

Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto René Rachou  
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

**Trajetória de Formação dos Trabalhadores de Saúde  
Mental do Município de Betim/MG: experiência de  
Educação Permanente em Saúde**

por

**Dirley Lellis dos Santos Faria**

Belo Horizonte 2020

TESE DSC – IRR D. L. S. FARIA2020

Dirley Lellis dos Santos Faria

**Trajetória de Formação dos Trabalhadores de Saúde Mental do  
Município de Betim/MG: experiência de Educação Permanente  
em Saúde**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva – área de concentração Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

Orientação: Profa. Dra. Celina Maria Modena

Coorientações: Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto

Profa. Dra. Kênia Lara Silva

Belo Horizonte

Catálogo-na-fonte  
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ  
Biblioteca do IRR  
CRB/6 1975

F224t  
2020

Faria, Dirley Lellis dos Santos.

Trajetória de Formação dos Trabalhadores de Saúde Mental do Município de Betim/MG: experiência de Educação Permanente em Saúde/ Dirley Lellis dos Santos Faria – Belo Horizonte, 2020.

XIV, 313 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 237-254

Tese (Doutorado) – Tese para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou. Área de concentração: Ciências Sociais e Humanas em Saúde

1. Educação Profissional em Saúde Pública. 2. Assistência em Saúde Mental 3. Profissionais de Saúde. I. Título. II. Modena, Celina Maria (Orientação). III. Ferreira Neto, João Leite (Coorientação). IV Silva, Kênia Lara (Coorientação).

CDD – 22. ed. – 379.1

Dirley Lellis dos Santos Faria

# **Trajetória de Formação dos Trabalhadores de Saúde Mental do Município de Betim/MG: experiência de Educação Permanente em Saúde**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva – área de concentração Ciências sociais e humanas em saúde.

Orientação: Profa. Dra. Celina Maria Modena

Coorientação: Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto

Profa. Dra. Kênia Lara Silva

## **Banca examinadora**

Profa. Dra. Celina Maria Modena (IRR FIOCRUZ MINAS) Presidente

Prof. Dr. José Paulo Giovanetti (UFMG) Titular

Profa. Dra. Karla Gomes Nunes (PUC Minas) Titular

Profa. Dra Mônica Eulália da Silva Januzzi (Faculdade Pitágoras) Titular

Profa. Dra Ana Regina Machado (EPS/MG) Titular

Profa. Dra Paloma Ferreira Coelho Silva (IRR FIOCRUZ MINAS) Suplente

**Tese defendida e aprovada em Belo Horizonte, 12 de agosto 2020.**

A todos que de alguma forma contribuíram com minha formação...

## **AGRADECIMENTOS**

À professora Celina Maria Modena, por acreditar em mim e me acolher no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, inicialmente, como aluna em disciplina isolada e, depois, como sua orientanda. Agradeço imensamente pelo incentivo e pela parceria afetuosa. Durante esses anos, mais do que interlocuções acadêmicas, compartilhamos a vida.

Aos professores João Leite Ferreira Neto e Kênia Lara Silva, por aceitarem ser coorientadores, apesar de todo o acúmulo de trabalho. Agradeço a disponibilidade e as contribuições sempre pertinentes.

Aos professores e colegas do IRR Fiocruz/MG que me proporcionaram momentos de reflexão e discussões entusiasmadas.

Aos colegas do Centro de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil (CERSAMI) de Betim, pelo apoio e incentivo à realização do doutorado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Betim, pelo apoio na realização da pesquisa.

Aos trabalhadores participantes da pesquisa que me acolheram nos serviços e compartilharam suas histórias, seus saberes, suas frustrações e realizações, se emocionando e me fazendo emocionar com suas narrativas.

Às pessoas que marcaram minha trajetória de vida e de trabalho, especialmente, a amiga Rosângela, presente comigo desde o início, quando também assumiu o desafio de fazer mestrado na mesma instituição. Agradeço pela presença, por todas as descobertas, tristezas e alegrias compartilhadas.

À minha mãe, exemplo de determinação e luta; aos meus irmãos, cunhadas e cunhados, pelo apoio carinhoso; aos amigos que estiveram comigo, me fortalecendo e me encorajando.

À minha ajudante Ângela, que cuidou da minha casa, da minha família e também de mim, para que eu pudesse estudar de forma tranqüila, oferecendo, inclusive, muitas vezes, um café fresquinho para me estimular e afastar o cansaço.

Ao Paulinho, meu amado companheiro, que tem sido o suporte da minha vida, e aos nossos filhos João e Tiago, que são “o melhor de nós dois”.

A Deus, cuja fé me trouxe aqui.

A vocês todos, o meu afeto e a minha profunda gratidão.

## RESUMO

A Reforma Psiquiátrica foi um movimento mundial de luta por transformações nas práticas de atenção ao sofrimento mental que, a partir da década de 60, se desdobrou em experiências concretas em diversos países. Experiências de desospitalização, mas, principalmente, a experiência italiana de desinstitucionalização, trouxeram novos parâmetros e conhecimentos para o cuidado das pessoas. É nesse contexto de mudanças e de novas formas de organizar o trabalho em saúde a partir da Reforma Sanitária que se constituiu também a Reforma Psiquiátrica brasileira. O município de Betim/MG participou ativamente do processo de mudança do sistema de saúde, criando em 1994 serviços substitutivos ao manicômio, e vem sustentando há 26 anos a proposta de um cuidado em liberdade. A criação desses serviços trouxe inúmeros desafios, entre eles, a formação de seus trabalhadores. Frente a esse desafio foi necessária a formação nos próprios serviços. O presente estudo busca compreender criticamente esse fenômeno, a partir da trajetória dos trabalhadores de Saúde Mental do município. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, orientada pelo referencial teórico-metodológico da hermenêutica-dialética. Os instrumentos de coleta de dados foram as entrevistas narrativas e o grupo focal. Com a análise das narrativas dos participantes da pesquisa constatamos que o modelo de Atenção Psicossocial trouxe novas formas de organização dos serviços em saúde mental, que tem sido desenvolvido por equipes multidisciplinares, numa proposta de trabalho interprofissional. Compreendemos que seus profissionais aprenderam a trabalhar a partir do trabalho coletivo e de alguns dispositivos, tais como: reuniões, fóruns e oficinas. Foram atores ativos, promovendo seminários e encontros diversos, bem como tiveram, em certos momentos, supervisões clínico-institucionais. A integração ensino-serviço também favoreceu a formação de todos os envolvidos no processo. Os profissionais puderam reconstruir lugares identificatórios distintos de suas categorias específicas, se reconhecendo como trabalhadores da Saúde Mental (SM). O cuidado desenvolvido demandou saberes múltiplos, desde saberes técnicos diversos até aqueles construídos a partir da intuição, do contato direto com os usuários, das experiências trazidas pela vida. Embora reconheçam que o trabalho em equipe e os dispositivos de reflexão coletiva são essenciais para sustentação do modelo psicossocial, enfrentam desafios para mantê-los, o que compromete o cuidado. Percebemos o quanto os profissionais de Betim estão implicados ética e politicamente com a proposta da Atenção Psicossocial, embora vivam condições difíceis de sustentar o trabalho com qualidade. Os inúmeros desafios que se têm enfrentado devido à falta de investimentos na saúde pública, bem como o acirramento das desigualdades

sociais acentuando os problemas de saúde mental, têm levado ao desgaste das relações entre os trabalhadores, bem como ao seu adoecimento. Podemos afirmar que esses trabalhadores vivenciaram efetivamente a Educação Permanente em Saúde (EPS) conforme preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), considerando o trabalho como lugar de aprendizagem e de interação dos profissionais entre si e com os usuários como dispositivos dos processos educacionais. No entanto, a EPS por si só não garante transformações nos serviços, sendo necessárias mudanças estruturais na saúde e na sociedade.

