanto-Juvenil e Comunidades Terapêuticas); atenção hospitalar (leitos e enfermaria especializada); e estratégias de desinstitucionalização (Serviço Residencial Terapêutico, Programa de Volta para Casa, oficinas de geração de renda e cooperativas sociais).

Em 2013, a Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013, estabeleceu valores para o incentivo financeiro à construção de Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial, para pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Formalizava-se, assim, uma estratégia de rede de serviços para assegurar a atenção em saúde mental, segundo a proposta de cuidado em território (saúde mental na atenção básica). Além disso, formalizada a rede de atenção em saúde mental, reforçava-se o compromisso do sistema de atenção com a equidade e com a integralidade em saúde. Deve-se destacar que a novidade da atenção básica brasileira, com a reunião da assistência primária ao apoio matricial e institucional, à atenção e internação domiciliar, à gestão do conhecimento por tecnologia de informação

---

<sup>2</sup>CAPS I, II e III são referência à cobertura populacional, horário de funcionamento (diurno, 3º turno ou 24h) e regionalização da inscrição de rede. CAPS-AD é destinado ao atendimento em álcool e outras drogas e CAPS-i é destinado à infância e adolescência (também podem ser I, II ou III).

e por comunidades de aprendizagem, incide sobre a atenção em saúde mental no Brasil: rede de atenção psicossocial orgânica à atenção básica (não educação e prevenção, mas atenção integral em rede de ações e serviços de base territorial e prática intersetorial).

Para a consolidação da rede de atenção psicossocial, entretanto, a política nacional de saúde mental, não apenas absorveu os dispositivos de ação pedagógica do apoio matricial e institucional, da gestão do conhecimento por tecnologias de informação e comunicação e da aprendizagem social por Comunidades de Prática, como instituiu o desenvolvimento específico da educação em saúde mental por meio dos projetos *Percursos Formativos* e *Caminhos do Cuidado*. O projeto Percursos Formativos, lançado em 2013, visava à viabilização da “implementação de um processo de qualificação abrangente e horizontalizado nos territórios”, contando com seis linhas de ação norteadora: saúde mental na atenção básica; atenção à crise e urgência em saúde mental; saúde mental infanto-juvenil; saúde mental em álcool e outras drogas; desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. O Caminhos do Cuidado, também de 2013, representou um projeto de formação para auxiliares e técnicos em enfermagem e para agentes comunitários de saúde, tendo em vista a especificidade do pessoal de escolaridade do âmbito da educação básica e educação profissional atuante na atenção básica, para o atendimento em saúde mental e aos usuários de crack, álcool e outras drogas.

### *Transversalidades da Atenção e Reabilitação Psicossocial*

Na década de 1990 a criação de “serviços substitutivos” em saúde mental aparece como necessária resposta do Estado à “desmanicomialização” e à “não manicomialização”. Com a luta pela lei da reforma psiquiátrica e a sua aprovação, foram 30 mil leitos a menos no período de 1992 a 2005 (BRASIL, 2005b). O Estado passa à obrigatoriedade de responsabilizar-se pelo contingente populacional que estava encarcerado e controlado à base de psicotrópicos, amarras e instituições de isolamento, devendo propor ações e serviços de “reabilitação” psicossocial. Já os Caps e demais equipamentos – na condição de “rede de “atenção” – não se constituíram de forma imediata, bem como, não tiveram respaldo efetivo do Estado sem a continuidade das pressões e mobilizações sociais nesse sentido. Os Centros de Atenção Psicossocial começaram a surgir nas cidades brasileiras na

década de 1980 e passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde a partir do ano de 2002, momento no qual estes serviços experimentam grande expansão.

Os Caps foram oficialmente criados a partir da Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992<sup>3</sup>, que regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental em acordo com as diretrizes de descentralização (municipalização e regionalização), atenção integral em rede (hierarquização com encadeamento do cuidado progressivo) e participação popular (inclusive dos usuários em assembleia), conforme a Lei Orgânica da Saúde. Essa Portaria define Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (Naps/Caps) como unidades locais e regionalizadas de saúde que contam com uma população adscrita e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar; podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental e atendem a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. São serviços de saúde municipais que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e contribuindo à reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

A implantação do primeiro Caps ocorreu em São Paulo, em 1986, em meio a muitas dúvidas e problemas de adequação. É demonstrativo da necessidade de “reabilitação” psicossocial o domínio do modelo asilar. Em 1992, segundo dados do Ministério da Saúde, funcionavam no Brasil apenas 208 Caps; somente 7% dos recursos destinados pelo governo à saúde mental eram empregados em sua manutenção. Em 2001, com a aprovação da Lei Federal 10.216, cujo texto redireciona a assistência em saúde mental para os serviços de base comunitária, são aprovados financiamentos específicos para os “serviços substitutivos”. A Lei 10.216/2001 afirma a cidadania plena dos pacientes e elenca nove direitos básicos, entre os quais o da prioridade no tratamento comunitário,

---

<sup>3</sup> A Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, é da Secretaria de Assistência à Saúde, hoje Secretaria de Atenção à Saúde, acatando Exposição de Motivos de 17 de dezembro de 1991, da então Coordenação à Saúde Mental, hoje Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, à época do Departamento de Programas de Saúde, hoje do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

restringindo a internação como uma modalidade de tratamento, a ser utilizada apenas nos casos em que é indispensável. Em 2004 os recursos da saúde mental destinados à rede substitutiva chegaram a 36%, o restante continuava destinado aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005b). No ano de 2011 novos valores foram acertados para o financiamento dos Caps e a de regulamentação de componente variável de financiamento para estes serviços, tendo em vista fortalecer as estratégias territoriais e clínicas em conformidade com a complexidade da atenção. Em 2013 foram instituídos valores de financiamento mensal para os Caps III e Caps ad III, com salto no valor médio de financiamento federal dos serviços 24h. O custeio mensal dos 25 serviços residenciais terapêuticos já vinha desde 2011. Em 2012, foi iniciado o financiamento dos leitos de retaguarda clínica para os casos de sofrimento decorrente de transtorno mental e/ou do uso álcool e outras drogas e foi regulamentado o financiamento dos Serviços Residenciais de Caráter Transitório. No ano de 2013 ocorreu o aumento do valor do benefício do Programa de Volta para a Casa e houve o incremento do custeio dos Caps 24h. Neste ano também ocorreu o destaque de repasses dos Blocos de Financiamento via redes temáticas, por meio de marcação dos Planos Orçamentários específicos da Raps nos vários componentes de financiamento do SUS (atenção básica, alta e média complexidade, 26 ações e serviços de saúde mental, gestão estratégica). De 2011 a 2015 ocorreu significativo aumento nos cadastros de propostas que contemplam recursos de investimento e de custeio, envolvendo construção e ampliação de serviços, capacitação em saúde mental e reformas (BRASIL, 2015).

As diretrizes para o funcionamento dos Caps constam da Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. As equipes são compostas por médico, enfermeiro e outros técnicos de nível superior dentre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, professor de educação física, artista, pedagogo, fonoaudiólogo e fisioterapeuta, e técnicos de nível médio (oficineiros e técnicos em enfermagem). Devem prover atendimentos individuais; atendimentos em grupo; oficinas; atendimento à família; visitas domiciliares e atividades comunitárias. O atendimento em Caps inclui o fornecimento de 1 refeição por turno de acompanhamento. Quando oferecem atendimento noturno, a proposta é de que a equipe da noite seja composta por 1 médico + 1 técnico de nível superior, 3 técnicos de nível médio e 1 profissional de nível médio de apoio. O prazo máximo para permanência em acompanhamento noturno é de 7 dias corridos ou 10 dias intercalados em um período de

30 dias. Quando são específicos ao atendimento em álcool e outras drogas, podem se distinguir em Atendimento intensivo (pacientes em acompanhamento diário), semi-intensivo (pacientes com acompanhamento frequente, fixado segundo seu projeto terapêutico) e não-intensivo (pacientes em frequência menor, embora de caráter continuado).

Entre 2001 e 2015 foram instalados no Brasil 19.041. Se fosse plausível uma média anual, seriam 1.360 novos equipamentos/ano. No ano de 2016 foram instalados 2.457 novos serviços.

#### Número de CAPS em atuação, por tipo, no território nacional – 2002-2016

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
2002 a 2015	8.706	5.093	707	1.583	2.732	220	19.041
2016	1.192	506	100	229	324	106	2.457
<b>Totais</b>	<b>9.898</b>	<b>5.599</b>	<b>807</b>	<b>1.812</b>	<b>3.056</b>	<b>326</b>	<b>21.498</b>

Fonte: Coordenação Geral da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Ministério da Saúde

Como alternativa aos usuários resgatados da vivência de internação manicomial, a Reforma Psiquiátrica apresentou dispositivos a serem ofertados àqueles usuários que, em decorrência dos longos períodos de habitação em instituições asilares, perderam o vínculo familiar ou se afastaram de forma disruptiva de práticas de autocuidado e convivência social. Entre os dispositivos oferecidos, além do Caps, direciona os caminhos da política para o cuidado em liberdade, os Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRT) formam a rede substitutiva às realidades asilares e alienantes do manicômio. A partir da Reforma Psiquiátrica, a desinstitucionalização e efetiva reintegração de doentes mentais graves na comunidade passou a ser uma tarefa para o SUS em sua agenda componente da estruturação da Raps. A “reabilitação” se compõe por Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa “De Volta Para Casa” e Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos. Os SRT correspondem a casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de usuários varia de 1 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades clínicas e subjetivas de cada morador/frequentador.

Esse suporte possui caráter interdisciplinar (seja o Caps de referência, seja uma equipe da atenção básica, sejam outros profissionais) e deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas em seu coletivo. O acompanhamento a um morador, por parte desta equipe de referência, mantém-se, ainda que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado.

As SRT são fundamentalmente orientadas e organizadas a partir das diretrizes e princípios da Reforma Psiquiátrica, e foram regulamentadas em lei (Lei Federal nº 10.708, de 2003, que institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas – Programa De Volta Para Casa), e posteriormente pela Portaria nº 106/2000, do Ministério da Saúde. Até 2016, aderiram ao Programa De Volta para Casa 4.804 indivíduos e, ao final do ano mesmo ano, encontravam-se em funcionamento 489 residenciais terapêuticos. Conforme o relatório de gestão da SAS de 2016, de 2014 a 2016 foram fechados aproximadamente 5.203 leitos em hospitais psiquiátricos. Compondo ainda as estratégias de desinstitucionalização, chegamos em 2016 com a implantação das oficinas de Geração de Renda e Cooperativas Sociais que operam pela reabilitação psicossocial por meio da obtenção de recursos de manutenção da vida social, retomada da ação produtiva e construção de laços sociais que envolvem trabalho e renda.

### ***Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS***

Em 2003, o Ministério da Saúde (MS) criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). A Secretaria tornou-se responsável pela elaboração das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil. Foi dentro dessas novas propostas políticas originadas com a criação da SGTES que se encontrou espaço para o estabelecimento de novas diretrizes e formulações a respeito da formação e da educação permanente dos trabalhadores na área da saúde (CUERVO; RADKE & RIEGEL, 2015). Ainda em 2003, o Ministério da Saúde introduziu a noção de Educação Permanente à proposta nacional de uma política de educação na saúde que desse desdobramento ao atributo constitucional

do SUS de ordenar a formação de seus trabalhadores (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007a), propondo o abandono da lógica de cursos de treinamento e capacitação, sob todas as suas formas (“pacotes” de treinamento de equipes, aprimoramento de competências ou programas de evolução contínua, as concepções de formação *in company* ou *coaching* corporativo, bem como a noção de uma “universidade corporativa do SUS”) para estabelecer práticas de interação locorregional ou regionais em educação e ensino da saúde.

A Educação Permanente em Saúde passa a ser estratégia fundamental para promover mudanças no sistema de saúde, assim como para repensar as práticas formativas e educativas. Alternativas como a EPS têm se mostrado forte instrumento para legitimar a relação entre saberes e aprenderes necessários à prontidão para o trabalho, previstas inicialmente na Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que também lançou os Polos de Educação Permanente em Saúde, e, posteriormente, a Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007, que redimensionou os Polos em Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde (Cies). Mais do que uma organização gerencial, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) trouxe como possibilidade o compromisso político com a transformação de teorias em práticas e da gestão centralizada em gestão descentralizada. Independente de estratégias técnico-pedagógicas, organizativas e de gestão do SUS, a educação permanente em saúde nominou a política nacional de educação na saúde e mesmo constituiu-se em um “campo de ação estratégica” na política nacional de saúde (RODRIGUES, 2015).

No caso da saúde mental, um campo de vizinhanças se faz aí em metodologias pedagógicas como a *supervisão clínico-institucional* à rede de Caps, o *apoio matricial em saúde mental* dos Nasf às ESF, as *vivências-estágio na realidade do SUS* junto à luta antimanicomial e as *residências integradas multiprofissionais em saúde mental*. A Educação Permanente aparece – no setor da saúde – para efetuar relações orgânicas entre “ensino” e “ações e serviços”, entre “docência” e “atenção”, entre “formação” e “gestão”, entre “controle social” e “desenvolvimento institucional” (BRASIL, 2004; 2007a).

Segundo Ceccim (2005b), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde representou um impulso para a consolidação das metas de aprimoramento do SUS. A Pneps veio com objetivo de responsabilizar as três esferas de governo com o

estabelecimento de práticas de interação ensino-serviço-gestão-cidadania. A palavra escolhida para dar forma às práticas formativas e educativas, no campo da atenção, foi Integralidade. O sentido de integralidade, neste momento, vinha para que se formassem redes de cuidados progressivos, em que a atenção se desse em todas as instâncias de atendimento e por todas as profissões de saúde com o desafio do desenvolvimento da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade. A ideia da Educação Permanente em Saúde era mover quaisquer profissionais da passividade de aguardar as regras e protocolos do trabalho para assumir o protagonismo em equipe de continuamente investir em práticas mais responsáveis e mais resolutivas em cada serviço e equipe, em cada tempo e lugar. Portanto, a EPS pode ser utilizada como analisador dos processos de trabalho em seus diversos âmbitos: formação, gestão, formulação política e controle social (CECCIM, 2005a).

O trabalho interdisciplinar na EPS se propõe ao alargamento das resolutividades profissionais, mediante um tramado matricial (CECCIM, 2004), considerado necessário para a realização de projetos terapêuticos com vistas à integralidade a longo prazo. O reconhecimento da imposição social da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade coloca a EPS, então, como dispositivo de estranhamento de práticas instituídas (CECCIM, FERLA; 2009). A complexidade das situações concretas e a presença das marcas territoriais, culturais, dos saberes tradicionais e das produções de sentido ligadas aos processos saúde-doença colocam em cheque a abrangência das velhas lógicas em saúde, oportunizando estranhamento. É fundamental reconhecer que não se trata da negação da importância e da relevância do treinamento técnico, mas perceber que este já não é resposta suficiente às demandas de prontidão diante dos dilemas atuais em saúde, principalmente na relação com a atenção básica e com a saúde mental.

A Política Nacional de Saúde Mental enunciou o componente “Engrenagens da Educação Permanente em Saúde Mental” para mobilizar a interlocução entre serviços e regiões de saúde para a discussão e estudo de Projetos Terapêuticos Singulares; para desenvolver propostas de atuação dos serviços que compõem a Raps por territórios de abrangência; para articulações intersetoriais em território; e para a mudança nos processos de trabalho, de modo que considerem as dimensões de gerenciamento/gestão, de cuidado/atenção e de participação dos usuários, devendo favorecer o desenvolvimento de

parcerias inovadoras entre serviço-comunidade-usuário.

### *A Estratégia Telessaúde*

Sistemas telessaúde comportam iniciativas como informação bibliográfica; indicação das bibliotecas virtuais de acesso pela Internet; segunda opinião formativa; teleconsulta, teleconsultoria e telediagnóstico; teleducação; videoligações para interconsulta com a presença do usuário e webconferências. Representam uma importante iniciativa de educação permanente por sua condição de apoio imediato aos serviços e aos trabalhadores por meio de tecnologias de informação e comunicação eletrônica. A estratégia Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, um componente do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, tem como perspectiva a educação permanente e o desenvolvimento de ações de apoio à atenção para as equipes de Atenção Básica. O Telessaúde objetiva a melhoria da qualidade do atendimento, a ampliação do escopo de ações ofertadas pelas equipes e o aumento da capacidade clínica, utilizando-se da articulação do sistema de saúde com as instituições de ensino na qualificação das equipes e dos serviços de saúde.

Instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011, representou importante desafio do Departamento de Atenção Básica no campo do apoio à atenção à saúde e da educação permanente em saúde (BRASIL, 2011c). Essa rede foi criada para tornar disponível ao trabalhador que presta assistência, em seu dia a dia, um apoio permanente, bem como ampliar os diálogos, mesmo que virtualmente, entre equipes de trabalhadores em saúde que atuam em diferentes pontos da atenção. A aposta é que esses encontros produzam, para além das aprendizagens e troca de informação em si, pactos e compromissos que fortaleçam a responsabilização e a capacidade de promover cuidado continuado e integral, nas diversas linhas de cuidado que atravessam as redes de atenção (PINTO et al., 2014). Seu objetivo é que, através da informação, se alcance a qualificação dos serviços e as transformações práticas que podem ser proporcionadas pelos caminhos da EPS. Mediante aprendizado, espera-se ampliar as ações ofertadas pelas equipes apoiadas, gerando mudanças práticas na atenção e na organização dos processos de trabalho (PINTO et al., 2014). O Telessaúde

consiste em uma rede de serviços parceiros, em esfera intermunicipal e/ou regional, que deve ser gerenciada de forma compartilhada entre secretarias estaduais de saúde, instituições de ensino e serviços de saúde.

Existem muitas modalidades possíveis para a implementação do recurso de Telessaúde. O profissional pode acessar a rede por meio de telefonemas, teleconferências e textos publicados em um portal criado especificamente para este fim. Dessa maneira, os profissionais de todos os cantos do país podem esclarecer dúvidas coletivamente, buscar mais informações, vislumbrar soluções para problemas emergentes de sua região e descobrir alternativas executadas nas demais localidades, aumentando a qualidade dos serviços oferecidos. Sua implementação, além de depender de características estruturais da unidade (informatização, conectividade, informação aos profissionais sobre a existência do canal), também depende da condução do apoio e da rede formada entre apoiadores e trabalhadores protagonistas dessas unidades.

### *As Comunidades de Prática*

Segundo Marcolino, Lourenço e Reali (2017), a prática profissional pode ser compreendida como um fenômeno que acontece em determinado tempo e contexto, caracterizada por situações de singularidade, complexidade, incerteza e conflito de valores, que muitas vezes se distanciam da construção epistemológica da racionalidade técnica – para a qual a prática é a aplicação da teoria. Por esta razão, para as autoras, para que o profissional compreenda o que está implícito em seu processo de trabalho (crenças, conhecimentos e valores), é necessário que se envolva no processo de reflexão sobre a ação de forma intencional, atrelado ao fazer, demandando uma ação consequente em constante movimento e desenvolvimento qualitativo. As autoras entendem que as Comunidades de Prática – CoP são constituídas a partir do engajamento mútuo de pessoas interessadas em um projeto em comum, que se desenvolve pela troca de significados (tanto conhecimentos, histórias, informações, como modos de fazer) na interação entre a participação dos indivíduos e o que se produz com essa participação. Portanto, as CoP potencializam a construção de novos sentidos e novas formas de participação, sempre com o foco na prática, compreendida em sua dupla dimensão: tanto

um fazer em um contexto histórico e social, em sua estrutura e significado, como um campo de construção de reconhecimento, favorecendo identificações ou não identificações das formas de ser/fazer em saúde em cada contexto.

O projeto Comunidades de Prática, como proposta institucional ministerial, foi desenvolvido pelo Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB), em parceria com o Instituto da Atenção Social Integrada, contando com o apoio da Rede Observatório de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde e da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. Um portal foi aberto para a configuração dessas Comunidades. O projeto consistiu na oferta de uma plataforma virtual que possibilita a constituição de comunidades virtuais entre os trabalhadores e gestores da atenção básica das três esferas de governo. A partir do compartilhamento de vivências em território, discussão de casos e fóruns temáticos foi promovida a construção de espaços sensíveis à gestão e ao trabalho em saúde, capazes de romper a barreira do isolamento das experiências locais ou singulares (BRASIL, 2017a).

O projeto já congrega 7.607 relatos de experiência de todo o Brasil, colocando em conversa o pessoal “da ponta”, vinculado a qualquer lugar do país. Além dos relatos, já houve editais promovidos no interior das Comunidades de Prática que representaram o fomento à reflexão sobre o trabalho em saúde. Sete cursos foram oferecidos na forma de redes de conversa, além de diversos fóruns temáticos surgirem e movimentarem grupos de interlocutores conforme interesse dos participantes e sua capacidade de manter a atividade de aprendizagem cooperativa. Conforme consulta ao site das Comunidades de Prática, foram encontrados 3.470 relatos relacionados à prática e à reflexão da saúde mental na atenção básica. Retratando amplo desenvolvimento do debate teórico e de práxis crítica sobre o desenvolvimento das ações realizadas.

## SAÚDE MENTAL, EDUCAÇÃO E SOCIEDADE

A formação profissional em saúde era reconhecida na pauta da reforma sanitária e, posteriormente, pelo arcabouço de sustentação das diretrizes de nosso sistema único, como sendo resistente aos avanços da cidadania e não absorvendo o histórico de lutas sociais conquistadas após a Constituição Federal de 1988. Durante o fluxo da Reforma Sanitária, foram incorporados à legislação do SUS avanços nas diretrizes para a formação de profissionais, mudança curricular e reforma das diretrizes da educação universitária e profissional em saúde, abrangendo conteúdos, metodologias e propostas de inovação, além de uma agenda de transformações também para as instituições formadoras (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2003; CAMPOS, 2006; CECCIM, 2008; CECCIM; FERLA, 2009; GONZALES; ALMEIDA, 2010).

A perspectiva de mudança que nascia no berço da redemocratização do país disputava espaços concretos e simbólicos na atuação de profissionais até então instrumentalizados pela histórica lógica fragmentária e especializada das ciências biomédicas. A introdução dos aspectos psicossociais, longe de refazer essa lógica, muitas vezes foi convertida em parâmetros protocolares de humanização da assistência, não conquistando transformar a clínica e a “razão sanitária”. Nessa direção, a formação profissional exige oportunidades de educação interprofissional, maior experiência e apropriação dos sentidos da integralidade, uma consistente quebra de paradigmas e preconceitos que ameaçam a equidade e a universalidade. No caso da atenção psicossocial como rede de ações e serviços, há que se dizer que ela nasce como resultado de estudos e pesquisas que vieram colocar em cena os abusos da psiquiatria, que culminaram em isolamento e estigmatização e demonstraram a existência de uma “inflação” da categoria de transtornos mentais às condutas e comportamentos tornados moralmente inaceitáveis. O conservadorismo das instituições formadoras e do corporativismo das profissões, entretanto, ainda instila suspeita a superior qualidade da formação que se faz em equipe e em redes. Sistemáticamente os movimentos da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica são questionados pelas frações conservadoras da racionalidade biomédica e psiquiátrica, assim como das parcelas higienistas na saúde pública, excessivamente

concessivas às disputas do setor privado por vender planos e produtos assistenciais, dos interesses da indústria de medicamentos para vender soluções farmacológicas e dos movimentos de formação de crença que instituem adeptos de valores morais.

Essas práticas, somadas ao trabalho da mídia para formar opinião correspondente e não crítica, retiram de cena a saúde mental com seus processos de subjetivação e afirmam o transtorno mental e sua condição definitiva. Para os detratores, uma acusação farta é de que os profissionais não estão preparados, não foram formados, não há políticas de formação e toda prática em desacordo com a intolerância e segregação é, na verdade, falta de conhecimento ou a escolha por saberes em desacordo com a clínica, isto é, saberes leigos. Ao observarmos os desdobramentos da Política Nacional de Saúde Mental de 2001 a 2016, entretanto, verificamos a instauração de processos formativos e educativos, encontramos a introdução do ensino e educação em atenção psicossocial, assim como muitas evidências de que a abordagem psicossocial trouxe um projeto de informação e conhecimento a ser disseminado, assim como a ser explorado, ampliado, tornado pesquisa-ação e pesquisa-intervenção.

A educação permanente em saúde mental veio às políticas públicas, em primeiro lugar, sob a forma de cursos de especialização para a equipe multiprofissional em saúde, mas, depois, sob a forma de cursos de formação e projetos de extensão universitária; sob a forma, ainda nos primórdios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, de temáticas prioritárias nos Polos de Educação Permanente em Saúde e hoje com o projeto Percursos Formativos. Foram criadas e expandidas as Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde Mental (priorizadas na destinação de bolsas pelos Ministérios da Saúde e da Educação). O sistema de saúde orientou a organização do Apoio Matricial com a instalação de equipes de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família/Atenção Básica, do Apoio Institucional sob a forma de equipes assessoras de gestão em saúde mental e de Linhas de Cuidado na gestão organizacional da clínica, contribuindo para a composição das redes de atenção nos municípios. A política de saúde mental criou a “Supervisão Clínico-Institucional”, que articulou consultorias de caráter formativo aos Centros de Atenção Psicossocial e a “Escola de Apoiadores”, que mobilizou pesquisadores e universidades em estratégias formativas e educativas para o aperfeiçoamento e inovação em saúde mental. Junto com a política de educação

permanente em saúde foram introduzidas ênfases de saúde mental nos Programas de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET Saúde mental) e nos Programas de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), destinados à Educação Universitária da área da saúde; assim como a formação para os auxiliares e técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde na Atenção Básica/Saúde da Família, com a inspiradora designação de Caminhos do Cuidado. Além dessas amplas, diversas e enfáticas modalidades de educação e formação, observou-se a crescente presença dos temas da saúde mental nas Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (Programa VER-SUS), a expansão dos Estágios e Vivências Interprofissionais em Saúde Mental, como demanda dos estudantes universitários da área da saúde à organização de programas de extensão universitária e articulações do movimento estudantil, até mesmo a organização nacional de Estudantes Antimanicomiais, uma mobilização dos estudantes dos diversos cursos universitários para promover a experiência, a consciência e o engajamento em torno das questões de saúde mental.

Em que pese toda essa análise, em recente palestra do ministro Osmar Terra<sup>4</sup>, do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, na abertura do XXXIV Congresso Brasileiro de Psiquiatria, o médico dizia, aos psiquiatras brasileiros sob aplauso, que a Saúde Mental brasileira estava vivendo um retrocesso nos últimos anos, que deveria ser atribuído à entrada de outros profissionais (sociólogos, antropólogos e psicólogos sociais) no planejamento e na condução de políticas públicas para a área. Além disso, alegou que as práticas que vêm sendo instituídas como políticas, bem como a clínica realizada a partir dessas políticas não teriam fundamentação científica – sendo apenas a Psiquiatria capaz de discutir a Saúde Mental pelo patamar da ciência –, acrescentando a esta análise a informação de que essa clínica estaria sendo feita “sem conhecimento, estudo ou formação” para atender pessoas em transtorno ou sofrimento psíquico e para entender saúde mental. Apenas a psiquiatria seria a disciplina correspondente ao atendimento e conhecimento nessa área. Osmar Terra é ex-presidente da Frente Parlamentar da Saúde, atual ministro à frente de um ministério que congrega assistência social, segurança alimentar e nutricional, coordenação das ações intersetoriais de superação da pobreza, serviços de acolhimento e medidas socioeducativas, entre outras, além dos problemas

---

<sup>4</sup> Ver em: <<https://www.youtube.com/watch?v=lvZmXRZtxJc>> XXXIV Congresso Brasileiro de Psiquiatria, São Paulo, 16 a 19 de novembro de 2016 (transcrição completa no Anexo 2).

relacionados com afastamentos do trabalho e antecipação da aposentadoria por motivos de saúde ou outros. Esse ministro foi superintendente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, foi Secretário Executivo do Programa Nacional Comunidade Solidária e foi Secretário Estadual de Saúde no Rio Grande do Sul, há muitos anos envolvido com as políticas públicas de álcool e outras drogas, comunidades terapêuticas e sociopreventivismo em saúde mental na infância. Obviamente é possível dizer que, convidado ao Congresso, aplaudido em sua fala e encorajado a tais manifestações, não apresentou opinião isolada ou sem respaldo dos representantes profissionais da especialidade médica ali reunida. Por conseguinte, a entendemos situada em uma pauta de oposição à política nacional de saúde mental vigente de 2001 a 2016. Ainda que tal manifestação possa ter seus equívocos denunciados, como a de que profissionais não médicos e não estudiosos de saúde mental tenham estado a frente das políticas da área, uma vez que sempre conduzida por médicos psiquiatras e uma vez que saúde mental não é matéria de especialistas médicos, mas de estudiosos da cultura, da subjetividade e do processo saúde-doença-qualidade-de-vida, tanto mais quanto maior a complexidade das redes que tecem o mundo contemporâneo.

O que a política nacional de saúde mental fez foi arrefecer a vigência do modelo manicomial, registrou a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos, expandiu a oferta de serviços de atenção psicossocial e popularizou a noção de que a saúde mental é tarefa de todos os serviços que se ocupam da saúde em geral. No início da reforma psiquiátrica, estava a reabilitação psicossocial, prover espaços de moradia protegida fora do manicômio, prover oportunidades de geração de renda, recuperar habilidades da vida em sociedade e da vida em liberdade. Da reabilitação à atenção psicossocial e da atenção psicossocial à saúde mental coletiva.

Entre as grandes questões pendentes à reforma psiquiátrica em seu impacto na atenção básica está a compreensão da mudança nas formas de vida, a qualidade do acolhimento da diversidade, a aceitação ativa do diverso de nós, a capacidade de fazer crítica às imposições de restrição da liberdade nos modos contemporâneos de captura da subjetividade, a compreensão de uma ética das práticas, sem imposições morais e sem subserviência aos dispositivos (de plantão) da moral, além da convicção pelos direitos individuais e coletivos à liberdade, à subjetivação em liberdade e à composição de

mundos por vir, sobre os quais ainda não sabemos. Chamamos atenção, entretanto, para as correlações Saúde Mental e Educação e Sociedade porque, em que pese todo o processo das Reformas Sanitária e Psiquiátrica terem afirmado seu curso, instaurado serviços e produzido regras normativas à gestão e ao financiamento, assistimos à acusação de carência de processos formativos e educativos prudentes.

Dez anos se passaram, e o discurso de abertura proferido por Osmar Terra no Congresso Brasileiro de Psiquiatria de 2016 segue nos apontando que, mesmo com sustentação social, a reforma Psiquiátrica continuará enfrentado a resistência de um segmento de uma categoria que insiste em manter a lógica biomédica às custas da vida, da liberdade, e da subjetividade de milhares de pessoas. As recentes manifestações da Associação Brasileira de Psiquiatria, com respaldo do Conselho Federal de Medicina, por meio da “Nota Técnica sobre a Calamidade na Assistência Pública em Saúde Mental no Brasil”, publicada em 27 de abril de 2017<sup>5</sup>, dá continuidade ao debate sobre a eficácia e legitimidade do modelo de atenção promovido pela Raps. Novamente a categoria médica defende o modelo hospitalocêntrico e a centralidade do médico como único profissional capacitado ao manejo e a determinação da terapêutica a ser desenvolvida no âmbito da saúde mental.

Em maio de 2017, a Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia – Anpepp, lançou sua Nota Técnica: Por uma Vida sem Manicômios, nota em defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial<sup>6</sup>. Nesta a entidade posiciona-se a favor da continuidade da reforma psiquiátrica e da ampliação da rede substitutiva. Destaca que “o Brasil está vivendo um claro retrocesso no âmbito das políticas públicas e dos direitos sociais”, acrescentando que “em várias cidades brasileiras é possível observar movimentos sociais, entidades profissionais, cidadãos em geral, em defesa de uma sociedade mais justa e solidária”. Posiciona-se pela denúncia da violação de direitos que tal retrocesso causa. A Anpepp posiciona-se em defesa do cuidar em liberdade, porque “a liberdade é terapêutica: lutemos Por uma sociedade sem Manicômios. Desejemos uma vida sem manicômios!”

---

<sup>5</sup>Ver a nota da ABP e do CFM em <http://www.abp.org.br/porta/abp-e-cfm-divulgam-nota-tecnica-sobre-situacao-da-assistencia-publica-em-saude-mental-no-brasil> (transcrição completa no Anexo 3).

<sup>6</sup> Ver a manifestação da Anpepp em [http://www.anpepp.org.br/download/download?ID\\_DOWNLOAD=21](http://www.anpepp.org.br/download/download?ID_DOWNLOAD=21) (transcrição completa no Anexo 4).

### ***Movimentos Sociais Antimanicomiais***

A formação política desempenha papel fundamental na superação do senso comum, qualificando o conhecimento adquirido na prática da militância e oferecendo instrumentos teórico-metodológicos para que se possa compreender, na radicalidade necessária, a organização social, suas lógicas e seus movimentos contraditórios. Entendemos a formação política como uma prática reflexiva que busca desenvolver a consciência crítica por parte do usuário ou cidadão, para objetivos a serem desenvolvidos de acordo com sua necessidade ético-política e existencial. Uma breve síntese daquilo que já dito até aqui e mais alguns elementos de escopo político-social nos ajudam à tarefa final dessa dissertação e a defesa de sua necessidade.

Vem dos anos 1970 o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, um processo contemporâneo ao movimento sanitário, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. O ano de 1978 marcou o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental passa à Movimento da Luta Antimanicomial e a protagonizar a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, portanto, questionava-se a potencialidade e a extensão do discurso psiquiátrico não mais somente em seus aspectos sociais e políticos, mas também enquanto prática clínica e capacidade de resposta às demandas reais da saúde mental no País.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica (Projeto de Lei Paulo Delgado), conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A partir deste período a política do Ministério da Saúde para a saúde mental começa a ganhar contornos mais definidos. Na década de 1990 é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental e passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Caps, Naps e Hospitais-Dia, assim como as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005a). A partir dos anos 2000, corroborado e sustentado pela fiscalização popular e desenvolvido sempre mediante a força das interpelações sociais do movimento de reforma psiquiátrica, a Rede de Atenção Psicossocial se organiza através dos anos. A política nacional de saúde mental não estava alheia aos movimentos profissionais, sociais e científicos (BRASIL, 2005b). Portanto, a origem do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) no Brasil remete ao desafio de transformar a relação da sociedade e do Estado com a loucura e com a ideia de saúde e doença mental em si, bem como sua permeabilidade na sociedade de maneira geral.

Apoiada pela mídia e pela indústria farmacêutica, a psiquiatria empenhou esforços no combate ao avanço da Reforma Psiquiátrica e das respostas trazidas por ela às lacunas deixadas pelo modelo biomédico. Além destas, a explicitação das práticas excludentes e de sofrimento realizadas pelo âmbito “curativo” da psiquiatria passa a ser debatida pela sociedade de forma geral. Retirando do privilégio médico o direito exclusivo ao discurso social da saúde, em especial, da saúde mental. Goulart, em 2007, nos trazia fragmentos midiáticos desse posicionamento da categoria médica da psiquiatria (GOULART, 2007, p. 12). Em entrevista ao Jornal O Globo, em 20/07/2006, o presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, Josimar França, assim se manifestou:

(...) numa movimentação batizada de Reforma Psiquiátrica – como se a especialidade médica necessitasse de reforma – fecharam leitos em hospitais públicos, vejam bem, públicos! E posaram de salvadores da pátria para os flashes. Quem precisa de reforma é o modelo assistencial, não os médicos. Na mais recente medida em busca da união popular, atraíram a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República para a assinatura de uma

portaria interministerial que trata da saúde mental. Mais explícito o objetivo, impossível. Conseguiram oficializar a relação entre tratamento de transtornos mentais com maus-tratos!

Em resposta ao discurso de Josimar França, reunida durante o 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 1º Congresso Mundial de Saúde Pública (2006), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco (GOULART, 2007, p. 13), embasada na manifestação de trabalhadores, usuários e familiares, emite uma resposta da Saúde Mental Coletiva à sociedade:

(...) todas essas críticas à reforma psiquiátrica nos parecem oportunistas e suspeitas, pois foi a própria prática de asilamento das pessoas com transtorno mental que nos últimos dois séculos construiu o grande preconceito social em torno da loucura e impôs a internação como única saída possível para o transtorno mental. E é o Movimento de Luta Antimanicomial, inicialmente identificado como Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – com participação de psiquiatras – que nos últimos 30 anos tem lutado pela desconstrução desse preconceito junto à sociedade e como importante ator na implementação da Reforma Psiquiátrica, conferindo as pessoas com esse sofrimento o resgate de sua cidadania e a defesa de seus direitos humanos. Ao criticar a Reforma Psiquiátrica, esta parcela da classe médica parece querer evitar o questionamento de suas práticas abusivas e de sua hegemonia no campo da saúde, e em última análise, de seu poderio econômico. (...) Por uma sociedade sem manicômios!