**Palavras-chave:** Educação Permanente em Saúde; Saúde Mental; Trabalho em saúde.



## **ABSTRACT**

*The Psychiatric Reform was a worldwide movement to fight for changes in the practices of attention to mental suffering that, from the 1960s onwards, unfolded into concrete experiences in several countries. Experiences of de hospitalization, but, mainly, the Italian experience of deinstitutionalization, brought new parameters and knowledge for the care of people. It is in this context of changes and new ways of organizing health work from the Health Reform that the Brazilian Psychiatric Reform was also formed. The municipality of Betim/MG actively participated in the process of changing the health system, creating in 1994 services that substitute the asylum, and has been supporting the proposition of free care for 26 years. The creation of these services brought numerous challenges, including the training of its workers. Faced with this challenge, training in the services themselves was necessary. The present study seeks to critically understand this phenomenon, based on the trajectory of mental health workers in the municipality. The methodological framework was based on qualitative research guided by hermeneutics-dialectics. The data collection instruments were narrative interviews and a focus group. With the analysis of the narratives of the research participants, we found that the Psychosocial Care model brought new forms of organization of mental health services, which has been developed by multidisciplinary teams, in a proposal for interprofessional work. We understand that its professionals learned to work from collective work and some devices, such as: meetings, forums et workshops. They were active actors, promoting various seminars and meetings, as well as, at certain times, had clinical-institutional supervision. The teaching-service integration also favored the training of all those involved in the process. The professionals were able to reconstruct identifying places distinct from their specific categories, recognizing themselves as mental healthcare workers. The care developed demanded multiple knowledge, from different technical knowledge to that built from intuition, from direct contact with users, from the experiences brought by life. Although they recognize that teamwork and collective reflection devices are essential to support the psychosocial model, they face challenges to maintain them, which compromises care. We realize how much the Mental Health professionals of Betim are ethically and politically involved with the Psychosocial Care proposal, although they are experiencing difficult conditions to sustain quality work. The countless challenges that have been faced due to the lack of investments in public health, as well as the worsening of social inequalities, accentuating the problems of Mental Health, have led to the erosion of the relationships between workers, as well as their illness. We can affirm that these workers actually experienced Permanent Health Education as recommended by National Policy Permanent Health Education, considering work as a place of learning and the interaction of professionals among themselves and with users as devices of the educational processes. However, alone Permanent Health Education does not guarantee changes in services, requiring structural changes in health and society.*

**Keywords:** *Permanent Health Education; Mental health; Health work.*

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fases da Educação Permanente.....	39
Quadro 2 – Conceitos sobre Educação Permanente em Saúde.....	77
Quadro 3 – Caracterização dos participantes.....	160
Quadro 4 – Atitudes e habilidades necessárias no trabalho .....	291
Quadro 5 – Educação Permanente em Saúde .....	296
Quadro 6 – Mudanças nas Profissões.....	301
Quadro 7 – Desafios e Contradições do Projeto de Saúde Mental.....	307

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental

CERSAMI – Centro de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil

CIES – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço

CISMEP – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNRH – Conferência Nacional de Recursos Humanos

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

COAPES – Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREIAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social

DGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

EIP – Educação Interprofissional em Saúde

ESF – Estratégia da Saúde da Família

EP – Educação Permanente

EPS – Educação Permanente em Saúde

ERD – Escola de Redutores de Danos

ESPMG – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HPRB – Hospital Público Regional de Betim

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IRS – Instituto Raul Soares

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica

NOB/RH-SUS – Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde

OCDE – Organização da Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PAPS – Paradigma da Atenção Psicossocial

PEPS – Polo de Educação Permanente em Saúde

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNSM – Política Nacional em Saúde Mental

PPHM – Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico

PRO EPS-SUS – Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde

PRORESIDENCIA – Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Prioritárias

PRÓ Saúde – Programa de Reorientação da Formação em Saúde

PET Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde

PTS – Projeto Terapêutico Singular

PUC Minas Betim – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – sede Betim

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RMSM – Residência Multiprofissional em Saúde Mental

RPb – Reforma Psiquiátrica brasileira

RS – Reforma Sanitária

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

SM – Saúde Mental

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TR – Técnico de Referência

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNASUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

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

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

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

*O homem não só é o único ser que precisa de vestuário para cobrir a própria vulnerabilidade (cf. Gn 3, 21), mas também o único que tem necessidade de narrar-se a si mesmo, “revestir-se” de histórias para guardar a própria vida. Não tecemos apenas roupa, mas também histórias: de facto, servimo-nos da capacidade humana de “tecer” quer para os tecidos, quer para os textos. As histórias de todos os tempos têm um “tear” comum: a estrutura prevê “heróis” — mesmo do dia-a-dia — que, para encaixar um sonho, enfrentam situações difíceis, combatem o mal movidos por uma força que os torna corajosos, a força do amor. Mergulhando dentro das histórias, podemos voltar a encontrar razões heróicas para enfrentar os desafios da vida.*

(Papa Francisco em Mensagem para o 54º. Dia Mundial das Comunicações Sociais)

## Sumário

1 INTRODUÇÃO .....	15
2 OBJETIVOS .....	28
Objetivo geral:.....	28
Objetivos específicos: .....	28
3 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL.....	29
3.1 Educação Permanente .....	29
3.1.1 Educação Permanente – um conceito histórico.....	29
3.1.2 Bases teóricas do conceito Educação Permanente adotado pela UNESCO.....	33
3.1.3 Educação Permanente no Brasil – análise crítica.....	41
3.1.4 E a história continua.....	45
3.2 Educação Permanente em Saúde.....	48
3.2.1 Contexto histórico .....	48
3.2.2 EPS propagada pela OPAS — fundamentação teórica .....	54
3.2.3 Educação Permanente em Saúde no Brasil.....	59
3.3.1 Bases conceituais .....	81
3.3.2 Problematizando a PNEPS .....	93
3.4 Reforma Psiquiátrica.....	101
3.4.1 Principais Matrizes Históricas das Ideias e Práticas em Saúde Mental a partir da Modernidade.....	101
3.4.2 Consolidando o saber psiquiátrico – as experiências de reformas.....	106
3.4.3 Reforma Psiquiátrica no Brasil/Minas Gerais.....	113
3.4.4 Conferências Nacionais de Saúde Mental e Formação dos Trabalhadores .....	119
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	125
4.1 Fundamentação teórica.....	125
4.1.1- A Hermenêutica como a arte da compreensão .....	126
4.1.2 A dialética como a arte do estranhamento e da crítica .....	135
4.1.3 Dialética e Hermenêutica — o debate entre Habermas e Gadamer .....	139

4.1.4 Metodologia hermenêutica-dialética.....	143
4.2 Por onde caminhamos... ..	147
4.2.1 Caracterização do campo .....	147
4.2.2 - Estratégias metodológicas .....	155
5 RESULTADOS.....	161
5.1 Narrativa Construída .....	162
5.2 Artigo 1 - Educação Permanente em Saúde: narrativa dos trabalhadores de Saúde Mental de Betim/Minas Gerais/Permanent Health Education: narrative of the Mental Health workers of Betim / Minas Gerais.....	173
5.3 Artigo 2 - Saúde Mental e Interprofissionalidade: experiência de Betim, Minas Gerais, Brasil/Mental Health and Interprofessionality: Betim experience, Minas Gerais, Brazil/Salud mental e interprofesionalidad: Betim experience, Minas Gerais, Brasil.....	193
5.4 Artigo 3 - O Cuidado na Atenção Psicossocial de Betim/MG: Potencialidades e Desafios .....	210
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	227
7 REFERÊNCIAS.....	236
8 APÊNDICES.....	254
Apêndice 1 - Artigo de Revisão .....	254
Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Entrevista individual.....	283
Apêndice 3 – Pareceres dos Conselhos de Ética .....	287
Apêndice 4 – Roteiros de Coleta de Dados.....	289
Apêndice 5 - Recortes do Processo de Análise .....	290
Apêndice 6 - Artigo aprovado - PHYSIS-2019-0287.R1 - Physis Revista de Saúde Coletiva   Decision on Manuscript ID PHYSIS-2019-0287.R1 .....	313



## 1 INTRODUÇÃO

A atenção em saúde mental no Brasil, nas últimas três décadas, tem passado por mudança de paradigma assistencial iniciada com a Reforma Psiquiátrica. Após mais de 30 anos de reivindicações iniciadas pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que foram impulsionados pelo Movimento pela Reforma Sanitária, na década de 1980, o Brasil conquistou mudança significativa na legislação de saúde mental, com a promulgação da Lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

A Reforma Psiquiátrica foi um movimento mundial de luta por transformações nas práticas de Atenção ao sofrimento mental que, a partir da década de 60, se desdobrou em experiências concretas em diversos países, cuja diversidade se estende desde mudanças cosméticas no manicômio até propostas de desospitalização, de desinstitucionalização e de extinção dos manicômios (COSTA-ROSA, 2013). A desinstitucionalização, segundo Amarantes (1997), é um processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções, em torno não mais da doença mental, mas da existência-sofrimento dos sujeitos em sua relação com o corpo social.

A instituição hospitalar oculta um paradigma: o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), que é definido por Costa-Rosa (2013), como se tratando da reprodução das relações sociais e intersubjetivas dominantes, basicamente relações de domínio e subordinação. Nesse paradigma, o objeto definido é a doença, o sintoma, o conflito. Os meios são os medicamentos.

O modelo que anuncia outra forma possível de cuidar do sujeito em sofrimento mental, agora denominado por nós, seguindo Costa-Rosa (2013), de Paradigma da Atenção Psicossocial (PAPS), se caracteriza por um conjunto de práticas cujo arcabouço teórico-técnico e ético-político caminha na direção da superação do manicômio.

Nesse paradigma, o objeto é o sujeito em sofrimento. Os meios de ação são múltiplos e variáveis conforme a situação e conjugam-se em articulações interprofissionais integradas. A terapêutica preza as possibilidades do exercício da palavra como o meio essencial da ação. Buscam-se estratégias singulares de acordo com as demandas de sofrimento (OLIVEIRA; CALDANA, 2014).

O PAPS compreende o processo saúde-doença como resultante de processos biopsicossociais complexos, que demandam uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, com ações inseridas em uma diversidade de dispositivos comunitários e territorializados de atenção e de cuidado.

Embora esse modelo psicossocial de saúde mental seja acolhido como política do Ministério da Saúde para o país, principalmente após a promulgação da Lei n. 10216/2001 (BRASIL, 2001), algumas experiências municipais pioneiras foram importantíssimas para a concretização da Reforma.

Ao lado de outros municípios brasileiros, Betim teve um papel pioneiro na Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb), pela implantação, a partir da década de 90, de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, constituindo, desde então, uma experiência corajosa e inovadora, que adquiriu destaque nacional.

Naquela época, foram criados dois Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) - como são chamados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município - e um Centro de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil (CERSAMi) assegurando a atenção aos portadores de sofrimento mental grave e persistente, sobretudo em situações de crise, que até então eram encaminhados para os hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte. Foram constituídas também pequenas equipes de Saúde Mental para atendimento de adultos, crianças e jovens em algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município (quatro). De fato, já nos primeiros anos do funcionamento dessa rede, as internações nos hospitais psiquiátricos da capital sofreram redução expressiva, caindo de 637 para 13 internações/ano (MINAS GERAIS, 2010).

Nos anos subsequentes, a rede de serviços substitutivos foi se consolidando. Hoje, Betim conta com três CERSAMs para o atendimento de adultos, dois dos quais tipo CAPS III e um tipo CAPS II; um Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas (CAPSad), tipo III; um CERSAMI para o atendimento de crianças e adolescentes; um centro de convivência; três serviços residenciais terapêuticos e algumas equipes intermediárias de SM na Atenção Básica (23 trabalhadores no total). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – como passou a ser denominada a partir de 2011 – no município de Betim busca assegurar a integralidade do atendimento e a universalidade de acesso, oferecendo as várias linhas de cuidado requeridas pelo portador de sofrimento mental em momentos distintos de seu percurso, de forma regionalizada, descentralizada e intersetorial, numa perspectiva interdisciplinar.

Em Betim, como nas demais partes do país, os CAPS e os outros dispositivos de Saúde Mental prometem fazer a crítica do mundo manicomial e ser lugar de construção de práticas alternativas e substitutivas. São lugares onde se aposta no novo, contudo, ali também se está diante da permanente tensão entre o novo e o velho fazer psiquiátrico e/ou seus equivalentes. Merhy (2013) pontua que aquele que promete ser alternativo e substitutivo de um outro modo de produzir ações de saúde só pode estar no “olho do furacão”: apostar alto desse jeito é permitir estar no lugar do acontecer em aberto e experimental, é inventar coisas não pensadas e não resolvidas, construir caixas de ferramentas, muitas vezes em ato.

Os serviços de Saúde Mental (SM) têm sido campo de práxis e de produção de conhecimentos. Seus profissionais têm produzido saberes sobre o adoecimento/tratamento das pessoas com sofrimento mental. Nossa tese é de que os espaços de produção do cuidado na saúde mental passaram a ser cenários de produção de novos saberes, pois os trabalhadores buscaram novas propostas de cuidado às pessoas com sofrimento mental e experimentaram desconfortos diante de realidades distintas do que aprenderam na formação, vivenciando a EPS. Esse processo, no entanto, não se deu de forma independente das relações de produção do trabalho capitalista. De acordo com a definição pedagógica de Ceccim (2005a), identifica-se, aqui, a EPS como o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

Enquanto trabalhadora da RAPS de Betim há quase 25 anos pude vivenciar esse processo de reflexão do trabalho e de produção de novas formas de cuidado em SM. Porém, foi após ser convidada para a Diretoria de Educação em Saúde, como gerente de integração ensino-serviço, que pude vivenciar a construção de uma política para a formação dos trabalhadores do SUS. Ali, pude compreender o desafio que é a EPS e a necessidade de formarem trabalhadores para atender às reais necessidades dos usuários do nosso sistema de saúde. Pude me envolver com programas federais de integração ensino-serviço, como o Pró-Saúde, o PET Saúde, incluindo o PET-Saúde Mental, o Ver-SUS, entre outros. Também implantamos duas residências multiprofissionais no campo da Saúde Mental em parceria, primeiramente, com a Escola de Saúde Pública/ESPMG e, depois, com a PUC Minas Betim; e a Residência em Psiquiatria, além de outros programas de residências no campo da saúde. Neste período também foi implantado, em Betim, o primeiro curso de medicina da PUC Minas em parceria com a Secretaria de Saúde do município.

Com meu retorno à assistência em SM e com a chegada de novos profissionais na RAPS Betim constatei que a formação continuava sendo uma questão importante. Também pude escutar dos diversos profissionais o quanto a formação é uma demanda permanente, independente do tempo de serviço do trabalhador. Podemos dizer sobre a necessidade da EPS visto a complexidade das demandas à SM.

A despeito dos vários desafios que se colocam para a rede de serviços de SM de Betim, pode-se dizer que a experiência dos profissionais e serviços, ao longo dos últimos anos, constitui importante legado a ser estudado e avaliado também na questão da formação. Vários trabalhadores foram refletindo sua prática e se formando em serviço. A experiência cotidiana e as situações reais vivenciadas possibilitaram aprendizagens diversas. As supervisões, oficinas, encontros e demais atividades formativas também ajudaram nesse processo, bem como os estudos acadêmicos e pesquisas desenvolvidas pelos trabalhadores do SUS Betim.

Assim, foi como uma pesquisadora implicada com seu objeto de estudo que me debrucei sobre o tema Educação Permanente em Saúde Mental. Entendendo, no entanto, que era necessário um distanciamento do objeto para sua maior compreensão. Foi um exercício difícil, mas tive a ajuda de colegas e orientadores, bem como de pesquisadores de outras realidades com os quais pude dialogar, seja em sala de aula, seja em encontros científicos. Ao comparar minha experiência pude perceber as diferenças e as semelhanças, reconhecendo a sua alteridade, vivenciando o que Gadamer (1997) denomina de “estranhamento” e “familiaridade” no processo de compreensão:

[...] a consciência hermenêutica sabe que não pode estar vinculada à coisa em questão, ao modo de uma unidade inquestionável e natural, como se dá na continuidade ininterrupta de uma tradição. Existe realmente uma polaridade entre familiaridade e estranheza, e nela se baseia a tarefa hermenêutica [...] (GADAMER, 1997, p. 442).

Compreender e analisar criticamente o processo de produção de conhecimentos e de educação permanente foi a proposta desse estudo. Para Gadamer (2002), compreender pressupõe tanto a crítica e a contestação do que se estagnou quanto o reconhecimento e a defesa das ordens estabelecidas. Nesse sentido, buscamos com nossa pesquisa compreender criticamente o processo que vivenciamos em Betim. Isso implica autoquestionamento e autoconhecimento. Entretanto, como nos diz o filósofo: “uma investigação que não mexa conosco, que sirva apenas para satisfazer nossas expectativas, não merece propriamente ser promovida” (GADAMER, 2002, p. 53).

Porém não realizamos esse estudo apenas para crescimento pessoal. Entendemos que o mesmo é de grande relevância, pois, nos últimos anos, a RAPS tem sofrido retrocessos em sua proposta antimanicomial. O estudo vem contribuir para a compreensão crítica do processo de educação dos trabalhadores em saúde mental de forma geral, colaborando, assim, com a dimensão epistêmica ou teórico-conceitual da RPb (AMARANTE, 2015).

A RPb precisa ser constantemente discutida, problematizada, ressignificada também através de pesquisas científicas. A fim de compreender a complexidade do trabalho em SM, é necessário evocar o caráter dialético em sua essência. Nenhuma reforma nasce com o objetivo de ‘simplesmente’ superar o modelo anteriormente criticado. Ela nasce como uma crítica e deve também ser criticada (PINHO; KANTORSKI, 2011). O CAPS, por exemplo, como proposta de um espaço de tratamento, de inserção, de resgate da autonomia e da identidade, precisa ser questionado permanentemente. Sem isso, corre-se o risco de reproduzir, nesses e nos demais serviços extra-hospitalares, o mesmo espaço de cronificação existente no hospital psiquiátrico (WETZEL et al., 2011). Além disso, enfrentamos, na atual conjuntura política, um processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica. Portanto, é necessário sustentar espaços de reflexão crítica nos serviços e fora deles para seu fortalecimento, principalmente nesse momento de retrocessos. Essa foi a proposta desse estudo.

Começamos, então, com um exercício de distanciamento e de reconhecimento de outras realidades por meio da revisão da literatura<sup>1</sup>. Os estudos referentes à educação permanente na SM apontaram para as mudanças que ocorreram nos processos de trabalho a partir da reforma psiquiátrica, para as contradições e desafios que permeiam os novos serviços, bem como para as concepções dos trabalhadores em relação à formação permanente nos serviços.