**Esta dissertação, ainda que à guisa de um inventário, pretende demonstrar a presença do componente formação situada e educação permanente como parte de uma ação responsável em saúde mental com base no território e em favor da luta antimanicomial, tendo em vista demonstrar que não se trata de militância social, espontaneísmo das práticas, vigilância ideológica e assemelhados, mas a condução de uma política pública com educação e formação embasados em saberes científicos e saberes da prática.**

PERTO  
QUEM É  
NORMAL!

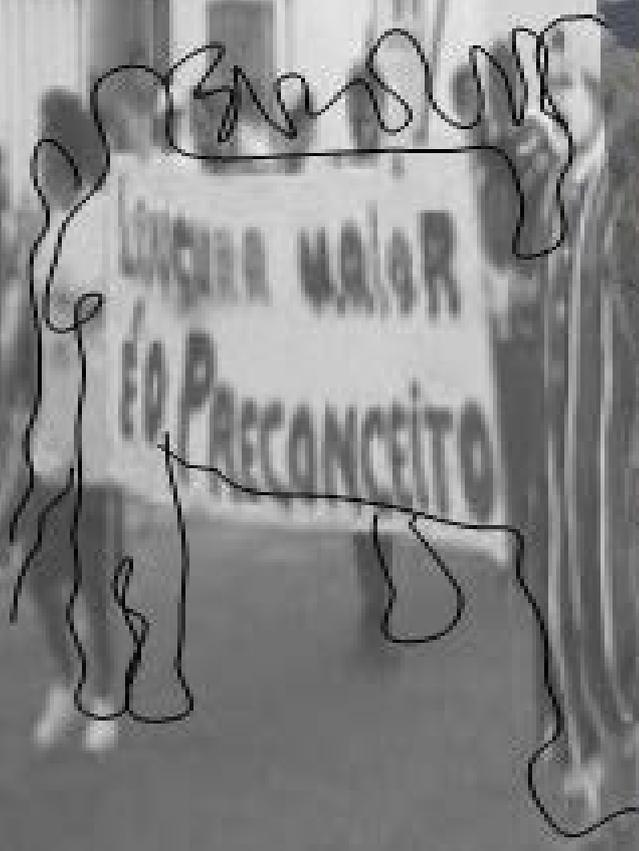
SEMANA DA LUTA ANTIHOMOFóbica  
14-18 de MARÇO

DE PERTO  
QUEM É  
NORMAL!

SEMANA DA LUTA ANTIHOMOFóbica  
14-18 de MARÇO

DE PERTO  
QUEM É  
NORMAL!

SEMANA DA LUTA ANTIHOMOFóbica  
14-18 de MARÇO



## À GUIA DE INVENTÁRIO: O COMPROMISSO FORMATIVO E EDUCATIVO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

A elaboração de um “inventário” corresponde à “enumeração e descrição”, à organização de uma “relação” ou à composição de uma “lista” que, em suma, nos ajuda a compreender um cenário, informar uma ação, subsidiar uma estratégia. Um inventário prenuncia um “agir informado”. Somente é possível realizar um inventário a posteriori, uma vez que representa o “resgate” de elementos, informes ou fatos “dados”. Com um inventário, podemos “enumerar” ou “elencar” informes àquilo que se quer fazer ver. Flores e Wagner (2014, p. 250) dizem que o inventário “remete a uma necessidade de ordem, categorização, sistematização que o pesquisador, muitas vezes, procura para organizar sua própria pesquisa ou ideias”. Também alertam que “a maneira de organizar os materiais não é única, e a escolha por uma estratégia, e não outra, diz, apenas, sobre como compreendemos e produzimos o conhecimento acerca do tema que investigamos”. Prado e Moraes (2011, p. 146) lembram que “nossos inventários (...) revelam nossas próprias contradições, limites, inconclusões, incertezas, imprecisões”. O inventário constituiria, justamente, “o produto e o processo de alguém que está em busca de um modelo que reconheça e incorpore a possibilidade de pensar o conhecimento de maneira compartilhada e complexa”, uma busca, não uma chegada. Já Caballero (2015, p. 24) coloca o inventário como estratégia de “selecionar, processar, organizar e disponibilizar informações sobre determinado universo de interesse”. Assim, o inventário permitiria “dar visibilidade a um conjunto sistematizado” de discursos, práticas e produções (artigos em periódicos, teses, dissertações, legislação, resoluções, portarias e relatos de experiência), por exemplo.

Nosso argumento até aqui foi de que as reformas sanitária e psiquiátrica levaram à saúde mental coletiva no curso do Sistema Único de Saúde, sendo a saúde mental coletiva estruturada sob o paradigma psicossocial, diferenciando-se do paradigma biomédico, instaurando-se por meio da educação em saúde mental. Esta noção de “instauração por meio da educação em saúde mental” é a noção que coloca a atenção psicossocial sustentada em práticas de formação e desenvolvimento de profissionais e sob diversas interações com as instituições formadoras, de modo a expandir as interações entre ensino, produção de conhecimento e gestão de redes, portando longe de qualquer acusação sobre uma condução desprofissionalizada, sem retaguarda formativa, sem

embasamento científico ou sem laços sociais com a educação formal (das instituições formadoras) e a educação permanente (em serviço).

Propomo-nos, então, ao levantamento de ações educativas e formativas implementadas pela Política Nacional de Saúde Mental, de 2001 (aprovação da lei da reforma psiquiátrica) a 2016 (um período de 15 anos, suposto como intervalo temporal plausível à remodelação de paradigma). Organizamos, por conseguinte, um roteiro – à guisa de inventário – que permitisse arrolar as ações de educação e formação orientadas pela mudança de paradigma. O roteiro foi simples: examinar os relatórios de gestão do Ministério da Saúde, em especial aqueles da área temática de saúde mental. Sem a pretensão de esmiuçar, esgotar ou cercar sob múltiplos ângulos as ações educativas e formativas, interessava, nesta etapa, “arrolar”. Um inventário mais rigoroso e detalhado pode suceder esta pesquisa inicial e até mesmo abrir linhas ou eixos de investigação que respondam aos desafios de saber em profundidade. Nesta etapa, não nos interessou discutir eficácia, impacto ou perfil estratégico, apenas “inventariar” ações pedagógicas: existiram? Quais ações e sob quais experiências educativas?

A primeira tarefa era localizar relatórios de gestão com abrangência do período estipulado. Existem estes relatórios? Como podem ser obtidos? A esta primeira tarefa, designamos “**Base de Dados**”. A tarefa seguinte era extrair as ações pedagógicas sob a forma de uma relação e, então, dar-lhes alguma consistência informativa, segundo os dados relatados. A esta tarefa principal designamos “**Inventário**” (da Ação Educativa em Saúde Mental). O “filtro” à extração corresponde ao nosso capítulo de “fundamentos”, isto é, atenção básica, educação e ensino na saúde e abordagem psicossocial. Quanto à atenção básica: os tópicos do cuidado em território e de promoção da saúde com ênfase nos serviços locais de unidades básicas a centros de atenção psicossocial. Quanto à educação e ensino da saúde: os tópicos da educação permanente em saúde e desenvolvimento de coletivos organizados de produção da saúde. Quanto à abordagem psicossocial: os tópicos do cuidado em liberdade, sob práticas intersetoriais e interprofissionais, com valorização da cultura e dos processos de subjetivação no contemporâneo.

### ***Base de Dados***

Foram selecionados nove documentos disponíveis na Internet, abrangentes do período completo e relacionados à ação do Ministério da Saúde, gestor federal da política nacional

de saúde mental.

### Relatórios de Gestão e Bases da Política – 2001-2016 (15 anos)

<p>1) Bases da Política e o indicativo sobre a formação – 1990-2005 (15 anos depois de Caracas)</p> <p><b>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, 2005. (Organização Pan-Americana da Saúde - Opas)</b></p> <p><a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf</a></p>
<p>2) Bases da Política e o indicativo sobre a formação – 2006-2015</p> <p><b>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental/Ministério da Saúde, 2015. (Caderno HumanizaSUS; v. 5)</b></p> <p><a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf</a></p>
<p>3) Relatório de Gestão da Saúde Mental – 2001 (1998-2001); 2000-2002</p> <p><b>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório de gestão da Secretaria de Assistência à Saúde - 1998/2001.</b></p> <p><a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_sas.pdf">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_sas.pdf</a></p> <p><b>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. O desafio de construir e implementar políticas de saúde - Relatório de Gestão 2000-2002.</b></p> <p><a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatoriodegestao_sps.pdf">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatoriodegestao_sps.pdf</a></p>
<p>4) Relatório de Gestão da Saúde Mental – 2003-2006</p> <p><b>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006.</b></p> <p><a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf</a></p>
<p>5) Relatório de Gestão da Saúde Mental – 2007-2010</p> <p><b>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010.</b></p> <p><a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatica.pdf">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatica.pdf</a></p>
<p>6) Relatório de Gestão da Saúde Mental – 2011-2015</p> <p><b>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Saúde Mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015.</b></p> <p><a href="http://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf">http://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf</a></p>
<p>7) Relatório de Gestão da Saúde Mental – 2016</p> <p><b>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão da Secretaria de</b></p>

**Atenção à Saúde – 2015-março/2016.**

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/Relat--rio-de-Gest--o-da-SAS-2015-Final.pdf>

**Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde – 2016-março/2017.**

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/Relatorio-de-Gestao-da-SAS-2016.pdf>

### ***Inventário da Ação Educativa em Saúde Mental***

A Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD), no Ministério da Saúde, em conjunto com o Departamento de Atenção Básica (DAB), da mesma Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), atuam em conjunto para muitas das ações educativas em saúde mental: estratégias pedagógicas de apoio à atenção e à gestão, cursos de qualificação (curta duração) e de formação (longa duração) para profissionais de saúde, abertura ou aumento de vagas em residências médicas e em área profissional da saúde, estratégias de interação universidade-sociedade e estruturas de suporte educativo por meio de telessaúde ou autoaprendizagem por meio de comunidades de prática. Desde o ano de 2002, o Ministério da Saúde desenvolve o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, que incentiva, apoia e financia a implantação de núcleos de formação em saúde mental para a rede pública, através de convênios estabelecidos com a participação de instituições formadoras (especialmente universidades federais), municípios e estados. A Política chegou a 21 núcleos regionais em funcionamento, realizando cursos de especialização e atualização para trabalhadores da atenção básica e dos Caps. A maior parte dos cursos de curta duração têm sido direcionados ao tema da saúde mental na atenção básica. O que não se poderá então dizer é que a Saúde Mental Coletiva no Brasil, a Luta Antimanicomial ou a Reabilitação e Atenção Psicossocial se inseriram no Brasil sem estudo, formação e educação universitária; sem retaguarda à rede ou aos trabalhadores do cotidiano; sem revisão de literatura ou sem produção intelectual; sem mobilização de docentes, pesquisadores e estudantes ou sem um projeto educativo de suporte, superação e composição de coletivos de aprendizagem ou comunidades de prática.

Entre os temas frequentes no último terço do período analisado, estavam a abordagem em álcool e outras drogas, inclusive no contexto indígena; formação do pessoal de nível médio para a saúde mental, álcool e outras drogas; formação em Apoio Matricial, com ênfase nos Nasf e para a supervisão clínico-institucional; formação em cuidado à população em situação de rua, com ênfase nos Consultórios na Rua; curso sobre Saúde Mental Indígena; curso na modalidade Educação a Distância (EAD) para a Atenção à Crise e Urgências em Saúde Mental; cursos de saúde mental infanto-juvenil e cursos sobre linhas de cuidado em saúde mental. Pode-se arrolar até mesmo cursos de capacitação em gestão de empreendimentos solidários para a saúde mental.

No relatório de gestão do ano de 2015, consta uma relação de cursos de especialização, financiados e orientados pelo Deges, entre esses, o Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem com oferta de 300 vagas para formar enfermeiros especialistas em Saúde Mental, que foi concluído em julho de 2015, com 237 profissionais titulados, e o Curso de Atualização a Distância, via Sistema Universidade Aberta/UNA-SUS, ofertado com 10.000 vagas nos anos de 2014 e 2015. Os cursos de Saúde Mental Infanto-Juvenil e Atenção à Crise em Saúde Mental tiveram seu encerramento no ano de 2015 e ofertaram 2.000 vagas cada um. O curso de atualização sobre cuidado no campo de álcool e outras drogas, ofertou 5.000 vagas até o final de 2015 e mais 3.000 vagas em 2016.

#### *Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde Mental*

Para Frichebruder, Carvalho da Silva e Cruz (2006), o aperfeiçoamento e especialização em Saúde Mental têm como objetivo proporcionar a formação de profissionais de saúde mental com elevado grau de competência técnica, por meio da formação conceitual e experimentação prática, devendo ter o território de referência como palco de ações. Tendo como eixo principal a Reforma Psiquiátrica, devem atuar com vistas à integralidade do cuidado, embasando-se nos preceitos e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que, de maneira integrada, buscam construir uma rede de atenção que estabeleça a reorientação do modelo assistencial rumo à comunidade, valorizando o respeito aos direitos humanos, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização da equipe com os usuários do sistema, incentivando, desta forma, o exercício da cidadania. Segundo os autores, a proposta de criar um programa de residência voltada para serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico vem ao encontro não só das propostas apresentadas

nas Conferências de Saúde Mental, como da Política Nacional de Saúde Mental, a qual prioriza os Centros de Atenção Psicossocial para atendimento do portador de sofrimento psíquico ou transtornos mentais. A constituição de um grupo de trabalho, em 2006, para elaborar as diretrizes das Residências em Saúde Mental, promovida pelo Deges, com a participação de assessores e consultores da Política Nacional de Saúde Mental e profissionais da rede de serviços de saúde dos municípios, buscava a implantação nacional de programas de residência e buscava aproximar as políticas de formação às realidades locais.

Durante o ano de 2007, foram regulamentados pelo Ministério da Educação, em parceria com o Ministério da Saúde, os Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental (RISMSM) dos estados da Bahia, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Ainda no mesmo ano, uma importante conquista foi a implementação da primeira residência em psiquiatria administrada diretamente por uma rede municipal de cuidados em Saúde Mental, a Residência Médica em Psiquiatria da Rede de Atenção Integral à Saúde do Município de Sobral/CE, com o apoio do Ministério da Saúde, além de Universidades Públicas (BRASIL, 2011d). Os programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental receberam impulso significativo em 2009/2010, por meio da Portaria Conjunta nº 1, de 24 de fevereiro de 2010 (BRASIL, 2010) e do Programa Nacional de Bolsas para Residências de Saúde. Seis novos Programas de Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde Mental foram aprovados. O Relatório de Gestão do ano de 2016 informa que, neste ano já estavam em vigência 201 Programas de Residência Médica em Psiquiatria, 21 Programas de Residência Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência e 54 Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental.

*Programa de Qualificação dos Serviços: Supervisão Clínico-Institucional, Apoio Matricial e Apoio Institucional*

No período de 2007 a 2010, um mecanismo de estímulo financeiro à supervisão clínico-institucional nos Caps foi ampliado para o conjunto da rede de atenção psicossocial. Neste período, 655 projetos foram financiados, entre projetos de Qualificação/Supervisão de Caps e Projetos de Qualificação/Supervisão das Redes (álcool e outras drogas). No âmbito do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, 1.066 municípios pequenos receberam recursos em 2011 para a supervisão de suas redes. Também em 2011, 27 projetos de

supervisão de redes para processos de desinstitucionalização receberam recursos (BRASIL, 2011e).

### **Supervisão Clínico-Institucional (SCI)**

A supervisão clínico-institucional propõe-se ao debate das questões clínicas e institucionais dos serviços e da rede de saúde mental. A Portaria nº 1.174, publicada pelo Ministério da Saúde em 2005, define como supervisão clínico-institucional o trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos Caps, com comprovada habilitação teórica e prática, que trabalhará junto à equipe do serviço durante pelo menos 3 a 4 horas por semana, no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do Caps e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada. Essa iniciativa resultou, sobretudo, de deliberação do I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, realizado em 2004, e que considerou os resultados da pesquisa nacional de avaliação desse modelo assistencial (GRIGOLO, DELGADO, SCHIMIDT, 2010). Na pesquisa avaliativa, ficou evidenciada a falta de acompanhamento e supervisão clínico-institucional na maioria dos Caps, em todos os estados, e também no Distrito Federal, assim como a necessidade de qualificação dos profissionais atuantes nesses serviços.

Nos últimos 5 anos, os processos de SCI dos Caps têm como um dos maiores desafios, principalmente nas regiões e cidades distantes de centros formadores, a falta de profissionais com as qualificações necessárias para atuar na função de supervisor. O projeto “Escola de Supervisores Clínico-Institucionais” passou a ser implementado em 2005, após a aprovação no I Congresso Brasileiro de Caps. A Escola de Supervisores objetiva enfrentar este problema, formando novos profissionais, qualificando a prática dos profissionais que atuam diretamente na ponta, no atendimento ao usuário, e promovendo debate, construção e avaliação permanente da supervisão clínico-institucional na rede de atenção integral a saúde mental (saúde mental, crack, álcool e outras drogas).

A proposta é de que a Escola seja um espaço de encontro frequente entre os supervisores dos Estados e Municípios, devendo integrar e potencializar a atuação de cada esfera,

promovendo a formação de um quadro de supervisores e profissionais de apoio às redes de atenção psicossocial. Além disso, deve contribuir para que esses trabalhadores costurem às redes de saúde as demais redes intersetoriais, qualificando o cuidado integral como um todo. Em 2010, foram apoiados 15 projetos de Escolas de Supervisores, que passaram a receber recursos para a realização das ações no primeiro trimestre de 2010. Em 2011, a realização da 1ª Oficina Nacional das Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais garantiu a sustentabilidade e o desenvolvimento dos projetos. Em 2011, 67 escolas foram apoiadas em todo o país (BRASIL, 2011e).

Entre os anos de 2011 e 2012 a VIII Chamada Pública para seleção de Projetos de Supervisão Clínico Institucional beneficiou 98 projetos em todo o país. No ano de 2012 foi lançada a I Chamada para Refinanciamento de Projetos de Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial e Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais, com o objetivo de financiar a continuidade de projetos que tiveram boa execução nos territórios. Como resultado desta seleção, foram repassados incentivos para a continuidade de 28 projetos de Supervisão Clínico-Institucional e 3 Escolas de Supervisores.