A despeito das diferenças dos serviços em todo país, pesquisadores constataram uma evidência inquestionável de transformação do cuidado quando comparado ao modelo asilar, alicerçada no questionamento, na reflexão e, sobretudo, na experimentação de relações interpessoais mais dialógicas e na escuta do outro (NUNES et al., 2008). O cuidado, nessa perspectiva, vem promovendo a reestruturação de equipes e serviços especializados, ofertando ações como consultas e tratamentos ambulatoriais, atenção intensiva diária em permanência-dia, internação integral breve, entre outras (VALADARES; SOUZA, 2014).

---

<sup>1</sup> Elaboramos um artigo de revisão sobre o tema Educação Permanente em Saúde Mental, que está no final da tese (Apêndice 1: pag. 260).

As equipes multiprofissionais têm implantado uma lógica de organização do trabalho a partir do acolhimento, da construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) com a definição de Técnicos de Referência (TR) e discussão coletiva de casos clínicos de maior complexidade. Destaca-se a inserção dos usuários em grupos terapêuticos e ocupacionais, em conformidade com suas necessidades e desejos, inclusive com a perspectiva de inserção no mercado de trabalho (SAMPAIO et al., 2011).

Segundo Dal Poz et al. (2012), no campo da SM, não predomina o uso denso das tecnologias de apoio diagnóstico e de tratamento presentes nas demais especialidades da saúde, baseadas em dispositivos biomédicos. Aqui, a tecnologia é essencialmente humana, ou seja, é uma área “recursos humanos-dependente”.

Visualiza-se, portanto, a incorporação das tecnologias leves inscritas no campo relacional, como ferramentas imprescindíveis à operacionalidade dos processos de trabalho, implicando a construção de novo modo de operar as relações dos trabalhadores entre si e destes com os gestores e usuários dos serviços (SAMPAIO et al., 2011). As tecnologias leves, leve-duras e duras – conforme descritas por Merhy (2013) – estão, segundo Coimbra et al. (2013), presentes no cotidiano das práticas dos serviços, sendo que o acolhimento, o vínculo e a escuta são fatores identificados como leves; o conhecimento científico e os saberes estruturados como leve-duras; e os equipamentos tecnológicos, prontuários, os psicofármacos, as normas e a estrutura organizacional como duras.

Assim, o modelo psicossocial apresenta uma nova organização do trabalho, com diferentes exigências técnicas e dispositivos de cuidado. Nos CAPSs, por exemplo, exige-se disponibilidade para negociar e compartilhar saberes e práticas com os usuários, familiares e equipe multiprofissional. Neste sentido, implica o uso de ferramentas relacionais, habilidades e atitudes terapêuticas, conforme destacado também pelos estudos de Silveira e Alves, (2003); Honorato e Pinheiro (2008) e Silva et al., (2013).

Há estudos (HONORATO, PINHEIRO, 2008; SILVA et al.,2009; SILVA et al., 2013) que destacam a necessidade de uma atitude de colaboração entre os integrantes da equipe multiprofissional, requerendo que todos ocupem seus espaços e participem das atividades do cuidado, bem como uma postura crítico-reflexiva e uma atitude diferenciada frente ao outro.

Assim, é exigida dos profissionais da SM a permanente revisão de suas práticas para além das políticas, técnicas e teorias, num processo de educação permanente.

Também, segundo o estudo de Carvalho et al. (2008), esse trabalho precisa ser mais comprometido com a realidade sociocultural e política dos usuários, com o compartilhar de ações e responsabilidades entre os profissionais, e menos focado na doença, no rótulo diagnóstico, no mero ajustamento dos sujeitos e no outro como objeto de intervenção tecnicista. E, segundo Silva e Fonseca (2005), as necessidades das pessoas em sofrimento mental devem ser as forças propulsoras de agenciamento de respostas para seus problemas reais, engendrando formas múltiplas de respostas e convocando todo o potencial dos atores em cena para viabilizá-las.

Assim, é necessário entrar em contato mais próximo com o “paciente”, construir um trabalho mais articulado com profissionais de outras áreas, ressignificando o seu próprio saber, rompendo, portanto, com uma prática tradicionalmente instituída e reproduzida nos cursos de formação (KODA; FERNANDES, 2007); pois, como salienta Almeida e Trevisan (2011), as novas práticas e o novo modelo de SM destinam-se a promover o desenvolvimento de projetos não mais num setting terapêutico fechado, mas nos espaços de vida da pessoa e em atividades do cotidiano que lhe sejam significativas, garantindo sua participação ativa no processo terapêutico.

Nesse sentido, a transversalidade da rede, as relações entre seus diferentes dispositivos, o trabalho no território, exigem dinamicidade e, principalmente, criatividade por parte dos trabalhadores. Considerando que os fluxos de conexão das redes operam na saúde mental por força da ação dos trabalhadores e que os movimentos de todos devem ser partilhados e articulados entre si, a capacidade de trabalhar em grupo se torna essencial na SM (QUINDERÉ et al., 2014).

As novas formas de organização, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos, o entrelaçamento entre estratégias de cuidado e estratégias de responsabilização ou interpelação do sujeito se configuram como aspectos relevantes para atuação de trabalhadores no modelo de atenção psicossocial (RAMOS et al., 2013). Sendo assim, o trabalho demanda recursos afetivos, posturas profissionais, habilidades e competências que ultrapassam os limites do conhecimento formal: capacidade de

comunicação, cooperação, liderança e resolução de conflitos interpessoais, dentre outras (OLIVEIRA et al., 2009).

Os estudos científicos, no entanto, têm apontado inúmeros desafios para esse modelo de atenção. A complexidade gerada nas novas formas de cuidado tem exigido que os serviços lidem com toda ordem de contradições, inclusive o velho fazer psiquiátrico.

Embora os recentes serviços estejam pautados no paradigma psicossocial, tendo seu objeto de trabalho ampliado, as práticas dos profissionais, em muitos momentos, continuam voltadas para um objeto limitado – a doença mental, trazendo traços do paradigma tradicional. É no cotidiano dos profissionais que diferentes práticas reformistas são misturadas com práticas manicomiais. Vários trabalhos (KODA; FERNANDES, 2007; CARVALHO et al., 2008; NUNES et al., 2008; WETZEL et al., 2011; LEÃO; BARROS, 2012; MEDEIROS et al., 2016) confirmam a persistência de sérios problemas nesse campo: o processo de medicalização, o apagamento das subjetividades, o controle dos sujeitos, a verticalização da assistência, o privilégio da técnica, as ações intrainstitucionais, entre outros.

Delgado (2015) chama a atenção para dificuldade de consensos técnicos praticados na SM. Como exemplo, podemos citar a pesquisa realizada por Nunes et al. (2008), em Salvador/BA, demonstrando a coexistência de três modelos de cuidado no CAPS: o modelo biomédico humanizado, o psicossocial com ênfase na instituição, e o psicossocial com ênfase no território, revelando pontos de conflito entre os profissionais na forma de vislumbrar a Reforma Psiquiátrica desejada e o alcance das práticas nessa perspectiva.

Outra contradição fortemente destacada por diversos estudos foi o despreparo dos trabalhadores para a prática exigida no cotidiano dos serviços, principalmente, quando começam a trabalhar nos CAPS. De modo geral, as equipes não possuem um conhecimento teórico suficiente sobre o próprio sistema de saúde no qual estão inseridas (REZENDE, 2003; SOUZA et al., 2007; MILHOMEM; OLIVEIRA, 2009; ALVES et al., 2013; DUTRA; OLIVEIRA, 2014; RIBEIRO, 2015).

Outras pesquisas verificaram também que as condições de trabalho vêm dificultando o processo de implantação do modelo psicossocial. A própria implantação dessa rede de serviços não se constituiu como prioridade nos orçamentos públicos, com reflexos na estrutura das instituições e nas condições de trabalho das equipes (CARVALHO et al., 2008). A grande demanda dos serviços e a falta de diretrizes institucionais que efetivem as parcerias



com a rede foram elencadas (DELFINI et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2009). A falta de experiência e a ausência de formação específica em SM bem como a sobrecarga emocional e as dificuldades no funcionamento dos serviços também foram destacadas por Ribeiro (2015).

Em muitas regiões do país, persiste a flexibilização das relações de trabalho, caracterizada pela diversificação de vínculos empregatícios e desproteção social, falta de reconhecimento profissional, além de condições de trabalho desfavoráveis, conforme demonstra os estudos de Jorge et al. (2007), Delfini et al. (2009), Milhomem e Oliveira (2009). Essas condições, muitas vezes, levam a um distanciamento entre os sujeitos que ali trabalham e os pressupostos básicos da atenção psicossocial, alicerces tão necessários nos serviços de atenção à SM, regidos sob a égide da Reforma Psiquiátrica (RIBEIRO, 2015).