### **Apoio Matricial (AM)**

O Apoio Matricial objetiva assegurar a retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia para proporcionar tanto a retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (equipes de vínculo contínuo com o usuário). Essa proposta depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre uma equipe de referência e os especialistas que oferecem o apoio matricial. Suas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto entre os integrantes da equipe de referência quanto do apoio matricial. Em sua proposta metodológica, encontram-se compromissos como a “responsabilidade de condução”, que se refere à determinação de uma equipe de referência que se comprometa com a atenção de maneira longitudinal. Essa equipe tende a ser a equipe de referência microrregional onde o usuário encontra-se adscrito, conforme distribuição sanitária de seu município (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoiador matricial é considerado um “especialista” que tem um núcleo de

conhecimento e um perfil de atuação distinto daqueles dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a resolutividade na atuação da equipe responsável pelo caso. Portanto, o apoio matricial se coloca como agenciador de espaços para a comunicação ativa e para o compartilhamento do conhecimento entre profissionais e apoiadores, alterando o sentido vertical de uma regulação pelo especialista (CAMPOS, DOMITTI, 2007). O apoio matricial se coloca como suporte às possibilidades de realização da clínica individual ou de território, interdisciplinar ou em equipe. O apoio matricial deve investir pela autonomia do usuário e adaptar a adscrição da clientela valendo-se da microrregionalização das equipes de referência e da relação transversal entre serviços de saúde ou em compromisso intersetorial. A realização do apoio matricial se faz por meio de encontros regulares entre a equipe de referência e os apoiadores, quinzenal ou mensalmente, para realizar a discussão de casos, orientar condutas terapêuticas de forma conjunta e promover espaços de educação permanente onde a discussão dos próprios casos em atendimento torna-se instrumento formativo.

A utilização do apoio matricial como recurso depende da existência de espaços coletivos, ou seja, do estabelecimento de algum grau de autogestão local e de democracia institucional. Entende-se que o matriciamento só é possível dentro de equipes de trabalho em uma lógica de “trabalho protegido”, onde as práticas são promovidas coletivamente e de maneira colaborativa (CECCIM, 2005b), pois a retaguarda do matriciamento se coloca como concatenamento de um fazer coletivo às equipes. De outro lado, restaria a responsabilização profissional individual e o percurso pessoal pelos regulamentos corporativos estabelecidos em cada disciplina, não pela equipe em ato, com serviços em rede e com as redes intersetoriais.

### **Apoio Institucional (AI)**

No Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), criado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM nº 1.654, de 19 de julho de 2011, a definição de Apoio Institucional aparece como “um modo específico de fazer gestão junto a coletivos/equipes, vinculado a racionalidades que não se restringem à razão instrumental. Enquanto a supervisão opera na captura do trabalho vivo, o apoio pretende potencializá-lo, buscando de um lado auxiliar as equipes na tarefa de colocar o

seu trabalho e as suas práticas em análise e, por outro, auxiliar na construção/experimentação de intervenções. Em vez de negar ou reprimir, o apoiador institucional reconhece a complexidade do trabalho e toma os problemas concretos, os desafios e tensões do cotidiano como matéria-prima para seu trabalho” (BRASIL, 2011e, p. 46). Em documento do Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, de base para a ação de gestores e trabalhadores no âmbito do SUS (BRASIL, 2008), o Apoio Institucional é apresentado com os objetivos de fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão democrática. Busca ofertar suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, oportunizando seu fortalecimento. Enquanto o Apoio Matricial se faz entre equipe de suporte e equipe de referência, no plano da **atenção** à saúde, o Apoio Institucional se faz entre equipes gestoras locais e equipes gestoras da política de ação, dedicando-se ao plano da **gestão** de serviços e redes.

*Ênfase nos Programas de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e Programas de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pró-Saúde e PET-Saúde)*

Entre as iniciativas organizadas pelo Deges, a partir de 2009, estavam o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e, posteriormente, o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde), ambos oferecidos aos estudantes de graduação. O Pró-Saúde trazia como eixo central a integração ensino-serviço, sob o formato de inserção dos estudantes na realidade dos cenários de atuação na rede do SUS, gerando compromisso da universidade com territórios da atenção. O PET-Saúde entra reforçando esse movimento com a construção de “projetos diretos de intervenção com base em diagnóstico situacional do território”. O programa era aberto às instituições de ensino superior públicas ou privadas sem fins lucrativos, Secretarias Municipais de Saúde e/ou Secretarias Estaduais de Saúde de todas as regiões do país, selecionadas por meio de editais publicados pelo Ministério da Saúde. Articula-se por meio de equipes de trabalho compostas por tutores acadêmicos, estudantes de graduação dos diversos cursos da saúde com preceptores da rede de atenção básica (CUERVO, RADKE, RIEGEL, 2015, p. 956). A contrapartida dos serviços seria a de fornecer o suporte e a preceptoría desses novos agentes nos diversos territórios e instâncias do sistema de saúde, em paralelo com a proposta da familiarização e da problematização do

serviço e de suas práticas. Inovações e reflexões, assim como novas produções tecnológicas, deveriam surgir na academia, finalmente ultrapassando seus muros e ganhando instância junto aos serviços. Foi proposto para comprometer tanto trabalhadores como estudantes a uma formação pelos caminhos da Educação Permanente, relacionando prática, experiência e teoria para formular novas ramificações para a integração da teoria com a realidade.

A presença da instituição de ensino contribuiu, entre outros aspectos, para introduzir o componente pesquisa. Desde então, produções em pesquisa clínica, pesquisa-ação, pesquisa sobre ensino e aprendizagem e sobre a gestão dos serviços de saúde têm sido realizadas com o objetivo de qualificar serviços e rede. Ações de promoção, proteção e recuperação da saúde podem ser estudadas e desenvolvidas sob a égide da integralidade, da interprofissionalidade e, conforme as exigências de sua complexidade, pela ação profissional de diferentes especialidades.

O PET-Saúde Mental foi estruturalmente importante para a Política de Saúde Mental, isso porque ele representou um aprofundamento da relação da área com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007a). O PET- Saúde Mental tem como objetivo o intercâmbio entre Universidade e Serviços, como dispositivo de qualificação dos profissionais e formação dos estudantes da graduação na área de saúde mental. Em 2010, o programa foi ampliado e a Portaria Conjunta nº 6, dos Ministérios da Saúde e da Educação, de 17 de setembro de 2010, instituiu o PET-Saúde Mental e o PET-Saúde em Crack, Álcool e outras Drogas. Em parceria com o Ministério da Educação, o Deges, em diálogo com 65 secretarias Municipais e/ou Estaduais de saúde, apresentou projetos objetivando a formação de grupos PET no âmbito da atenção em saúde mental, crack, álcool e outras drogas. O PET-Saúde Mental aprovou, então, 80 projetos, todos dispostos com bolsas para tutores acadêmicos, preceptores das redes de saúde e estudantes de graduação para um período de execução de 2 anos. Cada grupo deste programa é formado por 1 tutor acadêmico, 3 preceptores da rede de serviços e 12 estudantes, podendo envolver os diversos cursos de graduação em saúde. Para além do intercâmbio, há objetivo de produção de reflexões acadêmicas/científicas com inserção de estudantes e produção de interrelações entre sistema de saúde e instituições formadoras. Sua contribuição se estenderia ainda a mapear quais as necessidades de transformação da universidade e da formação de maneira geral, para o atendimento das novas exigências às redes substitutivas, aos equipamentos da atenção e estratégias de gestão na

implementação da reforma psiquiátrica e implantação da Raps. Corresponde a uma das estratégias para a ampliação da resolutividade da atenção básica e sua apreensão da saúde mental (BRASIL, 2011d).

No intervalo entre 2011 e 2015, incluído nos projetos abertos a partir de novo Edital, o PET-Saúde Mental do ano de 2013 (Edital nº 14/2013, agosto/2013 a julho/2015) somou um número total de 90 grupos espalhados em todas as Unidades Federativas do país, garantindo ampla abrangência e adesão da iniciativa. Ao longo de todo o período foram 161 projetos financiados por meio do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na área da saúde mental, totalizando 90.297 bolsas. O Edital nº14/2013 somou especificamente 65 novos projetos em Saúde Mental, alcançando um total de 1.710 novas bolsas (entre estudantes, tutores e preceptores da rede) concedidas somente por este edital (BRASIL, 2016a).

#### *Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial*

Em 2013, a Saúde Mental lançou o projeto Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial, tendo em vista o desenvolvimento de projetos de Educação Permanente segundo quatro eixos de ação: a) intercâmbio profissional entre redes de atenção psicossocial; b) oficinas de integração do processo de trabalho em rede; c) desenvolvimento e execução de um plano de educação permanente; e d) circulação de saberes e experiências por meio da mediação de um profissional (chamado de componente de “Engrenagens da Educação Permanente”). Seis linhas norteadoras foram definidas para a troca de experiências e aprofundamento de conhecimentos: saúde mental na atenção básica; atenção à crise e urgência em saúde mental; saúde mental infanto-juvenil; saúde mental em álcool e outras drogas; desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Na segunda edição foi incluída uma sétima linha norteadora: atenção a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas, com ênfase nas questões indígenas. O projeto Percursos Formativos foi definido como “viabilização da implementação de um processo de qualificação abrangente e horizontalizado nos territórios”. Participaram desse Projeto 21 estados das cinco regiões do Brasil (BRASIL, 2016a).

O intercâmbio entre experiências se estabelecia por meio de módulos de formação, com

foco em uma das linhas de ação norteadoras e constituídos por uma rede receptora e cinco redes visitantes. Foram denominadas “redes receptoras” aquelas que desenvolveriam propostas e estratégias de intercâmbio no seu território, favorecendo a troca de experiências profissionais, e “redes visitantes” aquelas com interesse em aprimorar e aprofundar as experiências e conhecimentos relativos a uma das linhas de ação e cujos profissionais participariam da experiência de intercâmbio de 160 horas na rede receptora de referência em seu território. Dentre os estados que compunham as redes receptoras, participaram da primeira chamada municípios dos estados de MG, do RS, de SP e de PE; dentre os municípios que participaram como redes visitantes, houve uma abrangência dos estados da BA, de MG, do PI, do RS, do RJ, do CE, do TO, de GO, do PA, do MS, de RR, de SC, da PB, do AC, do PR e do AM. Na primeira chamada, de 2013, as redes receptoras receberam 20 profissionais de cada município visitante, apresentando propostas e estratégias desenvolvidas por meio de práticas em seus territórios. Cada uma das redes visitantes ofertou uma oficina de integração para trabalhadores, gestores e usuários em seu território, com a participação da rede receptora.

O componente de Engrenagens da Educação Permanente se traduziu na ativação das Redes para: discussão e estudo de Projetos Terapêuticos Singulares – PTS; propostas de atuação dos pontos de atenção; articulações com o território e dos processos de trabalho, considerando as dimensões da gestão e da clínica na perspectiva institucional e intersetorial, fortalecendo o itinerário do usuário no território e, sobretudo, fomentando e apoiando o desenvolvimento e transferência de tecnologias inovadoras entre serviço-comunidade-usuário. A vivência de intercâmbio entre experiências envolveu profissionais em oficinas de integração da rede de atenção psicossocial sobre o processo de cuidado, foram realizadas na totalidade das redes visitantes e usuários, familiares, trabalhadores e gestores de diferentes pontos de atenção da RAPS e da rede intersetorial dos municípios/estados.

Entre os anos de 2014 e 2015 foram realizadas as etapas de intercâmbio entre experiências e oficinas de integração nos territórios e no ano de 2016 foi articulada a execução do componente de engrenagens da educação permanente, bem como a implementação das ações pactuadas nos planos de formação. No 2º semestre de 2015 foi lançada a II Chamada dos Percursos Formativos na RAPS e consolidadas 12 redes receptoras para 48 redes visitantes, não tendo sido efetivada a linha de percurso formativo indígena (BRASIL, 2016a). Em 2016 transcorreu a 4ª e última fase do Projeto

Percursos Formativos na RAPS, ainda desdobramento da 1ª chamada. A ação de “Engrenagens em Educação Permanente” selecionou 15 (quinze) tutores e 91 ativadores de redes intra e intersetoriais para colaborar no desenvolvimento e execução dos Planos Municipais de Educação Permanente produzidos durante o intercâmbio e oficinas de integração dos Percursos Formativos seguindo a organização por módulos e linhas de ação (BRASIL, 2017b).

Atualmente, no âmbito dos percursos formativos, foi realizado o acompanhamento do projeto “Engrenagens da Educação Permanente” em 12 municípios em diferentes Unidades Federativas do País, sendo estes: Barbacena, Coronel Fabriciano, Ipatinga, Ouro Preto e Uberlândia, em Minas Gerais; Recife, em Pernambuco; Boa Vista, em Roraima; Iguatu, no Ceará; Campo Grande, no Mato Grosso do Sul; Salvador, na Bahia; Belém, no Pará e São José do Rio Preto, em São Paulo. Estas formações estão diretamente envolvidas com o eixo de saúde mental da infância e adolescência. Dentre os participantes, uma equipe multiprofissional foi reunida para compor uma proposta de adaptação do “Quality Rights”, da Organização Mundial da Saúde (OMS), para os equipamentos que atendem ao público infanto-juvenil (BRASIL, 2017b). Observa-se uma preocupação objetiva com o atendimento à área de álcool e outras drogas, infância e adolescência, urgência e crise.

### *Educação e Assessoramento em Redução de Danos*

A Redução de Danos representa um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, a redução de danos focaliza a prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; assim como tem como população focal, sujeitos que mantêm a utilização de substâncias. A Redução de Danos ganhou maior dimensão depois do reconhecimento da ameaça da disseminação do HIV entre e a partir de pessoas que usam drogas. Entretanto, propostas similares vinham sendo usadas por mais tempo e em outros contextos para uma série de outras drogas (IHRA, 2010). A educação e assessoramento em redução de danos se refere a políticas, programas e práticas que visam qualificar profissionais e redes de atenção básica ou redes de atenção psicossocial na redução das consequências adversas para a saúde, bem como sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo, beneficiando as pessoas que usam drogas, suas famílias e a comunidade. As

intervenções de Redução de Danos para drogas são baseadas num forte compromisso com a saúde pública e os direitos humanos. As intervenções de Redução de Danos são pragmáticas, possíveis, efetivas, seguras e custo-efetivas. A Redução de Danos tem o compromisso de embasar suas políticas e práticas na mais forte evidência científica existente. A maior parte das ações de redução de danos são consideradas de baixo custo, fácil implementação, e apresentam um alto impacto na saúde individual e comunitária (IHRA, 2010).

A baixa demanda de acesso dos serviços da rede pública de saúde pela população usuária de álcool e outras drogas em situação de extrema vulnerabilidade e exposição levou o Ministério da Saúde a transformar suas propostas de abordagem para a situação. Passou-se a trabalhar abordagens *in loco*, consideradas mais eficientes nas ações preventivas, de promoção da saúde e de cuidados clínicos primários. Além de considerar a preservação do contexto sociocultural das populações, essa oferta de cuidados no próprio espaço da rua vem mostrando resultados satisfatórios e de amplo alcance social (BRASIL, 2011e), contribuindo para a ampliação do acesso aos cuidados da rede SUS.

Potencializando as ações voltadas para usuários de álcool e outras drogas, em novembro de 2009, a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas criou as “Escolas de Redutores de Danos” – dispositivo voltado para a capacitação teórica e prática de segmentos profissionais e populares. Criadas no contexto do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) e nos termos da Portaria GM n.º 1.059, de 04 de julho de 2005, as Escolas foram implementadas, primeiramente, em 13 municípios: Campinas, Niterói, São Bernardo do Campo, Recife, Aracaju, Uberlândia, Brasília, Rio de Janeiro, Itabaiana, Lagarto e Nossa Senhora do Socorro (estes três últimos, no Estado de Sergipe). Foi considerado que o aumento dos dispositivos da rede de saúde e a demanda pelas ações de Redução de Danos provocaram a ampliação das escolas de redutores de danos nas demais regiões do país em 2010, viabilizadas através dos recursos do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack.

Ao final de 2010, já estavam disponibilizadas 58 Escolas de Redutores de Danos financiadas pelo Ministério da Saúde para a formação teórica e prática de profissionais que atuariam na rede de atenção em saúde mental, superando a abordagem única da exigência da abstinência, ofertando ações de promoção, prevenção e cuidados primários

intra e extra muros institucionais na saúde pública. Cada Escola de Redutores de Danos concede bolsas de formação e programa de capacitação organizados segundo o esquema de 1 tutor para cada 8 redutores em formação. No intervalo entre 2007 e 2010, foram formados 1.044 novos redutores de danos pelo SUS (BRASIL, 2011e). No ano de 2012, com o objetivo de financiar a continuidade de projetos que tiveram boa execução nos territórios, mais 7 escolas de Redução de Danos receberam novos incentivos financeiros para subsidiar a continuidade de suas atividades em território (BRASIL, 2016a).

De acordo com o relatório de Gestão de 2015, da Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2016b), outras estratégias formativas foram adotadas para o incremento de ações sob a perspectiva da RD: o lançamento do Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas, inserção de capítulo no livro do Curso de Prevenção dos Problemas Relacionados ao Uso de Drogas, destinado a conselheiros de saúde e lideranças comunitárias; inserção de conteúdo na campanha de promoção da saúde no SUS - Política Nacional de Promoção da Saúde, como incentivo à redução do consumo de álcool e outras drogas. Em ação do Deges para a saúde mental (política nacional de educação permanente em saúde), em parceria com a UFSC, de acordo com o Relatório de Gestão referente ao ano de 2016 da SAS, deu-se continuidade a 02 edições do curso EAD “Álcool e outras drogas: da coerção a coesão”, orientando as práticas para a RD, formando um contingente de 3.000 trabalhadores (BRASIL, 2017b).

### *Caminhos do Cuidado*

O Caminhos do cuidado foi uma atividade formativa de destinação específica aos trabalhadores da saúde de nível médio, como os auxiliares e técnicos em enfermagem e os agentes comunitários de saúde. O programa Caminhos do Cuidado estava direcionado à atenção à saúde em crack, álcool e outras drogas e foi desenvolvido com a abrangência da saúde mental. Transcorreu entre os anos de 2013 e 2015, articulado pelo Deges com a CGMAD, e executado pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz – ICICT/Fiocruz com Grupo Hospitalar Conceição – Escola GHC em parceria com a Rede de Escolas Técnicas do SUS – RET-SUS em todo o País. Segundo o Relatório de Gestão da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, referente ao intervalo 2011 e 2015, o projeto constou entre as prioridades da Presidência da República no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (BRASIL,

2010). Sua execução pressupunha densa articulação com as Escolas Técnicas do SUS e a rede local e intersetorial de saúde dos municípios. O projeto colocou em interlocução as áreas de Saúde Mental, Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde dos três entes federativos.

Lançado em outubro de 2013, a fase de formação foi concluída no final do ano de 2015, com oferta de capacitação 292.196 profissionais de saúde, compreendendo a totalidade dos ACS atuantes no SUS. Estão em andamento análises para viabilidade do programa junto a outros profissionais da saúde, assim como, encontra-se em andamento a organização de um observatório, que reunirá tecnologias e metodologias para aproximar, cada vez mais, a Atenção Básica, Saúde Mental e Educação Permanente em Saúde, visando melhorar a atenção ao usuário e seus familiares na rede de Atenção Básica no tocante à saúde mental, álcool e outras drogas (BRASIL, 2016a).

A proposta do Caminhos do Cuidado estava bastante integrada às concepções da Redução de Danos, contemplando as políticas nacionais em saúde mental e de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. O propósito do Caminhos do Cuidado fundamentava-se em “desmistificar” a relação dos serviços de saúde e de seus trabalhadores com os usuários de drogas, de forma a compreender suas necessidades de saúde, possibilitar escuta e acolhimento, promover autonomia e alteridade. A discussão e formação no Caminhos do Cuidado deu ênfase à RAPS, ao cuidado em território, incluída a população de rua, e à garantia de direitos sociais e de cidadania aos usuários de crack, álcool e outras drogas. O processo de formação fomentou a discussão dos atores da rede de saúde e das escolas técnicas do SUS, identificando e ampliando as ferramentas e o papel dos ACS e dos Auxiliares e Técnicos em Enfermagem para a melhor mais eficaz intervenção de saúde mental em território (TORRES, et al. 2016).

#### *Cursos de Especialização e Qualificação para a Equipe Multiprofissional em Saúde*

Dentro do período estudado na presente pesquisa, diversas iniciativas foram encontradas, desde cursos de especialização propriamente ditos, até experiências de capacitação e formações em equipes multiprofissionais com enfoque na atenção psicossocial e saúde mental coletiva. As formações podem envolver o pessoal de nível médio ou o pessoal de educação superior, podem ser presenciais ou em EAD, podem envolver as instituições de ensino superior ou as escolas técnicas do SUS, podem ser por categoria profissional ou multiprofissionais. Uma característica em ascensão no período de 2001 a 2016 é que

crecem os cursos que têm em vista a equipe de saúde e o trabalho em equipe dos profissionais de saúde.

Segundo o Relatório de Gestão da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), dos anos de 2000-2002, foi no ano 2000 que foi instituída a Rede de Escolas Técnicas de Saúde do SUS – RET/SUS (Portaria GM nº 1.298/2000), tendo como principal objetivo o fortalecimento da formação dos trabalhadores de nível médio para a área de saúde, visando ainda o compartilhamento de informações e conhecimentos, a busca de soluções para problemas de interesse comum, a difusão de metodologias e de outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica e a articulação das instituições formadoras de nível médio em saúde com o propósito de ampliar a capacidade de atuação dessas instituições, em sintonia com as necessidades ou demandas do SUS (BRASIL, 2002c). Existem 40 escolas vinculadas a esta Rede, distribuídas em todas as Unidades Federativas. Como resultado da instituição da rede, foram encontrados 228 relatos de experiência e publicações de forma geral relacionadas à temática da Saúde Mental. Entre estes, também foram encontradas notícias e divulgação sobre espaços de aprimoramento e qualificação para os profissionais da atenção básica e da rede de atenção psicossocial. Para além das iniciativas da Rede de Escolas Técnicas do SUS, ainda no ano de 2000, o Departamento de Atenção Básica (então na SPS) registrou a realização de 281 cursos de capacitação dos profissionais das eSF na área de saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2002c).

Segundo o Relatório de Gestão da Coordenação Geral de Saúde Mental, no período de 2003 a 2006, no campo da saúde mental, estiveram em vigência 21 Núcleos Regionais realizando cursos de especialização e atualização para trabalhadores da atenção básica e dos Caps, alcançando profissionais de 15 estados. As médias referidas pelo relatório informam que, por ano, cerca de 1.500 profissionais participaram de cursos de longa duração (mais que 360 horas) e aproximadamente 6.000 trabalhadores de diferentes níveis de escolaridade fizeram pelo menos 1 curso de curta duração (maior que 40 horas) com ênfase na formação em saúde mental. Em 2006, permaneciam em atividade 22 cursos de especialização e dezenas de cursos de capacitação tendo por foco a implantação e qualificação de serviços substitutivos. Nos dois últimos anos deste período, a maior parte dos cursos de curta duração esteve direcionado ao tema da saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2007b).

No relatório anual de gestão da SAS, referente ao ano de 2015, são elencadas como atividades direcionadas à formação e à educação permanente dos trabalhadores da saúde a realização de cursos de atualização a distância via Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Foram ofertadas, entre os anos de 2014 e 2015, 10.000 vagas. Os cursos de saúde mental infanto-juvenil e atenção à crise em saúde mental tiveram seu encerramento no ano de 2015 e ofertaram 2.000 vagas cada um. O curso de atualização sobre cuidado no campo de álcool e outras drogas ofertou 5.000 vagas até o final de 2015 e encontra-se com processo de inscrição aberta para oferta de mais 3.000 vagas em 2016. Também foi realizado um curso de especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem com oferta de 300 vagas para formar enfermeiros especialistas em saúde mental. O curso foi concluído em 2015, com 237 profissionais titulados (BRASIL, 2016b).

*Vivências-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS, Estágios e Vivências Interprofissionais em Saúde Mental)*

Iniciativas de “vivências” na realidade do SUS são oferecidas aos estudantes dos cursos de graduação em saúde, tendo em vista o contato com as práticas de “coordenação da atenção e suas redes”. Essas iniciativas têm suas bases fundamentadas nos princípios da Educação Permanente em Saúde e da Atenção Básica, promovendo o contato dos estudantes com o cotidiano do trabalho em saúde, como ocorre nos estágios da graduação, mas organizados por comissões interinstitucionais com representação estudantil. A noção de experimentação em campo, mas diversa da noção de estágio curricular, deu origem à designação “vivência-estágio”. O campo de experimentação sendo a “coordenação da atenção e suas redes”, deu origem à designação “na realidade do SUS. A proposta pretende estimular o pensamento crítico acerca da organização do trabalho, da gestão dos serviços e da condução da sua formação, sob a designação Vivências-Estágio da Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS). O pano de fundo das vivências-estágio é influenciar o pensamento em favor da adesão afetiva ao SUS e a mudança na formação profissional pelos princípios e diretrizes do SUS. As vivências-estágio se popularizaram no Brasil ao longo dos anos de 2002 a 2015, primeiro com experiências isoladas e, a partir de 2004, de maneira nacional, com articulação das áreas de educação permanente em saúde e de atenção básica nas três esferas de governo,

sempre buscando a coincidência com as férias universitárias (FERLA et al., 2013).

O projeto VER-SUS/Brasil realizado em 2004 contemplou 19 estados brasileiros e 1.067 estudantes. Em 2012, na edição de verão, em torno de 70 municípios se envolveram com a experiência, foram mais de 3.400 estudantes de 63 cursos de graduação. Deste total de estudantes, 726 se inscreveram para desempenharem a função de facilitador. Já para a edição do inverno foram 114 municípios, 4.025 estudantes, 656 estudantes com função de facilitador. O projeto VER-SUS do verão de 2013 envolveu 23 estados brasileiros, 2.144 estudantes, 49 cursos de graduação. Nesta edição, 793 estudantes se inscreveram para a função de facilitador, de 38 diferentes cursos de graduação e 25 estados brasileiros. Ao todo, foram mobilizados nesta atividade específica, 280 apoiadores locais. Na edição do inverno de 2013 foram 1.057 participantes. Não foram encontrados dados referentes aos contingentes de participantes das edições de 2014, 2015 e 2016, mas o mais importante aqui é assinalar que, como estratégia de mobilização, os temas da promoção da saúde mental, redução de danos e luta antimanicomial ganhou destaque. Neste espaço, sujeitos de todo o país implicados com o projeto tiveram a oportunidade de trocar experiências e discutir os temas pertinentes à atenção psicossocial. O balanço das atividades tem sido positivo por ajudar a mobilizar mais atores e mais protagonismo local (FERLA et al. 2013).

Dentre as ferramentas de enfrentamento da permanência e progressão das dificuldades vividas na prática em saúde, em específico em saúde mental, como uma formação de graduação que reproduz a visão centrada nas técnicas biomédicas, no imaginário de um setor privado mais bem sucedido na clínica e no valor corporativo das profissões, o VER-SUS venho compor possibilidades de experimentação e ressignificação do fazer e do cuidado em saúde mental no cotidiano da realidade do sistema de saúde brasileiro. Sua proposta proporciona a aproximação interdisciplinar e multiprofissional a estudantes de graduação, das diversas áreas da saúde, ao cotidiano e a realidade atendida pelo SUS em todos os cantos do país. Da mesma forma, permite o intercâmbio de experiências e a transversalização de saberes entre profissionais e acadêmicos.

O engajamento de estudantes junto à rede de Caps e movimentos de usuários, a adesão de estudantes com esta pauta nas candidaturas à facilitação demonstram que a formação de profissionais da área da saúde é uma questão fundamental para a sustentação de mudanças na política de atenção básica e de saúde mental, assim como na defesa da educação permanente em saúde no interior dos processos de trabalho.

## *Outras Disposições Formativas*

### **Linhas de Cuidado em Saúde Mental**

Em 2008, foi iniciada a organização do “Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental para Atenção Básica” e a confecção de um “Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental”, cujo eixo estruturante era o processo formação e suporte para o apoio matricial em saúde mental na rede atenção. A proposta veio com o objetivo de articular a introdução das “ferramentas” de apoio matricial e apoio institucional da atenção básica e da atenção Psicossocial. O Curso e o Guia integraram o Projeto Babel, um programa de formação realizado em quatro capitais brasileiras: Rio de Janeiro, Fortaleza, São Paulo e Porto Alegre. O curso teve desenho na modalidade de EAD e incluiu, de forma interativa, profissionais da atenção básica e profissionais de saúde mental sob metodologias ativas de aprendizagem com enfoque de Educação Permanente (combinação de grandes encontros presenciais, ações de matriciamento e discussões sobre as ações estratégicas voltadas às características dos territórios e seus usuários).

Conforme bibliografia produzida pelo projeto, centenas de profissionais foram capacitados. Somente nas turmas de sua edição inicial foram envolvidos um total de 800 pessoas (trabalhadores do SUS) das quatro capitais relacionadas, além de novas adaptações em uma edição complementar que envolveu os estados do Amazonas e Rio Grande do Sul (FORTES, TOFOLI, GOLDFARB, 2013). O Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental foi publicado e o curso foi realizado predominantemente na modalidade EAD, com núcleos de discussão regional e disponibilidade de fóruns interdisciplinares para debate de casos. A duração era de 120h-aula/atividade, um curso baseado na problematização e em metodologias ativas. Sua unidade discente era a equipe da atenção básica ampliada (médico, enfermeiro e profissional de saúde mental). Foi constituído com atividades práticas de matriciamento e de supervisão clínico-institucional. Seus temas versavam prioritariamente sobre psiquiatria, psicologia, intervenções psicossociais, antropologia, habilidades de comunicação e organização de serviços (FORTES, TOFOLI, GOLDFARB, 2013).

Com este projeto, os envolvidos relataram o atravessamento de uma forte percepção de

que uma mudança era necessária: A execução de cuidados interdisciplinares integrados de saúde mental na atenção primária solicitava habilidades, atitudes e competências especiais. Treinar as equipes de ESF e SM para trabalhar juntas, não era o suficiente, era necessário se discutir concepção e postura ética no cuidado em saúde mental, para além dos limites que vinham sendo costurados as formações das várias especialidades da saúde, e para além do cuidado especializado adscrito aos profissionais psique (FORTES, SALGADO, MACHADO, 2015).

### **Gestão Autônoma da Medicação (GAM)**

Uma ação muito recente e que merece anotação, é tradução/transposição da estratégia Gestão Autônoma da Medicação – GAM para o Brasil. A estratégia envolve um Guia para a gestão autônoma da medicação e Grupos de Intervenção. Os grupos de intervenção devem ser heterogêneos, segundo a garantia de participação de usuários, trabalhadores e residentes (residências médicas ou em área profissional da saúde). Os Grupos de Intervenção se destinam a acessar a experiência coletiva do uso de medicamentos psiquiátricos; auxiliar na promoção de práticas colaborativas que ampliem o grau de comunicação entre usuários e trabalhadores; garantir o acesso à informações sobre direitos do usuário, terapias alternativas e redes de apoio, além da caracterização e efeitos dos medicamentos mais comumente usados em psiquiatria; mobilizar discussões acerca da autonomia dos usuários diante das possibilidades de condução de seu projeto terapêutico; e fomentar condições para o exercício do direito e o fortalecimento do sujeito de direitos em espaços de participação (MELO et al. 2015).

Trata-se de uma “intervenção pedagógica” que questiona o "saber legítimo/razão médica" acerca da medicação psicotrópica e seu lugar central nas práticas conservadoras de atenção em saúde mental. Promove espaços interdisciplinares de discussão e a confecção de dispositivos que debatam os aspectos simbólicos do medicamento, seus efeitos e limites, entre usuários e trabalhadores da saúde, mostrando-se inclusive reorientador da educação em saúde (NASCIMENTO, 2012). A gestão autônoma da medicação em saúde mental se pauta no redirecionamento do papel do indivíduo frente a doença mental, no contrafluxo da proposta biomédica e medicamentalizada, acolhendo saberes múltiplos a esse respeito, criando espaços de diálogo e favorecendo o compartilhamento e a horizontalização de saberes.

A utilização do Guia GAM, com base na tradução e adaptação do Guia de origem canadense (Quebec), voltado para atender as necessidades de pessoas em sofrimento mental grave, teve início por intermédio de um estudo multicêntrico, cujo objetivo era a elaboração do Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM-BR) e a sua consequente aplicação em Centros de Atenção Psicossocial. Em 2009, um grupo de pesquisadores de 4 diferentes universidades brasileiras do sul (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e do sudeste (Universidade Estadual de Campinas e as Universidades Federais Fluminense e do Rio de Janeiro) aliaram-se a pesquisadores da Universidade de Montreal para adaptar o Guia GAM para o contexto brasileiro. No decorrer de um ano, os pesquisadores realizaram Grupos de Intervenção com usuários, residentes e trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial nas cidades de Campinas/SP, Rio de Janeiro/RJ e Novo Hamburgo/RS.

A intervenção pedagógica envolvia questões e informações propostos aos usuários, destinadas a ajudá-lo a repensar as suas relações com o seu próprio cuidado e com o uso de medicamentos psiquiátricos, consistindo na ampliação do poder de negociação do sujeito com o seu próprio tratamento junto à equipe que o acompanha e junto aos demais membros da esfera socioafetiva. O guia é uma ferramenta na construção de estratégias para a produção de saúde mental. Além disso, se mostra como estratégia por meio da qual os usuários aprendem o uso dos medicamentos, considerando seus efeitos em todos os aspectos da vida. Dois princípios importantes são: o direito à informação e o direito a aceitar ou recusar tratamentos. A participação das pessoas nas decisões sobre os seus tratamentos é algo central (CAMPOS, PASSOS, PALOMBINI, 2014).

### **Acompanhamento Terapêutico**

Entre as intervenções pedagógicas, ressalta-se ainda a formação para o Acompanhamento Terapêutico, que não podem ser avaliadas quantitativamente, mas nos falam das potencialidades na utilização dessa prática na atenção básica e na atenção psicossocial. Essas iniciativas têm sido utilizadas pelos profissionais que trabalham com saúde mental coletiva e psicanálise. A prática do acompanhamento terapêutico surge destinada àqueles pacientes acometidos por transtornos mentais ou em sofrimento psíquico que, independentemente da motivação, requerem mais (ou menos) do que oferecem os espaços tradicionalmente destinados ao seu tratamento, ou seja: clínicas, hospitais

psiquiátricos e consultórios. Historicamente, o trabalho de AT foi requisitado por psiquiatras (em um número menor de vezes, por psicólogos clínicos e psicanalistas) como uma espécie de substituição da internação. Assim, equipes com quatro ou cinco AT podem revezar-se noite e dia em um atendimento de 24 horas. Passada a crise, o atendimento pelo AT diminui progressivamente até ser interrompido. Com o passar do tempo, seja porque tal modelo se tornou oneroso para a maioria das famílias, seja porque novas descobertas foram feitas acerca dos usos possíveis do AT, este pôde passar a ser feito também em cargas horárias menores. Todo tipo de configuração horária passa a ser possível, na medida em que se entenda o AT não apenas como uma substituição da internação, mas como um trabalho que tem a especificidade de ser feito, como já referido, em movimento, no espaço público e domiciliar, balizado por uma escuta clínica (REIS NETO, PINTO, OLIVEIRA, 2011).

Não basta dizer que o AT ocorre na rua, ou na casa do paciente, ou que seria, por exemplo, um tratamento domiciliar. É caracterizado como um tratamento que se faz em movimento, é um atendimento que passa por lugares sem se fixar. Com o objetivo terapêutico de inclusão social, em congruência com os princípios da Reforma Psiquiátrica e reabilitação psicossocial, o AT é uma atividade clínica que procura desinstalar o indivíduo de sua situação de dificuldade para poder recriar algo de novo na sua condição. A prática de Acompanhamento Terapêutico é convocada como uma prática itinerante, que habita a cidade como ato clínico e como ato político, sua expressão se dá no cuidado além-muros, dentro de uma perspectiva em que a “liberdade é terapêutica” (PALOMBINI, 2009). É dentro da possibilidade de mudança do paradigma biomédico para o paradigma da atenção psicossocial que o AT insere.

A educação para o acompanhamento terapêutico, entretanto, possui características regionais e de território, ainda não distribuída no país. Estudos realizados no estado de Santa Catarina por Rosa (2007) e por Brandalise e Rosa (2009) buscaram saber quando a modalidade é usada junto aos serviços substitutivos. Em primeiro lugar aparecem dificuldades relacionadas ao deslocamento físico (21,42%), seguidos de isolamento (14,28%), de atividades de vida diária (14,28%), fobias (12,85%), dependência familiar (10%), simbioses afetivas (4,28%), ideação suicida (1,42%) e conflito familiar (1,2%). Algumas intervenções desenvolvidas nos Caps de Santa Catarina ocorrem em situações corriqueiras ou inusitadas da vida cotidiana, as quais exemplificam e legitimam a presença de trabalhadores para este desempenho. A formação em AT tem sido objeto de

programas de extensão universitária ou de cursos qualificação da Rede de Escolas Técnicas do SUS ou das Escolas de Saúde Pública.