Como podemos observar, as raízes históricas da precarização do trabalho em saúde residem no fato de que os interesses do SUS foram preteridos, enquanto prevaleceram as diretrizes da política econômica. Segundo Dobies e Fioroni (2010), em grande parte do Brasil, há um atraso histórico no cuidado com a SM. Os serviços são recentes, demandando aprimoramentos ou transformações, e a rede de saúde exhibe fragilidades. Os arranjos apresentam avanços ainda insuficientes para dar suporte aos profissionais e atender os usuários.

Vários serviços pesquisados no Brasil, por exemplo, não utilizam o matriciamento como prática do processo de trabalho em saúde e desenvolvem um cuidado fragmentado e pouco articulado (BALLESTER et al., 2005; LUCCHESI et al., 2009; ANDRADE et al., 2013; AZEVEDO et al., 2013). Os resultados dessas pesquisas apontam dificuldades na abordagem dos casos de saúde mental pelas equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), que foram associadas à falta de “capacitação” na área e insuficiências na formação.

Com relação às concepções dos trabalhadores sobre a EPS e suas finalidades, elencamos vários estudos. A EPS pode ser compreendida como transmissão de conhecimento formalizado (GIRADE et al., 2006; TAVARES, 2006; ALMEIDA et al., 2014; FIGUEIRAS et al., 2014; VALADARES; SOUZA, 2014; WEIGELT et al., 2015); como produção de conhecimento a partir da reflexão da prática (BALLESTER et al., 2005; RIOS, 2007; HONORATO; PINHEIRO, 2008; BARROS et al., 2009; MENEZES; YASUI, 2009; SANTOS; NUNES, 2014); como uma forma de cuidado e desenvolvimento do trabalhador (BELMONTE, 2006; GIRADE et al., 2006; OLIVEIRA et al., 2009; OLIVEIRA, CALDANA, 2014); como forma de garantir o atendimento às necessidades dos usuários

(NUNES, 2009a; ANTONACCI et al., 2013; GOMES et al., 2013; GHESQUIERE et al., 2015); e, ainda, como forma de intervenção institucional (RAMOS et al., 2013; FORTES et al., 2014; PEIXOTO et al., 2015; MEDEIROS et al., 2016; SILVA; KNOBLOCH, 2016). Veremos no decorrer da tese que essas concepções estão relacionadas com os conceitos de Educação Permanente desenvolvidos historicamente.

Verifica-se nos estudos citados que a educação tem sido uma recomendação importante para a efetivação de práticas psicossociais na SM, enfatizando a necessidade da criação de estratégias de EPS que contemplem de forma inventiva o tripé teoria-prática-autocuidado e que possibilitem o trabalho em rede em seus diversos níveis (OLIVEIRA; CALDANA, 2014).

Foi enfatizada a necessidade de se criarem “espaços de cuidado” para os trabalhadores, buscando elementos para a construção de estratégias que considerem as vicissitudes do trabalho em saúde mental e as demandas internas – dos profissionais e da equipe, sendo importante analisar os problemas, as dificuldades, as ameaças com que o profissional se depara em seu processo de trabalho. Também foi destacada a necessidade de ter um espaço/tempo nos serviços, para que os trabalhadores possam refletir sobre seus objetivos, sua própria prática, levando-os ao desenvolvimento pessoal, elevação de sua autoestima, propiciando, assim, mais gratificação e prazer no seu desempenho profissional (BELMONTE, 2006; GIRADE et al., 2006; OLIVEIRA et al. 2009; PEIXOTO et al., 2015).

O estudo de Ballester et al. (2005) recomenda que a formação dos trabalhadores deva ser pensada de maneira ampla e permanente a fim de possibilitar a criação de uma cultura na qual o respeito e o reconhecimento da diferença estejam presentes em todos. Já para Girade et al. (2006) as “capacitações” são um recurso importante para garantir aos serviços trabalhadores preparados para entender a *existência-sofrimento* do outro.

A EPS exige, para alguns, além de programas educacionais baseados em definição de competências específicas, processos educativos críticos que visem o desenvolvimento de conhecimentos de caráter interdisciplinar (WEIGELT et al., 2015), sendo importante aproximar os trabalhadores de diferentes referenciais teóricos e metodológicos que conceituam o sujeito para além do cartesiano, possibilitando que o trabalhador reconheça que o processo de cuidar é complexo e demanda ações pautadas na singularidade de cada sujeito (TAVARES, 2006). A EPS requereria então métodos de ensino interativos e críticos, como a abordagem de solução de problemas.

Outro ponto destacado por diversos estudos foi o conhecimento produzido no processo do trabalho vivo: um novo saber que se constrói cotidianamente no exercício constante do profissional na relação com as pessoas (BARROS et al., 2009; GOMES et al., 2013; ALMEIDA et al., 2014; FIGUEIRAS et al., 2014). O estudo de Fortes et al. (2014), por sua vez, ressalta que a iniciativa das equipes em buscar formação coletiva no trabalho está alinhada com o pioneirismo dos movimentos dos trabalhadores em saúde mental que militaram em favor da RPb.

Também o desafio de se criarem redes que possibilitem transformações nas ações de gestão e cuidado, com participação ativa dos diversos atores na produção de estratégias e no controle social das políticas públicas de Saúde, ampliou a concepção da EPS (GOMES et al., 2013). Neste sentido, destaca-se a utilização de estratégias em busca de espaços democráticos, de controle social e de EPS, aspectos relevantes para uma gestão participativa (DAL POZ et al., 2012). Os Fóruns de Saúde Mental e as supervisões clínico-institucionais caminham na direção dessa proposta, constituindo-se como espaços fundamentais para a discussão e a mudança do processo de trabalho da equipe (ALVES et al., 2013).

Os estudos de Belmonte (2006) e de Alves et al. (2013) trouxeram a falta de conexão entre as instituições formadoras e o SUS, enfatizando que raramente essas instituições apresentam ações de formação para melhorar os cuidados de saúde mental e concluíram que a formação dos profissionais precisaria ser continuamente revista de modo a adequar às necessidades dos usuários do SUS.

Também Delgado (2015) destaca que os avanços do saber e da prática em SM não foram acompanhados par e passo pelo conhecimento científico. Segundo o autor houve um importante aumento, a partir de 2008, no número de artigos em periódicos científicos que nomeiam as inovações tecnológicas produzidas na saúde mental do SUS. Artigos sobre CAPS são relativamente numerosos, “mas uma gota d’água no oceano de estudos farmacológicos ou epidemiológicos” (DELGADO, 2015, p. 16); trabalhos sobre residências terapêuticas, a estratégia de redução de danos, o dispositivo do matriciamento, consultórios de rua são raríssimos.

Percebe-se que a mudança do modelo de atenção à SM no Brasil continua tendo na preparação dos profissionais uma fragilidade. Segundo Menezes e Yasui (2009), a sustentabilidade em longo prazo da política assistencial requer a superação da histórica

negligência de políticas para gestão de pessoas no SUS, bem como o enfrentamento da iniquidade distributiva da força de trabalho.

A EPS tem sido apontada como uma estratégia para ajudar na sustentação ao modelo psicossocial. Mas é importante entendermos como esse processo tem acontecido. Observamos que não há pesquisas que façam uma análise do processo de educação permanente no modelo psicossocial, no contexto mineiro, tendo como referência a hermenêutica-dialética, a partir das narrativas dos trabalhadores. Entendemos que nosso estudo traz uma novidade para compreender criticamente como esse processo se deu no município estudado, sendo capaz de contribuir com a dimensão epistêmica do projeto de Atenção Psicossocial do país.

Organizamos esse trabalho a partir de alguns parâmetros científicos, elencados a seguir. Inicialmente, iremos apresentar os objetivos gerais e específicos. No terceiro capítulo apresentaremos o referencial teórico-conceitual construído. Inicialmente, destacamos o conceito de Educação Permanente em sua origem, ou seja, no campo da educação. Buscamos contextualizar historicamente como surgiu e quais são os valores que o perpassaram. Entendemos que o conceito não é neutro; ele traz ideias e interesses ideológicos que precisam ser explicitados para uma compreensão crítica, conforme nos ensina Habermas (1987).

Em seguida, buscamos compreender o surgimento do conceito de EPS e quais seus significados em diferentes contextos políticos e históricos. Mesmo utilizando fontes secundárias, não descartamos a análise de fontes primárias, tais como legislação e documentos oficiais da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde (MS).

Buscamos também a fundamentação teórica da PNEPS do MS a partir de 2002, nomeando os responsáveis diretos por sua construção e explicitando os conceitos teóricos nos quais se basearam para propor tal política. Logo após, elencamos autores que a questionam para dispor de elementos e construir uma compreensão crítica da mesma.

Por fim, contextualizamos a Reforma Psiquiátrica no mundo e no Brasil. Buscamos fazê-lo a partir do viés da formação, entendendo que isso era importante para situar historicamente nosso estudo.

No quarto capítulo, explicitamos as concepções metodológicas nas quais nos baseamos. Nesse capítulo também delineamos o caminho percorrido no trabalho empírico, referenciando-nos em Minayo (2008, 2014).