### **Telessaúde e Comunidades de Prática**

Práticas formativas direcionadas diretamente ao profissional em atuação podem ocorrer por mecanismos virtuais em espaços de debate e troca de experiências. Tanto as Comunidades de Prática como o Telessaúde são possibilidade da discussão de caso, como consultoria, possibilitando uma extrapolação das possibilidades de intervenção/atuação. O fôlego gerado por essas iniciativas agrega uma perspectiva de sustentação à rede nacional como um todo, integrando seus interlocutores, produzindo conhecimento técnico e ampliando as possibilidades do fazer em saúde mental. Em relação as iniciativas de telessaúde, as táticas de apoio e matriciamento virtual tiveram como projeto piloto a implementação do apoio à atenção básica envolvendo 9 Núcleos de Telessaúde localizados em universidades dos estados do Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, iniciados no ano de 2007. A meta deste projeto piloto era de qualificar aproximadamente 2.700 equipes da ESF de todos os estados brasileiros e alcançar os seguintes objetivos: melhoria da qualidade do atendimento na Atenção Básica, com resultados positivos na resolubilidade do nível primário de atenção; expressiva redução de custos e do tempo de deslocamentos; fixação dos profissionais de saúde nos locais de difícil acesso; melhor agilidade no atendimento prestado; otimização dos recursos dentro do sistema como um todo. Estima-se que a estratégia tenha beneficiando aproximadamente 10 milhões de usuários do SUS<sup>7</sup>. Em 2011, a Portaria GM nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). No ano de 2017 o Programa permanece em funcionamento com Núcleos de Telessaúde Técnico-Científicos, já implementados em 11 estados, que estão conectados em rede e oferecem teleconsultorias a aproximadamente 1.500 Unidades Básicas de Saúde de todo o território nacional.

Em relação as ações direcionadas à saúde mental, foram encontrados alguns cursos em EAD disponibilizados pelas plataformas de Telessaúde vinculados às universidades hospedeiras do programa: O TelessaudeRS, vinculado a UFRGS disponibiliza no ano de

---

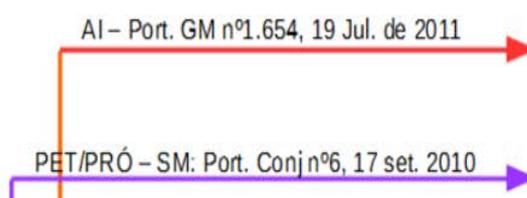
<sup>7</sup> Site MS Telessaúde: <http://telessaude.saude.ms.gov.br/portal/sobre-o-telessaude-2/>

2017 a 5ª edição do curso em EAD de Saúde Mental na atenção primária para médicos. Para a 5ª edição foram disponibilizadas 700 vagas para estudantes de medicina de todo o país. O curso é disponibilizado pela plataforma de aprendizagem de “Teleconsultores e Telerreguladores em Saúde Mental”. O curso disponibilizado em 2016 teve 3.000 alunos em todo o país. Com metodologia autoinstrucional e carga horária de 100h, sua proposta era a reflexão sobre a importância do Programa Telessaúde Brasil Redes e Saúde Mental na Promoção da Saúde e da Atenção Básica, tutoriando, por exemplo, o funcionamento do processo de solicitação de uma teleconsultoria, dos protocolos de Telerregulação e auditoria, e os principais conceitos relacionados à Saúde Mental.

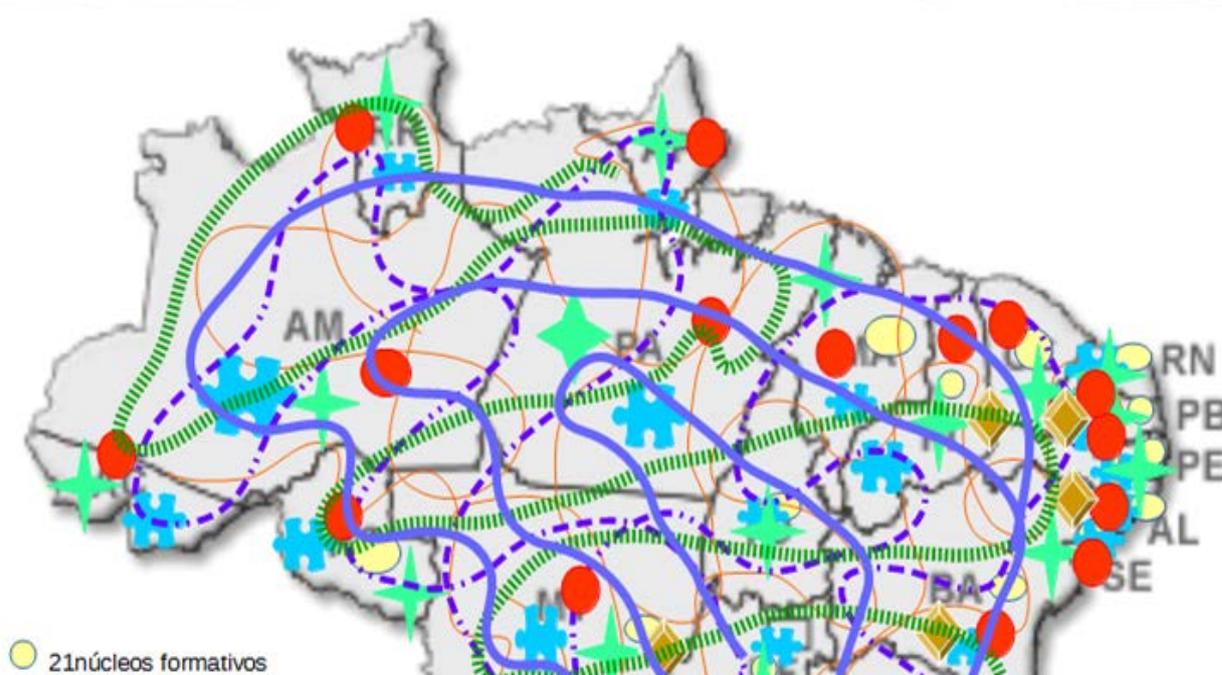
As Comunidades de Prática têm aproximado experiências não apenas em território, mas permitido trocas e diálogos em âmbito nacional. Comunidades de Prática têm servido à discussão de casos, de práticas e de experiências do nível local com todos os cantos do Brasil, possibilitando um compartilhamento com abrangência jamais pensada territorialmente, onde a troca é legitimada para além das fronteiras físicas territoriais, e das redes correspondentes de referência dos equipamentos e seus profissionais.

#### *Ensaio ao Impacto Visual: representações ilustrativas do inventário*

Construímos uma linha histórica para que o crescimento das iniciativas formativas pudesse ser percebido, bem como a continuidade e o caráter de permanência e constância da maior parte das medidas efetivadas no período estudado. Foram demarcados três subdivisões do período analisado: 2001-2003, período em que a coordenação nacional de saúde mental estrutura a implantação operacional e normativa da Lei; 2003-2012, período em que as políticas nacionais de saúde mental, atenção básica e educação permanente em saúde convergem e instauram diversos processos de formação, de apoio à construção de redes, ações e serviços; e 2013-2016, período em que além de continuidade longitudinal das iniciativas, amplia-se a formação proposta aos técnicos de nível médio, trabalhadores, e usuários da rede de atenção.



Posteriormente, elaboramos um “mapa nacional” que mantém sua legenda fidedigna às informações encontradas nos relatórios inventariados, mas, salientamos que a apresentação imagética se propõe apenas a proporcionar uma ilustração da abrangência em nível estadual e da itinerância das iniciativas encontradas.



A ideia foi representar por marcações específicas apenas as iniciativas territoriais (núcleos de localização específica e as Residências) e, através de linhas, o que consideramos como formações mais circulares, visto que qualificaram um número expressivo de profissionais, que podem multiplicar-se em seus locais de atuação ou deslocar-se, carregando e trocando experiências pelo território nacional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho percorreu uma análise de documentos e relatórios fundamentais para a obtenção de um panorama da situação da atenção psicossocial no país, em seu componente de política pública de educação e formação para a saúde mental. Os relatórios estudados apontaram, no período de 2001 a 2016, a partir do marco da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, que uma política de formação acoplada à gestão da atenção tem se instaurado enquanto prática legitimada no fazer em saúde. Pelo menos 3 períodos de tempo foram recortados da construção dessa intervenção: 2001-2003, período em que a coordenação nacional de saúde mental estrutura a implantação operacional e normativa da Lei; 2003-2012, período em que as políticas nacionais de saúde mental, atenção básica e educação permanente em saúde convergem e instauram diversos processos de formação, de apoio à construção de redes, ações e serviços; e 2013-2016, período em que ações, além de continuidade, tomam rumos para ampliar a formação proposta aos técnicos de nível médio, trabalhadores, e usuários da rede de atenção.

A análise dos documentos foi conduzida sob a forma de inventário inicial, abrindo um potencial de análises futuras e aprofundamento de compreensões. Primeiramente foi possível esclarecer e mapear as políticas e iniciativas formativas fomentadas no período e seu direcionamento à qualificação da saúde mental na atenção básica e ampliação da Rede de Atenção Psicossocial. Como interesse desse mapeamento, buscou-se localizar as iniciativas que trabalhavam em convergência com os interesses da Reforma Psiquiátrica e das históricas reivindicações sociais da luta antimanicomial - Por uma atenção em saúde sensível ao público da saúde mental, que tivesse como prerrogativa de atenção uma ação mais integralizada no atendimento e pela lógica do agir mais horizontalizada e colaborativa, produzindo uma saúde capaz de produzir equidade em sua ética, técnica e política, que estivesse de acordo com os anseios de familiares e dos usuários.

O inventário encontrado nos apresentou, além de amplos avanços em participação social, muitas ações que nasceram dos processos participativos de formação e avaliação envolvendo profissionais, pesquisadores, estudantes e pacientes e seus familiares. Verificamos uma política de saúde mental que protagoniza a Reforma Psiquiátrica costurada com a Reforma Sanitária, produzindo não somente uma rede singular de atenção que é espelho para todo o mundo e para as diversas nações mais avançadas em

seus modelos democráticos de saúde, como também produzindo uma nova perspectiva ética/político/estética do fazer em saúde mental. Colocar em cheque o papel da formação nesse contexto, mapear seu respaldo social, seu desenvolvimento e fôlego político como dispositivo transformador do paradigma assistencial biomédico para uma propositiva psicossocial integrada ao território e às demandas da sociedade contemporânea, em especial em um país como o Brasil com suas características sociodemográficas, religiosas, étnicas e raciais, corrobora a luta por uma nação mais igualitária, por um povo mais vivo e mais ator/compositor de sua história.

Mesmo após décadas de luta, do respaldo e participação social, mesmo atrelando inúmeras críticas às lacunas deixadas pelas estratégias reformistas decorrentes do modelo biomédico e manicomial, infelizmente nos vemos obrigados ao confronto com o discurso e prática conservadora que persiste e se aproveita de momentos de vulnerabilidade política para retomar posto e lugar hegemônico na disputa de mundos palco do saber científico na atualidade. Críticas à falta de ciência, de formação e de supervisão aos serviços retornam com insistência, alheias aos itinerários formativos e as costuras da íntima e inovadora relação que tem sido criada e fomentadas pelas políticas de saúde mental entre a educação superior e o serviço. Anotamos as críticas, como as referidas por Josimar França, em 2006, representante da Associação Brasileira de Psiquiatria, ou de Osmar Terra, em 2016, ao Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Recuperamos a posição da Organização Pan-Americana da Saúde, de 2003, para demonstrar o respaldo internacional à política brasileira pela implantação da Reforma Psiquiátrica<sup>8</sup>, assim como trouxemos a manifestação conservadora, biomédica e veladamente manicomial, do Conselho Federal de Medicina e Associação Brasileira de Psiquiatria já em abril de 2017, coincidente com o discurso de Osmar Terra no congresso citado, em novembro de 2016. Resgatamos, também, a nota da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia que, em maio de 2017<sup>9</sup>, destaca a necessidade de reafirmarmos nossas práticas e nossa ética no fazer em saúde mental antimanicomial, pelo cuidado em liberdade e em contribuição a presença da ciência contemporânea no campo psicossocial.

Em um consolidado “à guisa de inventário”, sabemos que um inventário mais denso e detalhado aportaria maior e melhor informação. Acreditamos, entretanto, que foi possível

---

<sup>8</sup> Ver anexo 1: Nota técnica da Opas/OMS no Brasil sobre internação involuntária e compulsória de pessoas que usam drogas. A nota trata de 2003 trata do ponto mais focal do momento para o retorno ao conservadorismo biomédico e manicomial.

<sup>9</sup> Anexo 4 – Nota de manifestação ANEPP

ensejar o contexto da educação em saúde mental em desdobramento das reformas sanitária e psiquiátrica para defender o saber técnico, científico, e o compromisso ético com a saúde mental coletiva. Nos fragmentos recolhidos, pudemos reportar o Movimento da Luta Antimanicomial e demonstrar a adesão de estudantes e trabalhadores, tornando-se possível relatar a preocupação em especializar trabalhadores de formação universitária e interferir na formação básica de graduação, assim como investimento na formação dos trabalhadores de nível médio. Apontamos desde a formação em serviço e a construção de estratégias de suporte em apoio e supervisão, assim como estratégias de consultoria em Telessaúde e modalidades autogeridas de educação permanente, como as Comunidades de Prática.

Responderemos sempre que necessário às mesmas acusações e ainda assim não esgotaremos nosso fôlego em desenvolver ações e promover avanços no âmbito da qualificação da atenção em saúde mental, mantendo como diretriz permanente o diálogo com as necessidades e a responsabilidade com a sociedade: Portanto, inventariamos que há educação em saúde mental possível e ainda há reforma psiquiátrica seguir. A crítica ruminativa do caráter não científico das propositivas antimanicomiais e assertivas psicossociais não se fundamenta, vista a extensão da lista de ações inventariadas, a extensão e impacto formativo de suas práticas, assim como, a abrangência de suas tarefas no compromisso longitudinal da qualificação da atenção em saúde mental e em sua ação na atenção básica, mais especificamente. Novamente, reforçamos que à guisa de inventário, não possuíamos interesse objetivo de esgotar esse tópico, mas encontrar a possibilidade da presença de um projeto político disparador de ações e reflexões que se colocam a serviço de uma prática de equidade e orientada a uma ética em saúde mental, com conhecimento técnico.

Nesse sentido, passa a ser fundamental analisar as críticas que são feitas a essas políticas e, de maneira geral, ao projeto teórico, ético, político e técnico da atenção e reabilitação psicossocial ou da saúde mental coletiva. A que interesses responde a argumentação de que essas práticas não correspondem à ciência? A partir das iniciativas inventariadas, podemos dizer de ações e propositivas que não se fazem isoladas, que não se fazem de modo autoritário, que não se fazem sem embasamento e sem consulta aos produtores de conhecimento na universidade e nos serviços. Apresentamos visualmente um histórico das iniciativas a fim de ilustrar o caminho percorrido pelas políticas e apontamos algumas considerações indicadas por nossos dados sobre educação e formação. Tornou-se

evidente, a partir da observação desta linha histórica, a ampliação das iniciativas, tanto em quantidade, quanto em diversidade e abrangência. Esse inventário assevera o caráter de seriedade, legitimidade e procedências das práticas formativas executadas, de sua eficácia ao trabalho e de sua correspondência com as necessidades sociais da população a qual se propõe atender seja em território; seja em nível nacional; seja in loco; seja em perspectiva de acompanhamento e troca de experiências. Considerado nosso inventário, podemos dizer da verificação de responsabilidade com a competência técnica e um esforço pela elevação do compromisso ético com a implementação de uma política antimanicomial, também verificamos o entrelaçamento da saúde mental com a atenção básica na construção de uma rede de atenção psicossocial e da saúde mental coletiva. Portanto, a atenção psicossocial representa o paradigma contemporâneo que substitui as abordagens biomédicas e neuropsiquiátricas no tocante ao cuidado em saúde mental e, por meio da educação e formação, configura contingente estratégico na evidência de um propósito ético, técnico e político no cuidado em saúde mental, em liberdade.

## REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde e sociedade, v. 18, supl. 2, 2009, p. 11-23.

BIRMAN, Joel; FREIRE-COSTA, Jurandir. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo (Org.). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

BRANDALISE, Fernando; ROSA, Gabriela Lyra. “Velhas estradas, caminho novo”: acompanhamento terapêutico no contexto da reforma psiquiátrica. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, n. 1, v. 1, 2009 (CD Rom).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Comunidades de Prática. Disponível em <<https://novo.atencaobasica.org.br>> Acesso em 20 mar 2017a.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2010.

BRASIL. Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Lei Federal nº 10.708, 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenadoria Geral da Atenção Básica. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e diretrizes. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Série Pactos Pela Saúde 2006, v. 4. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.059, de 04 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção

Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado componente de qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB. Diário Oficial da União, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Diário oficial da União, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.554, de 28 de outubro de 2011. Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Diário Oficial da União, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoa com sofrimento e/ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 615, de 15 de abril de 2013. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório de gestão da Secretaria de Assistência à Saúde - 1998/2001. Brasília: MS, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: MS, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Saúde Mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília: MS, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: MS, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. Brasília: MS, 2015. (Caderno HumanizaSUS; v. 5)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4 ed. Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde – 2015-março/2016. Brasília: MS, 2016b.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde – 2016-março/2017. Brasília: MS, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Fundação Osvaldo Cruz. Projeto Caminhos do Cuidado: formação de agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos em enfermagem da saúde da família – em saúde mental ênfase em crack, álcool e outras drogas. Brasília: MS/GHC/FIOCRUZ, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. O desafio de construir e implementar políticas de saúde - Relatório de Gestão 2000-2002. Brasília: MS, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial (Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial) e hospitalar ao transtorno mental. Diário Oficial da União, 1992.

CABALLERO, Raphael Maciel da Silva. Pedagogia das vivências corporais: educação em saúde e culturas de corpo e movimento. 2015. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre: UFRGS, 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. Cadernos RH Saúde, v. 3, n. 1, 2006, p. 55-60.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMITTI, Ana Carla. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 23, n. 2, 2007, p. 399-407.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 6, n. 3, 2009, p. 443-456.

CECCIM, Ricardo Burg (Coord.) Avaliação de processos formativos segundo a modelagem da educação permanente em saúde – AvaliaEPS: relatório de pesquisa. Processo nº 409488/2006-2 – Apoio a Projetos de Pesquisa. Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT 23/2006 – Estudo da Gestão em Saúde – Linha de Apoio 2. Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. *Revista Ciência & saúde*, v. 1, n. 1, 2008, p. 9-23.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & saúde coletiva*, v. 10, n. 4, 2005, p. 975-986.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção de atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004, p. 259-278.

CECCIM, Ricardo Burg. Introduzione - Pensiero-azione, studio-azione, cooperazione-azione: prassi en salute globale. In: CECCIM, Ricardo Burg e FRANCO, Tulio Batista (Org.). *Prassi in salute: azioni condivise tra Brasile e Itália*. Porto Alegre: Rede UNIDA; Bologna: CSI/UNIBO, 2016, p. 7-14.

CECCIM, Ricardo Burg. Onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação. In: Pinheiro, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*, Rio de Janeiro: Abrasco, 2005, p. 161-181.

CECCIM, Ricardo Burg. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, Dagmar E. Estermann (Org). *Saúde e sexualidade na escola*. 3 ed. Porto Alegre: Mediação, 2006, p. 37-50.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert; ROCHA, Cristianne Famer. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 2, 2002, p. 373-383.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO-DA-SILVA, Maria Cristina; PALOMBINI, Analice de Lima; FAGUNDES, Sandra Maria Sales. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva: educação pós-graduada em área profissional da saúde realizada em serviço, sob orientação docente-assistencial. In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia (Orgs.). Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2010, p. 127-145.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, 2004, p. 1402-1403.

CUERVO, Maria Rita Macedo; RADKE, Mariane Brusque; RIEGEL, Elaine Maria. PET-REDES de atenção à saúde indígena: além dos muros da universidade uma reflexão sobre saberes e práticas em saúde. *Interface – comunicação, saúde, educação*, v. 19, supl. 1, 2015, p. 953-963.

DIAS, Henrique Sant'Anna; LIMA, Luciana Dias de; TEIXEIRA, Márcia. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciência & saúde coletiva*, v. 18, n. 6, 2013, p. 1613-1624.

FAGUNDES, Sandra. Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde. 2006. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre: UFRGS, 2006.

FERLA, Alcindo Antônio; RAMOS, Alexandre Souza; LEAL, Mariana Bertol; CARVALHO, Mônica Sampaio de (Orgs.). *Caderno de Textos do VER-SUS/BRASIL*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013.

FEUERWERCKER, Laura. ACKERMAN, Marco. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (Orgs). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, ano, p. 171-189.

FEUERWERKER, Laura Macruz. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface – comunicação, saúde, educação*, v. 9, n. 18, 2005, p. 489-506.

FEUERWERKER, Laura; ALMEIDA, Marcio. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação! *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 56, n. 4, 2003, p. 351-352.

FORTES, Sandra; SALGADO, Christiana; MACHADO, Patrícia. Compartilhando o conhecimento e o cuidado: educação a distância para o cuidado em saúde mental na atenção primária. In: *Comunidade de Práticas, Relato de Experiência*, Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <<https://novo.atencao basica.org.br/relato/5035>> Acesso em 03.05.2017.

FORTES, Sandra; TOFOLI, Fernando; GOLDFARB, Eliana. Capacitando equipes interdisciplinares para o cuidado integrado de saúde mental na atenção primária: o curso de Babel no Rio de Janeiro. In: *Comunidade de Práticas, Relato de Experiência*, Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <<https://cursos.atencao basica.org.br/relato/5611>> Acesso em 03.05.2017

FOUCAULT, Michael. A crise da medicina ou da antimedicina. *Verve*, v. 18, n. 2, 2010, p. 167 -194.

FOUCAULT, Michael. As grandes funções da medicina em nossa sociedade. In: FOUCAULT, Michel. *Ditos & escritos VII: arte, epistemologia, filosofia e história da medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011, p. 305-306.

FOUCAULT, Michel. Prefácio. In: FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 7.ed. São

Paulo: Forense Universitária, 2011.

FRANCO, Túlio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface – comunicação, saúde, educação*, v. 11, n. 23, 2007, p.427-438.

FRICHEMBRUDER, Simone Chandler; CARVALHO-DA-SILVA, Maria Cristina; CRUZ, Régis Antônio Campos. Curso de aperfeiçoamento especializado em saúde mental em nível de residência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: MS, 2006, p. 333-345.

GOZZI, Alana de Paiva Nogueira Fornereto; PINTO, Mary Cristina Lacorte Ramos; SILVA, Maria Teresa Luiz Eid da; ALMEIDA, Aline Barreto de. Entre o real e o possível: tecendo a RAPS que desejamos a partir da saúde mental que temos. In: PINHEIRO, Roseni; LOPES, Tatiana Coelho, HERBERT-DA-SILVA, Fabio; SILVA Jr, Aluísio Gomes da (Orgs.). *Experiência (ações) e práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2014, p. 175-189.

GOULART, Maria Stella Brandão. *História da Psicologia no Brasil: As Raízes Italianas da Reforma Psiquiátrica*. Conselho Federal de Psicologia. Ed. Casa do Psicólogo, 2007. 125 pag.

INTERNATIONAL Harm Reduction Association – IHRA. What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association, London/UK, Abr. 2010. Disponível em <[https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing\\_what\\_is\\_HR\\_Portuguese.pdf](https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf)>. Acesso em 20.mar.2017

LUZ, Madel Therezinha. A construção da racionalidade moderna: origens, continuidades e descontinuidades. In: LUZ, Madel Teresinha. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988, p. 15-41.

LUZ, Madel Therezinha. Estratégia de hegemonia e análise política das instituições. In: LUZ, Madel Therezinha. *As instituições médicas no Brasil*. 2 ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014, p. 31-87.

LUZ, Madel Therezinha. Impactos da tecnociência nos saberes, na cultura da vida e saúde. *Fórum Sociológico*, n. 24, 2014, p. 27-32.

MARCOLINO, Taís Quevedo; LOURENÇO, Gerusa Ferreira; REALI, Aline Maria de Medeiros Rodrigues. “Isso eu levo para a vida”: aprendizagem da prática profissional em uma comunidade de práticas. *Interface – comunicação, saúde, educação*, n. 21, v. 61, 2017, p. 411-420.

MELO, Jorge J.; SCHAEPPPI, Paula B.; SOARES, Guilherme; PASSOS, Eduardo. Acesso e compartilhamento da experiência na gestão autônoma da medicação: o manejo cogestivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental*. Brasília: MS, 2015. (Caderno HumanizaSUS; v. 5).

MENDONÇA, Claunara Schilling. Uso das interações por condições sensíveis à atenção primária para a avaliação da Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte/MG. 2009. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

MERHY, Emerson Elias. Anormais do desejo: os novos não-humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. Texto Produzido para o Conselho Federal de Psicologia. 2012.

Disponível em

<[http://www.circonteudo.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3316:anormais-do-desejo-os-novos-nao-humanos-os-sinais-que-vem-da-vida-cotidiana-e-da-rua-&catid=259:emerson-merhy&Itemid=591](http://www.circonteudo.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3316:anormais-do-desejo-os-novos-nao-humanos-os-sinais-que-vem-da-vida-cotidiana-e-da-rua-&catid=259:emerson-merhy&Itemid=591)> Acesso em: 13.03.2017

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface – comunicação, saúde, educação, v. 9, n. 16, 2005, p. 161-177.

NASCIMENTO, Maurino Loureiro do. Em defesa de uma gestão compartilhada da medicação em psiquiatria. Physis – revista de saúde coletiva, v. 22, n.1, 2012, p. 275-290.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice et al. Gestão Autônoma da Medicação – Guia de Apoio a Moderadores. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>> Acesso em 05.05.2017

PALOMBINI, Analice de Lima. Utópicas cidades de nossas andanças: flânerie e amizade no acompanhamento terapêutico. Fractal - revista de psicologia, v. 21, n. 2, 2009, p. 295-318.

PELLEGRINO, Vincenza. Per una formazione universitaria “situata”. In: PELLEGRINO, Vincenza; SCIVOLETTO, Chiara (Orgs.). Il lavoro sociale che cambia: per una innovazione della formazione universitaria. Milano: FrancoAngeli, 2015, p. 35-69.

PINTO, Hêider Aurélio; FERLA, Alcindo Antônio; CECCIM, Ricardo Burg; RAMOS, Alexandre Florêncio; MATOS, Izabella Barison; BARBOSA, Mirceli Goulart; STÉDILE, Lucia Rech; ZORTEA, Angelo Pagot. Atenção básica e educação permanente em saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Divulgação em Saúde para Debate, n. 51, 2014, p. 145 -160.

REIS Neto, Raymundo Oliveira; PINTO, Ana Carolina Teixeira; OLIVEIRA, Luiz Gustavo Azevedo. Acompanhamento terapêutico: história, clínica e saber. Psicologia, Clínica e Profissão, n. 2, v. 31, 2011, p. 30-39.

RODRIGUES, Sharlene Goulart. A emergência do “campo” da educação permanente em saúde no Brasil: o ordenamento da formação de recursos humanos no Sistema Único de Saúde, 2003-2007. 2015. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Porto Alegre: UFRGS, 2015.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, v. 9, n. 1, 2002, p. 25-59.

TORRES, Odete Messa; PEKELMAN, Renata; BOMM, Angélica; COSTA, Giulia Caruline Lima;

SOUZA; Andréia Silveira de; ROSA, Karina da Rosa; VIEIRA, Luís Carlos Nunes Vieira de; ESCOBAR, Juliana de Bittencourt. Caminhos do cuidado: formação em saúde mental na atenção básica. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 8, n. 19, 2016, p. 77-96.

## ANEXOS

### ANEXO 1. NOTA TÉCNICA DA OPAS/OMS

A Organização Pan-Americana/OMS no Brasil emite Nota Técnica sobre internação involuntária e compulsória de pessoas que usam drogas<sup>10</sup>. Nos últimos anos, as consequências negativas do consumo de álcool e outras drogas no Brasil têm sido identificadas como um problema prioritário para o setor saúde. Bebidas alcoólicas e tabaco ocupam as primeiras posições entre as substâncias mais consumidas, enquanto maconha e crack apresentam percentuais mais baixos. O Brasil priorizou a implantação de serviços comunitários para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas e o resultado foi a expansão da rede de atendimento e do acesso ao tratamento. Ainda que a Lei 10.216, de 2001, descreva a internação como uma das estratégias possíveis para o tratamento dos transtornos mentais, ultimamente, alguns Estados e Municípios tem utilizado a internação como principal forma para lidar com a dependência de drogas. A OPAS/OMS no Brasil considera inadequada e ineficaz a adoção da internação involuntária ou compulsória como estratégia central para o tratamento da dependência de drogas. Documento elaborado pela OMS, em conjunto com o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC), em 2008, descreve dez princípios gerais que orientam o tratamento da dependência de drogas. Um deles, intitulado “Tratamento da dependência de drogas, direitos humanos e dignidade do paciente” explicita que o direito à autonomia e autodeterminação, o combate ao estigma, ao preconceito e à discriminação e o respeito aos direitos humanos devem ser observados em qualquer estratégia de tratamento para a dependência de drogas. O documento também recomenda que o tratamento não deve ser forçado aos pacientes. A internação compulsória é considerada uma medida extrema, a ser aplicada apenas a situações excepcionais de crise com alto risco para o paciente ou terceiros, e deve ser realizada em condições e com duração especificadas em Lei. Ela deve ter justificativa clara e emergencial, além de ter caráter pontual e de curta duração. Diante da preocupação com a garantia dos direitos humanos e com o respeito ao processo legal para autorizar e manter a internação compulsória, 12 agências das Nações Unidas, entre elas a OMS, emitiram em 2012 comunicado conjunto sobre os Centros de Detenção e Reabilitação Compulsória. Esta iniciativa recomendou aos países que estes centros sejam fechados, ou, na impossibilidade do fechamento imediato, que sejam seguidas recomendações descritas no documento. As agências recomendam claramente que seja priorizada a implantação de ações e serviços de saúde comunitários com características voluntárias. As internações compulsórias só devem ser utilizadas em circunstâncias claramente definidas como excepcionais e, mesmo assim, devem respeitar os direitos humanos previstos na legislação internacional. O Conselho Diretor da OPAS aprovou resoluções em 1997 e 2001 que defendem a ênfase na implantação de serviços comunitários de saúde mental e de atenção psicossocial aos transtornos mentais. Mais recentemente, em 2011, resolução que aprova o Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública, diz textualmente que “os recursos financeiros e humanos devem ser usados, em primeiro lugar, nos serviços ambulatoriais de base comunitária da atenção básica e que sejam integrados no sistema de saúde geral”. A OPAS no Brasil, em

---

<sup>10</sup> Ver em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3206%3Anota-tecnica-da-opas-oms-no-brasil-sobre-internacao-involuntaria-e-compulsoria-de-pessoas-que-usam-drogas&catid=1016%3Aabra-01-noticias&Itemid=875](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3206%3Anota-tecnica-da-opas-oms-no-brasil-sobre-internacao-involuntaria-e-compulsoria-de-pessoas-que-usam-drogas&catid=1016%3Aabra-01-noticias&Itemid=875)>

consonância com as referências citadas, acredita que o fortalecimento da rede de atenção psicossocial é prioritário e se constitui como opção mais adequada como resposta do setor saúde para o consumo de drogas. A perspectiva da rede pressupõe em si a necessidade de articulação dos diversos dispositivos e estratégias de trabalho – que incluem a internação – como forma a oferecer a melhor resposta sanitária para as demandas das pessoas que usam drogas. A priorização de medida extrema como a internação compulsória, além de estar na contramão do conhecimento científico sobre o tema, pode exacerbar as condições de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários de drogas.

**PAHO/WHO.**

**2013-05-08**

**08.**

**ANEXO 2. DISCURSO OSMAR TERRA, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 2016**

Queria cumprimentar o nosso presidente<sup>11</sup>, agora terminando seu mandato, meu amigo Antônio Geraldo Silva, que fez a gentileza de me convidar para estar aqui com vocês hoje, embora eu seja apenas um participante honorário aqui da Sociedade Brasileira de Psiquiatria. Mas nós construímos e avançamos em debates importantes nas questões políticas, eu fui presidente da Frente Parlamentar da Saúde, antes de virar ministro, e trabalhamos questões importantes aí nessa área de saúde mental. Que eu acho uma área extremamente importante e relegada. Infelizmente, ao longo de muitos anos, relegada a um segundo plano, em termos de políticas públicas eficientes e baseadas em pesquisas científicas. Eu fui secretário de saúde do Rio Grande do Sul por 8 anos, e nesse período, embora não fosse uma preocupação minha no início, depois passou a ser a grande preocupação que eu tive durante o meu mandato de secretário. No exercício da secretaria, foi a questão gravíssima da epidemia das drogas, da demanda crescente de atendimento e de atendimento não realizado de maneira adequada. Que me levou a me preocupar com o assunto e até a participar da elaboração de uma lei, de uma nova lei sobre drogas no Brasil. Acho que é um gravíssimo problema que está na raiz de o Brasil ser um país com o maior número de homicídios do mundo, o país mais violento do mundo, em termos absolutos. Não há outra explicação pra nós termos sessenta mil homicídios por ano no Brasil, quando os Estados Unidos, que é tido como país violento, que fez a guerra às drogas, isso e aquilo, tem quinze mil homicídios, e tem uma população muito maior do que a nossa. A China tem treze mil homicídios com sete vezes a população do Brasil. Então nós estamos vivendo um momento, em que a violência tá em toda parte, tá cada vez maior. Nessa questão, o descontrole na questão da saúde mental tá em toda a parte, e a área de saúde mental do Ministério da Saúde, nesse momento não existe. Os psiquiatras são relegados, foram afastados, foram removidos da área de saúde mental por questões ideológicas, por outros grupos, tem antropólogos, sociólogos, psicólogos sociais, todo mundo mandando ou desmandando na área de saúde mental, mas não tem psiquiatra (pausa, aplausos). Que é que trabalha com a ciência! (pausa, aplausos). Que é quem pode formular políticas! Quem trouxe os avanços que a saúde pública, que a saúde mental tem no mundo hoje, os tratamentos eficazes, as mudanças que teve no perfil das psicoses, da possibilidade das pessoas voltarem para uma vida produtiva? Mais feliz? Esses estão escanteados por um movimento, que eu não sei se teve origem lá na antipsiquiatria, não sei de onde é que vem, quem realmente criou... Deixou o Brasil totalmente desarmado diante do gravíssimo problema da epidemia das drogas, que está aumentando! Quero dizer pra vocês que no ano de 2006 o álcool era a maior causa de acidente de trabalho, que é a minha área agora lá no Ministério do Desenvolvimento Social: está comigo o INSS. O álcool era a maior caso de a pessoa entrar em licença temporária ou com licença médica na área da previdência. Auxílio-doença, um termo mais exato, por dependência química, era o álcool. Em 2007, o crack e a cocaína passaram o álcool, e hoje são quase cinco vezes. Em números, são quase cinco vezes mais importantes como causa da dependência química e do afastamento das pessoas - só do ambiente de trabalho - do que o álcool, que é legal, que é de fácil acesso! Se isso não é uma epidemia eu não entendo mais nada do que é epidemia! Isso continua crescendo. E com políticas

---

<sup>11</sup> <<https://www.youtube.com/watch?v=lvZmXRZtxJc>> XXXIV Congresso Brasileiro de Psiquiatria, São Paulo, 16 a 19 de novembro de 2016.

extravagantes, com declarações extravagantes como eu vi agora, uma secretária de assistência social aqui. Aqui, que ainda não assumiu em São Paulo, dizer que tem que dar maconha pro pessoal pra eles pararem de usar cocaína, o crack! Coisa sem base, sem evidência científica nenhuma! Um achismo! Isso tudo me preocupou muito e me aproximou muito do Antônio Geraldo, da Associação de Psiquiatria, Brasileira de Psiquiatria, e nós caminhamos nos debates, caminhamos juntos, em questões que eu acho fundamentais, de reocupar. Os psiquiatras têm que reocupar o seu espaço na área da saúde mental e terem voz, e ter voz pra transformar as políticas públicas. Se não vai ser um processo que vai levar ao caos! Todo mundo sabe que a redução dos acidentes de trânsito depende do controle do álcool, como também depende do controle da maconha. O Rio Grande do Sul tem pesquisas do Hospital de Clínicas mostrando - Dr. Flávio Pechansky e a equipe dele - mostrando que maconha é a maior causa de acidentes com vítimas fatais na grande Porto Alegre, mais do que o álcool, o álcool é a segunda causa. Os movimentos pra legalizar as drogas que estão aí, financiados com muito dinheiro, me preocupam, me preocupam na área social inclusive que é a... A dependência química está muito, está entre uma das maiores causas do empobrecimento das famílias e das pessoas. De difícil solução. Não é uma questão de oportunidade de emprego, é um transtorno mental grave! Não considerar os transtornos mentais como reais, como existentes, e achar que tudo é uma opção cultural das pessoas, é um erro trágico! Então, eu queria dizer pra vocês que eu estou. Que eu vim aqui a convite do Antônio Geraldo, queria saudar o Carlos Vital que é um grande parceiro de muito tempo, o Dr. Marcos Ferraz, que é o nosso mais antigo presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, a Hellen Hartmann, presidente na Associação Mundial de Psiquiatria, o Henrique Mendonça, presidente da Associação Psiquiátrica da América Latina, Emanuel Fortes, nosso grande parceiro do Conselho Federal de Medicina, José Amilton, presidente da Confederação das Academias Federais de Medicina, nossa nova presidente a Carmita Abdo, dizer que a Carmita pode contar com a gente em todas as ações que entender importantes aí pra área da saúde mental. Mas eu quero dizer que eu sou um aliado da Associação Brasileira de Psiquiatria dentro do governo! Já manifestei isso ao nosso querido Ministro da Saúde, que está preocupado com esse assunto também, está pra tomar algumas ações importantes nessa área. Fomos lá com Antônio Geraldo conversar com ele, e eu acho que mudar, que aproveitar que está com um momento de mudança no país, que nós estamos com uma crise colossal, que nós estamos com uma... que tudo tem que ser revisto, que tudo tem que ser transformado, pra transformar também essa triste realidade que nós temos da saúde mental no Brasil. Eu quero cumprimentar a todos (pausa, fortes aplausos), desejar a vocês sucesso profissional, mas fazer um pedido, como deputado, presidente da Frente Parlamentar da Saúde, como cidadão, que eu estou aqui mais até na condição de cidadão, que de ministro: ajudem a construir uma política pública de saúde mental, não fiquem omissos, não tratem isso como se fosse um problema que não dependesse de vocês! Vocês têm que ocupar os espaços, escrevam artigos, se posicionem, se manifestem, porque, senão, outros vão fazer isso e a nossa população vai ficar em uma situação cada vez pior, e cada vez mais trágica, na área da saúde e particularmente na área da violência e da saúde mental. Muito obrigado, um grande abraço a todos (aplausos)!