No capítulo quinto, apresentamos os resultados da pesquisa através de três artigos submetidos a revistas científicas<sup>2</sup>, sendo que o primeiro já foi aprovado pela Revista de Saúde Coletiva *Physis*. Esse artigo se refere ao objeto de nossa pesquisa propriamente dito. Tem como título “Educação Permanente em Saúde: narrativa dos trabalhadores de Saúde Mental de Betim/ Minas Gerais”. Teve como proposta compreender o fenômeno da formação em serviço, a partir da trajetória dos trabalhadores de Saúde Mental do município de Betim/MG.

O segundo artigo, intitulado “Saúde Mental e Interprofissionalidade: experiência de Betim, Minas Gerais”, buscou compreender a dinâmica do trabalho em equipe multiprofissional desenvolvido nos serviços de Betim, trazendo o impacto dessa dinâmica na identidade profissional de seus trabalhadores, além de discutir os desafios vivenciados por eles.

O terceiro artigo, “O Cuidado na Atenção Psicossocial de Betim/MG: potencialidades e desafios”, apresentou uma compreensão de como os profissionais desse município concebem o cuidado a partir de suas experiências na RAPS e dos desafios que enfrentam para sustentar tal modelo.

Enfim, trazemos as considerações finais. Esperamos contribuir para o aprofundamento do tema Educação Permanente em Saúde Mental; possibilitar uma reflexão sobre o trabalho realizado em Saúde Mental em Betim, bem como oferecer subsídios para outras experiências. Entendemos que ampliamos nosso horizonte, buscando enxergar além do que nos estava próximo, mas, como nos avisa Gadamer (1997), o nosso olhar é sempre determinado pelo ponto de vista de onde olhamos. Entretanto, como ele mesmo diz: “[...] o que caracteriza realmente a experiência é nos encontrarmos num acontecer sem saber como isso nos acontece, e somente na reflexão nos darmos conta do que aconteceu. Neste sentido a história deve cada vez de novo ser reescrita a partir de cada presente” (GADAMER, 2002, p. 384).

---

<sup>2</sup> Apresentamos os artigos conforme as normas das revistas nas quais foram submetidos.

## **2 OBJETIVOS**

### **Objetivo geral:**

- Compreender e analisar criticamente os processos de produção de conhecimentos e de educação permanente nos serviços de saúde mental de Betim.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar e descrever os saberes e as ferramentas utilizadas pelos trabalhadores de Saúde Mental de Betim nas práticas de atenção que realizam;
- Compreender como os trabalhadores de Betim adquirem conhecimentos, habilidades, atitudes para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental;
- Compreender e analisar como os trabalhadores produzem conhecimentos a partir de sua práxis;
- Identificar e analisar os sentidos que os trabalhadores dão para o processo ensino-aprendizagem; as condições, conflitos, contradições que envolvem esse processo na saúde mental.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL**

#### **3.1 Educação Permanente**

A palavra educação tem sua origem nos verbos latinos **educare** (alimentar, amamentar, criar), com significado de algo que se dá a alguém, e **educere**, que expressa a ideia de conduzir para fora, fazer sair, tirar de (BÁRCIA, 1982).

Segundo o Novo Aurélio Século XXI (FERREIRA, 1999), educação é o processo de desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral da criança e do ser humano em geral, visando à sua melhor integração individual e social. Pode ser também definida como os conhecimentos ou as aptidões resultantes desse processo. E ainda: o cabedal científico e os métodos empregados na obtenção de tais resultados; instrução, ensino; aperfeiçoamento integral de todas as faculdades humanas.

Jaeger, filósofo alemão, define a educação como o princípio por meio do qual a comunidade humana conserva e transmite a sua peculiaridade física e espiritual. Ele nos traz o conceito grego de Paideia como formação do homem. Esse termo não diz unicamente da preparação da criança para a vida adulta. Ele designa o resultado do processo educativo que se prolonga por toda vida. Para o filósofo, a história da educação está essencialmente condicionada pela transformação dos valores válidos para cada sociedade (JAEGER, 1995).

O processo de educação que se dá continuamente e por toda vida é o objeto do presente estudo. Ele será chamado aqui de Educação Permanente (EP), embora tenha diversas terminologias: educação ao longo da vida, educação contínua, educação para adultos, educação dos trabalhadores, entre outros; reflexo de diferentes interpretações e posicionamentos. Buscaremos resgatar brevemente a história desse conceito no próprio campo da Educação, para depois abordá-lo também no campo da Saúde.

##### **3.1.1 Educação Permanente – um conceito histórico**

Educação Permanente (EP) é uma expressão recente de uma preocupação antiga. Para Platão, a educação era o primeiro dos mais belos privilégios e deveria se dar no decorrer de toda vida. Segundo Gadotti (1984), o conceito de EP foi gestado a partir das revoluções Francesa e Industrial. A Revolução Francesa marca a organização de uma nova ordem sociopolítica, encampada pela burguesia. Com a Revolução, os direitos humanos cresceram e passaram a ter novos significados políticos. A educação “converteu-se num bem universal e

numa norma para toda a gente” (JAEGER, 1995: 24). A ideia de uma educação prolongada, continuada, “progressiva” era a base de seu programa educativo<sup>3</sup>.

Com a Revolução Industrial, a escola “passou a ser vista não como uma instituição da elite letrada, mas como um centro de formação que correspondesse às necessidades dos indivíduos e da sociedade que a mantém” (KNECHTEL, 1994: 80). A escola, então, surge como uma necessidade da sociedade moderna. Pela primeira vez na história da Humanidade se pretendeu que todos estivessem submetidos a diversos processos de ensino e dispostos a aprender durante toda vida (NOGUEIRA-RAMIREZ, 2009).

As preocupações com uma educação permanente vão estar embutidas também nos movimentos de trabalhadores, constatadas nas iniciativas promovidas por países como Dinamarca, Inglaterra, França, Bélgica e Alemanha.

O século XIX viu nascer os primeiros movimentos organizados que advogaram e promoveram a educação de adultos em ambientes não escolares. Gruntvig, o “pai” da “escola do povo”, lançou na Dinamarca as fundações de um modelo emancipatório e liberal baseado em grande medida no voluntarismo, que rapidamente se espalhou por toda a Escandinávia. Nos principais países europeus industrializados surgiram movimentos a favor de programas para a nova classe trabalhadora industrial (KALLEN, 1996, p. 17).

O principal objetivo dessas iniciativas tinha uma razão de natureza cultural, social e política. Buscava-se possibilitar que os trabalhadores tomassem o seu destino nas próprias mãos. Obtivessem uma emancipação social e cultural, visando uma cultura democrática e popular. Nesse sentido, eram decorrentes das reivindicações dos direitos dos trabalhadores e das premissas teórico-democráticas constituídas (KNECHTEL, 1994)<sup>4</sup>.

Embora a EP tenha sido uma preocupação do movimento de educação popular para adultos e a educação dos trabalhadores em sindicatos, os objetivos e interesses econômicos e sociais foram caminhando juntos para uma melhoria na formação do cidadão, inclusive profissional,

---

<sup>3</sup>Condorcet, em relatório apresentado à Assembleia Legislativa francesa em 20 de abril de 1792, recomenda que “a instrução não deveria abandonar os indivíduos no momento em que saem da escola, deveria abranger todas as idades já que não há idade em que não seja útil e possível aprender. [...]” (GADOTTI, 1984: 58). Condorcet era um dos líderes ideológicos da revolução e ocupou uma cadeira de deputado pela cidade de Paris. Seu projeto, apresentado na ocasião, era uma tradução para o campo educacional dos ideais iluministas que nortearam o processo de revolução (<https://novaescola.org.br/conteudo/1734/condorcet-a-luz-da-revolucao-francesa-na-escola>).

<sup>4</sup>Nessa direção, no Brasil, podemos citar também Paulo Freire com sua Pedagogia do Oprimido (1987). Pedagogia essa que deveria fazer da opressão e de suas causas objeto de reflexão dos oprimidos, que, segundo o autor, resultaria no engajamento dos mesmos na luta pela libertação.



surgindo daí as relações entre educação e trabalho (NEOTTI, 1978). Já por volta de 1900 a alfabetização, por exemplo, se tornara uma necessidade social nos países industrializados. Na fábrica ou escritório comercial era necessário saber ler e escrever; anos antes, era luxo reduzido ao clero, advogados, médicos, entre outros. As mudanças demandaram novas tecnologias e novas aprendizagens. A EP, portanto, é produto das mudanças radicais da sociedade, na qual novos modos de pensar, saber e interpretar o mundo precisavam ser construídos.

A expressão Educação Permanente, propriamente dita, aparece primeiramente em 1919 em um Relatório preparado por uma Comissão Governamental Britânica de Estudos Pedagógicos. Nele, a ideia da educação é enunciada como 'necessidade permanente'. Contraditoriamente, não teve maior alcance, a não ser no âmbito restrito dos especialistas de educação de adultos em alguns poucos países.

Em 1955 vamos encontrar o que parece ser a primeira definição de EP: *conjunto de instrumentos postos à disposição dos homens, sem distinção de idade, sexo, posição social e profissional, a fim de que não cessem de formar-se e informar-se tendo em vista o pleno desenvolvimento das próprias capacidades e, ao mesmo tempo, a mais eficaz participação no progresso da sociedade.* Seu autor é Pierre Arents.

Arents foi encarregado pelo governo francês em 1955 para fazer o trabalho preparatório de um projeto de lei para uma reforma educacional. Em busca de um conceito forte para significar o que ele percebe como uma grande necessidade, utiliza a expressão Educação Permanente. Há nesse termo uma forte ênfase no sistema de valores da educação popular: treinamento cultural e treinamento de cidadãos (DUBAR, C.; GADEA, C. *La promotionsociale en France*. Villeneuve – d' Ascq: Pressesuniversitairesduseptentrion, 1999; citado por NEOTTI, 1978).

Anos depois, entre 1957 e 1972<sup>5</sup>, foi realizada no Canadá uma pesquisa buscando a precisão terminológica e conceitual da expressão Educação Permanente. O final dessa pesquisa foi marcado com o Relatório *Learning to Be*, presidida por Edgar Faure, em 1972, consagrando-se internacionalmente esse termo (AROUCA, 1996). O documento, conhecido popularmente como Relatório Faure, terá grande repercussão, influenciando as políticas educacionais no

---

<sup>5</sup> Todo um movimento de educação não-escolar, fora do sistema educacional formal, se desenvolvia já há meio século, mas apenas no fim da década de 1960 é que apareceram os primeiros trabalhos escritos, as primeiras pesquisas de fôlego sobre o assunto, na Europa e nos Estados Unidos (GADOTTI, 1992).

ocidente. Insiste-se na necessidade de transformações radicais relativamente à substância do ato educativo, ao espaço e ao tempo da educação.

A filosofia subjacente a esse trabalho pode caracterizar-se como um “novo humanismo” que vai beber no desejo do homem de aprender e na possibilidade de trabalhar rumo a uma sociedade nova e mais humana. Aponta para o direito de cada homem de se realizar e de participar da construção do seu próprio futuro, buscando a realização de toda riqueza de sua personalidade, nos compromissos sociais e na complexidade de suas formas de expressão. O documento alerta para o fato de que os homens não mais adquirem conhecimentos definitivos, de uma só vez, mas passam a elaborar, ao longo de toda a vida, o seu próprio conhecimento – aprender a ser (GRILLO, 2012).

Coube à UNESCO a difusão da EP como assunto pedagógico contemporâneo. Essa organização a adotou como “ideia mestra” de toda a sua política educacional. O conceito foi usado explicitamente na 15ª Conferência Geral, realizada em 1968, após meio século de guerras e com a área de educação em crise, e visava, essencialmente, a educação pela paz (GRILLO, 2012). Seguindo nessa orientação, vários países promoveram estudos, seminários, simpósios, debates, intercambiando documentos e peritos em educação. O Relatório Faure (1972), portanto, foi resultado desse movimento.

Os objetivos da EP aparecem, nesse momento histórico, como sendo: assegurar, após a escolaridade, a manutenção da instrução e da educação recebidas na escola; prolongar e completar, fora da formação e da atividade profissional, a educação física, intelectual e estética da juventude, até o exercício dos direitos da cidadania; permitir, aperfeiçoar, completar, renovar ou readaptar as capacidades (humanas) em qualquer idade; facilitar a elaboração dos conhecimentos e a compreensão dos problemas nacionais e mundiais a todos os cidadãos, sem distinção de títulos ou de responsabilidades; permitir a todos gozar do patrimônio cultural da civilização e de seu constante enriquecimento.

Como o termo EP abarca elementos bastante distintos não foi fácil defini-lo. No 19º Seminário Nacional sobre Educação Permanente, instituído pela UNESCO, e realizado em Buenos Aires, em junho de 1970, os participantes, em seu documento final, optaram pela seguinte concepção: *"Educação Permanente é o aperfeiçoamento integral e sem solução de continuidade da pessoa humana desde seu nascimento até sua morte"* (NEOTTI, 1978, 36).

Também nesse ano, a UNESCO lançou o projeto “Cidade Educativa”, no qual defendia a ideia de uma comunidade na qual a educação estaria “ao alcance de todos”, “durante a vida inteira”, “ministrada sob todas as formas possíveis”. Definia uma política educativa inscrita dentro de uma visão global da sociedade e de uma estratégia que traduzia essa política num conjunto de decisões operacionais, numa metodologia de planificação interdisciplinar sob a chancela de uma cooperativa interinstitucional. Uma única instituição não poderia exercer sozinha uma ação tão ampla. Todos os setores institucionais deveriam tomar parte nessa atividade num esforço e projeto coletivo (NEOTTI, 1978; GADOTTI, 1984).

Em 1972, a Fundação Europeia da Cultura de Amsterdam publica o projeto educativo coordenado por Bertrand Schwartz: *L'éducation demain*. Esse projeto aponta para as mesmas necessidades do Relatório Faure e aposta na EP com a integração de diversos “meios institucionais, materiais e humanos” e propõe a criação de Distritos Educativos e Culturais como elementos constitutivos de base para um projeto de sociedade global (NEOTTI, 1978).

### **3.1.2 Bases teóricas do conceito Educação Permanente adotado pela UNESCO**

#### **3.1.2.1 Educação Permanente e desenvolvimento cultural - Pierre Furter**

Para o Simpósio sobre Educação Permanente e Desenvolvimento Nacional, realizado em Caracas, Venezuela, em julho de 1968, Furter<sup>6</sup> e Buitrón<sup>7</sup> (peritos da UNESCO) prepararam um documento de trabalho no qual mostraram como o conceito de educação permanente evoluiu (NEOTTI, 1978). Furter (1974) contextualizou o momento vivido como um conjunto de preocupações convergentes entre vários países, mas que necessitavam de um aprofundamento que levasse em conta o desenvolvimento em geral e o desenvolvimento cultural em particular. Para o autor, a noção de EP passou por três fases distintas: na primeira fase, um conjunto de fatos que abalaram as concepções tradicionais de formação, tornando-se, na fase seguinte, um instrumento útil para sistematizar o conjunto de modos de formação de uma sociedade moderna, para vir a ser, em seguida, o princípio de uma estratégia de formação em vista de uma sociedade nova. Essas fases foram assim elencadas: 1) a EP enquanto

---

<sup>6</sup> Pierre Furter, educador suíço, viveu no Brasil na década de 1960, foi membro do Comitê Diretor da Educação Permanente do Conselho da Europa, consultor da UNESCO e principal autor a introduzir o tema na América Latina. Teve grande importância na difusão do conceito de Educação Permanente no Brasil, responsável por colocá-lo como um dos países em desenvolvimento em que mais se fala de Educação Permanente (DOLNY ET AL, 2018).

<sup>7</sup> FURTER, P. e BUITRÓN, A. - *La educación permanente dentro de las perspectivas del desarrollo*. O texto serviu de base para muitos dos discursos posteriores sobre a educação permanente, sobretudo na América Latina. Foi publicado em diversas revistas. FURTER o introduziu em seu livro: *Educação Permanente e Desenvolvimento Cultural*, p. 111 – 159, que utilizaremos neste estudo, apresentando um resumo da análise aí feita.

processo contínuo de desenvolvimento individual; 2) a EP enquanto princípio de um sistema de educação global; 3) a EP enquanto estratégia cultural no processo de um desenvolvimento integral.

1) *Educação Permanente enquanto processo contínuo de desenvolvimento individual*

A primeira maneira de conceber a Educação Permanente fundamentava-se numa interpretação da educação “como um processo que deve prolongar-se durante a vida adulta” (FURTER, 1974: 112), visto que o processo de desenvolvimento havia se tornado irreversível. O autor recapitulou os seguintes fatos e os considerou importantes na história desse conceito: a) Aumento constante de conhecimentos, considerados necessários para uma atividade (explosão do saber); b) Renovação acelerada dos conhecimentos adquiridos (devido ao aumento da média de vida é necessário renovar os conhecimentos); c) Modificações estruturais provocadas pelo avanço tecnológico (mudanças na estrutura dos empregos e na distribuição de profissionais); d) Diferenças entre o nível das aspirações à educação e a capacidade do sistema atual de dar-lhes uma resposta satisfatória (baixa qualidade do ensino, analfabetismo); e) Aumento do tempo livre (melhoria das condições de vida); f) Participação crescente das populações nos programas de desenvolvimento; g) Programas de integração cultural (visando trabalhar os conflitos gerados pelo desenvolvimento diferenciado). A partir desses fatos surgiu a necessidade de uma reinterpretção da educação, ampliando seu conceito.