### **ANEXO 3. OFÍCIO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA E ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSQUIATRIA**

CONSIDERANDO que a Lei Federal 10.216/2001, dispõe sobre a Proteção e Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e Redireciona o Modelo Assistencial em Saúde Mental, foi promulgada em 06 de abril de 2001<sup>12</sup>. CONSIDERANDO que a Lei Federal 10.216/2001 garante o direito da pessoa portadora de transtornos mentais o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo com a necessidade de cada paciente, em todos os níveis de complexidade. CONSIDERANDO que a Lei Federal 10.216/2001 garante às pessoas portadoras de transtorno mental que sejam tratadas, preferencialmente, mas não obrigatoriamente, em serviços comunitários e que a internação psiquiátrica só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e, ainda, que, os pacientes têm direito à presença médica em qualquer momento de sua hospitalização. CONSIDERANDO que a Lei Federal 10.216/2001 não faz nenhuma referência à proibição de internações psiquiátricas e não preconiza o fechamento de Hospitais Psiquiátricos Especializados e que, na verdade, garante tratamento Hospitalar Especializado quando necessário e determina que as internações sejam estruturadas de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, assistência social, psicológicos, terapia ocupacional, lazer e outros. CONSIDERANDO que a Lei Federal 10.216/2001 estabelece que as internações psiquiátricas sejam realizadas somente mediante laudo médico que caracterize seus motivos e estabelece os tipos de internação: a) voluntária (com o consentimento do paciente); b) involuntária (sem o consentimento do paciente, mas com pedido de terceiro) e c) compulsória (determinada pela Justiça). CONSIDERANDO que a Lei Federal 10.216/2001 assegura a todos portadores de transtorno mental a continuidade do tratamento durante o tempo que for necessário; e que o paciente há longo tempo hospitalizado ou com grave dependência institucional, seja decorrente de seu quadro clínico ou por ausência de suporte social, será objeto de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade de autoridade a ser definida pelo Poder Executivo, sem haver exclusão, contudo, da garantia legal ao tratamento pelo tempo necessário, determinado pelo médico. CONSIDERANDO que, desde 2001, o Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação Nacional de Saúde Mental, vem induzindo e fomentando o descumprimento da Lei Federal 10.216/2001, através de distorções da “letra da Lei”, de forma propositada, por meio de: documentos oficiais do Ministério da Saúde (Portarias); de incursões a todos os gestores de saúde; de informações inverídicas passadas às autoridades judiciais, operadores do direito e principalmente à mídia; por meio de palestras, cursos e publicitando em seu site que a Lei Federal 10.216/2001 proibiria internações psiquiátricas e determinaria o fechamento dos Hospitais Psiquiátricos Especializados, o que não é verdade, subtraindo o direito à melhor assistência garantida por Lei ao portador de transtorno mental em seu momento mais delicado, que é o do surto. CONSIDERANDO que nenhuma Portaria Ministerial, nenhuma Política de Saúde, nenhuma ideologia ou vontade de qualquer grupo que esteja no Governo pode desrespeitar ou suprimir os direitos garantidos na Lei Federal 10.216/2001, como vem ocorrendo desde 2001. CONSIDERANDO que o descumprimento

---

<sup>12</sup> Ofício nº 068, de 25 de abril de 2017, da Associação Brasileira de Psiquiatria, destinado aos excelentíssimos senhores Osmar Terra - Ministro do Desenvolvimento Social e Ricardo Barros - Ministro da Saúde, assim como aos excelentíssimos senhores governadores e a todos os gestores de saúde. Ver em: <<http://www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2017/04/Nota-tecnica-sobre-a-calamidade-na-assistencia-publica-em-saude-mental-no-Brasil.pdf>>

da Lei Federal 10.216/2001 vem negando o direito dos cidadãos a um tratamento pleno e integral em Saúde Mental pelas várias Portarias Ministeriais que suprimiram vários direitos e garantias, assegurados pela Lei aos portadores de transtornos mentais. CONSIDERANDO que a distorção da Lei 10.216/2001 pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde promoveu nos últimos 30 anos, através da Política Nacional de Saúde Mental, o fechamento sistemático de mais de 90.000 leitos psiquiátricos no país quando, na prática, a supressão do direito garantido na Lei Federal 10.216/2001, que todo cidadão tem de ser internado, sempre que necessário, em Serviços Psiquiátricos Especializados, devidamente formatados e funcionando conforme determinado em Lei. CONSIDERANDO que a Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde criou inúmeros serviços extra-hospitalares de atendimento em Saúde Mental. CONSIDERANDO que as Portarias do Ministério da Saúde dedicadas à normatização e autorização de funcionamento dos serviços extra-hospitalares, principalmente aqueles com funcionamento 24 horas, ferem as garantias emanadas da Lei 10.216/2001 em relação a como devem ser constituídos, negligenciando os recursos humanos necessários e a manutenção de doentes mentais graves internados, ou sob observação, e usando o termo “acolhimento” para fugir do termo internação, pondo em risco a segurança dos pacientes e a eficácia do tratamento. CONSIDERANDO que o Ministério da Saúde, através de Portaria, que criou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e excluiu os Ambulatórios Psiquiátricos Especializados, fundamentais em qualquer tratamento de saúde e que, além de não ter os ambulatórios psiquiátricos especializados, esta “rede” incompleta ainda não foi implantada de forma satisfatória, funcionando de maneira precária, irregular e ilegal; não obedecendo a Lei Federal 10.216/2001, nem a Resolução 2057/2013, do Conselho Federal de Medicina (CFM). CONSIDERANDO que as Portarias emanadas pelo Ministério da Saúde, até a presente data, não respeitam as condições mínimas de segurança, de funcionamento e de tratamento, desobedecendo as determinações emanadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e elencadas nas Resoluções: 1952/2012; 2056 e 2057/2013; 2073/2014; 2116/2015; 2147/2016. CONSIDERANDO que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO), 96,8% dos suicídios têm ligação direta com transtornos mentais, entre eles transtornos afetivos, depressão, dependência química e esquizofrenia. CONSIDERANDO que a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) preconiza 01 Leito Psiquiátrico para cada 1.000 habitantes, que o próprio Ministério da Saúde preconiza 0,45 Leitos Psiquiátricos para cada 1.000 habitantes e que os Leitos Psiquiátricos existentes no país estão muito abaixo destes patamares. CONSIDERANDO que as estimativas do próprio Ministério da Saúde indicam que 3% da população sofrem de transtornos mentais graves e persistentes; 6% têm problemas mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% vão necessitar de algum atendimento em saúde mental em algum momento da sua vida. CONSIDERANDO que as doenças mentais estão entre as maiores causadoras de incapacidade no mundo todo, com grande ônus social e financeiro para as famílias e para a sociedade; e que o tratamento correto pode devolver boa parte dos pacientes a um funcionamento menos caótico. CONSIDERANDO que a doença mental é conceitualmente transtorno de grande complexidade, envolvendo fatores biológicos, familiares, sociais e ambientais e não afeta apenas o doente, mas envolve e faz adoecer várias outras pessoas da família e impõe à comunidade alto custo social. CONSIDERANDO que nove em cada dez suicídios completos poderiam ser prevenidos com tratamento adequado e que apenas em 2015 foram registrados oficialmente cerca de 12.000 suicídios no Brasil. CONSIDERANDO que pelo menos 50% da população de pessoas em situação de rua é composta de portadores de transtornos mentais sem acesso aos serviços de saúde, sendo sujeitos a

maus tratos, fome, exposição às intempéries e elementos naturais. CONSIDERANDO que a população prisional já possui mais de 12% de portadores de transtornos mentais graves, sendo excluídos deste percentil àqueles com problemas de abuso ou dependência de álcool e outras drogas, e que 80% da população prisional sofre de alguma forma de transtorno mental, em sua maioria também sem assistência adequada. CONSIDERANDO que os Hospitais de Custódia e Tratamento (HCTPs) existentes são insuficientes para atender a demanda e que vêm sendo sucateados e fechados, nestes anos todos. CONSIDERANDO que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas todas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. CONSIDERANDO que a garantia legal de acesso ao tratamento em todos os níveis de complexidade exige que qualquer serviço que interne ou deixe sob observação uma pessoa devido à necessidade imposta por sua doença ou transtorno mental tenha, obrigatoriamente, pelo menos, um médico presente na unidade, de maneira ininterrupta, 24h por dia todos os dias. CONSIDERANDO que o atendimento hospitalar em psiquiatria destina-se, na maioria dos casos, a tratar pacientes em surto, com internações pelo menor tempo possível, permitindo o retorno à suas famílias e à comunidade; sendo continuado o tratamento em serviços ambulatoriais. CONSIDERANDO que deveriam existir Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais devidamente estruturadas, com recursos humanos preparados e especializados e somente para internações de curtíssima permanência. CONSIDERANDO que, como um todo, o atual Sistema de Saúde Mental gerido pelo Estado brasileiro (SUS) está fragilizado, é ineficiente, de difícil acesso e até mesmo perigoso para o tratamento dos portadores de transtornos mentais e dependentes químicos. CONSIDERANDO a incipiência da RAPS em relação a proporcionar minimamente o acesso e tratamento necessários aos numerosos portadores de transtornos mentais e dependentes químicos. CONSIDERANDO que as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais existentes são insuficientes, sendo pífio o número de leitos em Hospitais Gerais no Brasil e, na maioria das vezes, sem estrutura e com falta de recursos humanos capacitados. O Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e demais instituições que assinam este documento recomendam: 1 - Que os serviços existentes, e os que venham a ser criados, sejam fiscalizados e cumpram com o que determina a Lei Federal 10.216/2001, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina, em especial a Resolução CFM 2.057/2013 que versa sobre condições de tratamento e segurança no atendimento. 2 - Que todas as Portarias do Ministério da Saúde irregulares, no que tange à inobservância e/ou supressão das garantias e direitos elencados e assegurados pela Lei Federal 10.216/2001, sejam corrigidas e complementadas. 3 - Que o tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais tenha, como eixo principal, os Ambulatórios Especializados, com atendimentos multiprofissionais, realizados por pessoal habilitado e capacitado, pois têm a melhor relação de eficiência, resultados e de custo-benefício infinitamente melhor do que o sistema existente hoje no Brasil, que despreza este tipo de tratamento, eficaz no mundo todo. 4 - Que a rede de Caps já existente seja mantida e melhorada, considerando-se sua finalidade principal que é a reabilitação e tratamento de pacientes graves com quadros persistentes e/ou crônicos, que necessitam de serviços especializados intermediários entre o Ambulatório e a internação plena. 5 - Que os leitos psiquiátricos existentes em Serviços Hospitalares Especializados sejam mantidos, melhorados e qualificados, como é dever do Estado, e que seu número seja adequado proporcionalmente à população de cada região, conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da

própria Portaria 1.631/2015 do Ministério da Saúde (MS). 6 - Que as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais sejam devidamente criadas, equipadas, tenham recursos humanos adequados e devidamente cadastradas no CNES e no SUS, extinguindo-se a figura do “leito psiquiátrico em hospital geral”, e que hoje funciona sem recursos humanos necessários, prejudicam os pacientes de outras especialidades, provocando aumento do estigma aos portadores de transtornos mentais. 7 - Que o método de avaliação dos estabelecimentos de atenção especializada em Saúde Mental seja revisto de forma que haja critérios técnicos e equivalência com a avaliação aplicada aos demais Serviços Especializados em Saúde de outras especialidades. 8 - Que o Estado elabore, juntamente a especialistas capacitados, sem a exclusão do médico psiquiatra, programas eficazes, devidamente fundamentados em evidências científicas comprovadas internacionalmente, para prevenção de suicídios, para população em circunstâncias de exposição social e para prevenção e tratamento da dependência química. 9 - Que a população de doentes mentais presos possa ser devidamente assistida, ampliando, de acordo com a demanda, os Hospitais de Custódia de Tratamento (HCTPs), melhorando, capacitando e qualificando o atendimento e tratamento nestas unidades; assim como adequando o número de leitos e serviços desta natureza em relação à demanda existente. 10 - Que o acesso ao tratamento medicamentoso seja ampliado, com melhor gama de medicamentos, e que sejam disponibilizados com regularidade aos pacientes atendidos em Serviços de Saúde Mental. 11 - Que a Política Nacional de Saúde Mental seja revista e direcionada para um modelo estruturado com base em uma Rede Integral de Tratamento, nos mais diversos níveis de complexidade, consentâneo com as necessidades dos pacientes; conforme exemplificado e explicado nas Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil, elaboradas pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Associação Médica Brasileira (AMB), Federação Nacional dos Médicos (Fenam), Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp) e é documento oficial adotado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). 12 - Que seja revisto o financiamento de toda área da Saúde Mental, que há vários anos vem sofrendo reduções sucessivas pela não correção dos valores das tabelas, inclusive inferior às demais áreas da saúde em geral. 13 - Que todos os gestores de saúde sejam cientificados desta situação e que tomem as providências suficientes e necessárias para corrigi-las, dentro de sua esfera de administração e competência; para facilitar aos portadores de transtornos mentais o acesso ao tratamento. 14 - Que as Políticas de Saúde Mental e o tratamento aos portadores de transtornos mentais obedeçam e apliquem a Lei Federal 10.216/2001, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM): 1952/2012, 2056 e 2057/2013, 2073/2014, 2116/2015 e 2147/2016, e as sugestões das Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil, elaborado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e instituições parceiras.

**Conselho Federal de Medicina; Associação Brasileira de Psiquiatria, 25 de abril de 2017.**

#### **ANEXO 4. MANIFESTO ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Por uma Vida sem Manicômios, Nota em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial<sup>13</sup>. Em 06 de abril de 2001 foi aprovada a Lei nº 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que trata sobre os direitos das pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico e estabelece a reorientação do modelo assistencial. De lá até hoje é notório seu potencial indutor de transformações e avanços no campo assistencial. A aprovação da Portaria nº 3.088/2011, que estabelece os critérios de organização e implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em todo o país, de forma regionalizada, integra a saúde mental em todos os níveis e pontos de atenção no SUS, abriu uma série de novos debates e desafios para Política de Saúde Mental. De modo particular, no tocante à estruturação dos serviços e implementação de estratégias de atenção psicossocial em redes integradas e regionalizadas de saúde, envolvendo os territórios tanto das capitais quanto dos municípios do interior. Essas medidas têm transformado inegavelmente a atenção pública em saúde mental no país, apesar da agenda neoliberal que pauta as decisões políticas e econômicas nos governos brasileiros desde a década de 1990. Produzem impactos nas políticas sociais e repercussões no sub financiamento das políticas públicas, resultando em ações focalizadas e precarização do trabalho nos setores público e privado. Ademais, repercute na lentidão do processo de substituição total do modelo manicomial e coexistência do parque asilar com os serviços substitutivos. Ou seja, a despeito de todos os avanços, há muito a ser ainda conquistado. O dia 18 de maio vem nos lembrar disso. Contudo, na atualidade, o Brasil está vivendo um claro retrocesso no âmbito das políticas públicas e dos direitos sociais. Em várias cidades brasileiras é possível observar movimentos sociais, entidades profissionais, cidadãos em geral, em defesa de uma sociedade mais justa e solidária, posicionando-se frontalmente contra a desigualdade social e a violação de direitos que tal retrocesso causa. É evidente que precisamos injetar um novo vigor ao Movimento da Luta Antimanicomial frente aos novos e históricos embates da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este desafio que não se restringe, de modo algum, à consolidação de um sistema público de saúde universal como o SUS, mas diz respeito, principalmente, ao enfrentamento incansável dos fundamentalismos, da intolerância, da xenofobia e do incitamento ao ódio cada vez mais acirrado no cenário nacional. A Psicologia, enquanto ciência e profissão, é parte importante desse processo de lutas e conquistas democráticas, não deve operar jamais como sustentáculo da lógica hegemônica que produz exclusão social, patologização e medicalização da vida. Não queremos ser “os concessionários do poder e da violência” como dizia Basaglia. Dentre os programas de pós-graduação associados à Anpepp, há inúmeros pesquisadores que desenvolvem investigações, intervenções e publicações propondo novas questões que confrontem as formulações já estabelecidas e as tendências alinhadas ao ideário neoliberal, revigorando a dimensão reflexiva, crítica e propositiva do projeto político e social da Reforma Sanitária e Psiquiátrica. A Anpepp, juntamente com esse coletivo que protesta, posiciona-se em defesa do cuidar em liberdade, porque “a liberdade é terapêutica”! Agrega-se àqueles que intencionam penetrar nas engrenagens sociais e tensionar seus mecanismos, ação cuja força política

---

<sup>13</sup> “Por uma Vida sem Manicômios”: Nota da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia. Ver em <[http://www.anpepp.org.br/download/download?ID\\_DOWNLOAD=21](http://www.anpepp.org.br/download/download?ID_DOWNLOAD=21)>

está em se constituir como ato de resistência aos modos conservadores e reducionistas de ver a vida, potencializando as estratégias voltadas à valorização das múltiplas formas de viver e das transformações institucionais que precisamos operar. Lutemos “Por uma sociedade sem Manicômios”. Desejemos uma vida sem manicômios!

**ANPEPP, maio de 2017.**