A educação, então, deveria definir-se como um *processo*, e não como um “bem”; um processo de transformação graças ao qual o homem se desenvolve, se informando e se reformando; informando e reformando os outros e o meio em que vive. A finalidade da ação pedagógica passa a ser, não apenas a de fornecer informações e conhecimentos, mas também de criar condições indispensáveis para que o homem possa continuamente formar-se e tornar-se um agente de desenvolvimento. “Não se pode mais, portanto, definir a educação como uma técnica de adaptação. Ela deve continuamente referir-se e definir-se em função da dinâmica das transformações” (FURTER, 1974, p. 118).

O ideal da EP seria tornar o adulto capaz de dominar os elementos da base e ter a capacidade necessária para estar a par dos problemas ligados ao desenvolvimento de sua região e/ou país, das soluções que esses problemas exigem e da responsabilidade que lhe pesa no

desenvolvimento como membro ativo da sociedade<sup>8</sup>. Assim, a educação passou a atingir uma nova clientela: os adultos.

Os teóricos da educação, Furter e Buitrón, pontuaram as seguintes diretrizes básicas da EP:

- a) A educação é, essencialmente, uma atividade que se manifesta por um processo de aprofundamento da experiência pessoal e da vida social, traduzida pela participação consciente e livre em qualquer fase de sua existência;
- b) A educação é uma atividade de "autoinformação contínua" em função de qualquer atividade;
- c) A EP é um processo que engloba educação e trabalho, indistintamente, permitindo a autorealização em termos de crescimento pessoal, de felicidade e de rentabilidade econômica;
- d) A EP é uma atividade que não pode desligar-se de "uma verdadeira participação política" e da compreensão crítica do sistema político em seus diferentes níveis;
- e) A educação deve simultaneamente considerar o homem no meio socioprofissional, no qual aparece como produtor e colaborador eficaz do desenvolvimento da coletividade; no meio sociopolítico, no qual age como utilizador crítico e participante ativo do processo de transformação da sociedade e, enfim, no meio sociocultural, em que age como criador e inovador, permitindo-lhe a autoexpressão no processo de modernização.

Para os autores, a antropologia contemporânea insiste no fato de que o homem cresce, modifica-se em cada fase da vida e elabora constantemente a sua própria visão do mundo. Há uma interpretação da vida humana como uma história pessoal em contínuo desenvolvimento desde o nascimento até a morte, na qual a maturação nunca se completa. A educação é concebida como *permanente* porque o homem não acaba nunca de amadurecer, qualquer que seja a idade, o sexo e a situação socioeconômica.

Por outro lado, a cultura não pode mais ser definida como um conjunto prévio de conhecimentos e valores em que o homem deve iniciar-se e aos quais se adapta. A cultura está em função do momento histórico e das condições existentes; é a forma que o homem pode dar à sua experiência de vida, exteriorizando a qualidade atual do nível de humanização a que já chegou.

Nesse sentido, para Furter (1974), a educação não podia limitar-se a transmitir o que se chamava 'bagagem cultural' ou 'cultura mínima'<sup>9</sup>. Ela deveria promover condições para que

---

<sup>8</sup>Documento da UNESCO, *Education and development in Latin America*. Buenos Aires, 1966. Citado por Furter (1974).

cada um descobrisse o desejo de aprender a participar e a contribuir para o desenvolvimento cultural. A finalidade da EP, portanto, seria propor uma metodologia que facilitasse o processo de aprendizagem até o momento em que o homem fosse capaz de progredir de maneira autônoma e assumisse ele mesmo a própria formação.

## 2) *Educação Permanente enquanto princípio de educação global*

A proposta da EP, aqui, seria uma revisão total dos processos de formação, dos sistemas de ensino e de seus métodos. Seria, portanto, uma reestruturação de todo sistema da educação, sendo que suas estratégias não poderiam ser concebidas apenas pelos educadores, mas por uma ação cooperativa, interdisciplinar e interinstitucional, desde a formulação dos problemas<sup>10</sup> até a proposição das soluções.

Furter (1974) propõe, então, não mais uma pedagogia, mas uma andragogia, isto é, uma teoria de formação permanente do homem.

[...] o objetivo de qualquer formação é, de fato, a autodidaxia, isto é, a aprendizagem da capacidade de se desenvolver auto-avaliando-se e autoformando-se. A formação, que corresponde ao desenvolvimento cultural tal como já o apresentamos, é, de fato, aquela que prepara o indivíduo para assumir o próprio desenvolvimento. Aspira plenamente à constituição de personalidades capazes de enfrentar de maneira permanente os problemas que lhe são continuamente apresentados por uma sociedade, cujo desenvolvimento não sendo indefinido é de certo infinito. [...] Importa, no entanto, realçar que isso denota, no plano prático, a conscientização de que o homem é essencialmente um ser inacabado e constitui um conjunto de possíveis que, justamente, cumpre realizar e concretizar. Desde então a passagem da pedagogia à andragogia, isto é, a uma teoria de formação permanente do homem, não somente revela quanto a ação educativa se tornou campo fascinante para experimentações inéditas, como também mostra que, através dessas experiências, vai-se revelando uma nova imagem do homem e de seu futuro (FURTER, 1974, p. 70).<sup>11</sup>

As situações de aprendizagem, nessa perspectiva, passam a ser qualquer situação cotidiana. Importa menos transmitir informações e conhecimentos que incitar e vivenciar métodos de trabalho que permitam analisar, interpretar, dar sentido às situações vitais, isto é, transformá-las. A educação é vista como um processo em que cada um aprende a se formar e a se informar a fim de transformar-se e transformar o mundo.

O ponto de partida para o que se denomina hoje ‘andragogia’ não pode ser mais a ignorância dos adultos, mas, ao contrário, o complexo global de sentimentos, perplexidades, interrogações, aspirações que se manifestam diante de situações profissionais e cotidianas instáveis. O aspecto funcional da ação educativa, de que se

---

<sup>9</sup> Paulo Freire fala da educação bancária: educação como o ato de depósito, de transferir valores e conhecimentos (FREIRE, 1987).

<sup>10</sup> A problematização e a multidisciplinaridade destacam-se como metodologias de trabalho na EP.

<sup>11</sup> Fazendo um contraponto a essa colocação, cito Paulo Freire: “Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 1987: 39).

fala tanto hoje, dependerá da capacidade dos programadores de educação em responder às necessidades vitais de que se ressentem os adultos nas experiências cotidianas. Eis por que antes de qualquer programa de formação tornou-se necessário proceder a uma verdadeira ‘auscultação’ de suas motivações e carências. [...] (FURTER, 1974, p. 132).<sup>12</sup>

A proposta é de autoformação e não mais de acúmulo de conhecimentos. As pessoas seriam estimuladas a assumir coletivamente os objetivos, estruturas e técnicas da própria formação. A andragogia, portanto, insiste nas dimensões instrumentais e metodológicas da ação pedagógica, que estabelece um processo de autoformação, a partir de uma interrogação de si mesmo, dos outros e do ambiente. Visa extrair da existência cotidiana e, especialmente, das atividades profissionais os elementos básicos da formação; de organizar a formação, apoiando-se, de preferência, em unidades econômicas (empresas) ou em organizações (sindicatos, cooperativa, partido político).

O grupo é parte essencial da metodologia da andragogia. Sua importância não é apenas didática por criar situações favoráveis de diálogo. É também necessária devido a aposta de que o dinamismo implícito na ação pedagógica possa agir igualmente sobre os sistemas sociais. Na perspectiva da EP, a reciprocidade procura mesmo a identificação: mesmo o ‘animador’ pode ser um dos membros do grupo e o responsável pela ação pedagógica intervém apenas como ‘perito’, quando surgem novos ou inesperados problemas técnicos.

Para Furter (1973, 1974), durante a própria escolarização, era preciso que se criassem condições que permitissem ao homem, desde a infância, sentir-se diretamente responsável por sua formação, sendo que a EP deveria estar presente em todas as redes de difusão existentes.

### 3) *Educação Permanente enquanto estratégia cultural no processo de um desenvolvimento integral*

A EP é concebida, no primeiro momento, como de interesse do indivíduo em seu desenvolvimento pessoal, contínuo e integral. Em um segundo momento, como princípio de sistematização da educação de adultos, conduz agora a uma nova etapa de sua evolução, em que é conceituada como estratégia cultural, e não apenas educacional.

O desenvolvimento cultural, aqui, não se limita a considerar os aspectos instrumentais de uma política cultural, mas busca fazer uma reflexão sobre a finalidade do processo de

---

<sup>12</sup> Novamente, destaco como contraponto a perspectiva de Paulo Freire em sua educação problematizadora e reflexiva, que implica num constante ato de desvelamento da realidade: “A educação problematizadora se faz, assim, um esforço permanente através do qual os homens vão percebendo, criticamente, que *estão sendo* no mundo com *que e em que se acham*” (FREIRE, 1987: 41).

desenvolvimento. Desenvolvimento cultural é definido, por Furter (1974), como uma transformação do universo simbólico, dos interesses, das representações e valores para aumentar os recursos mentais e físicos do homem em função das necessidades de sua personalidade e da sociedade.

Nesse sentido ele define EP como:

[...] uma concepção dialética da educação, como um duplo processo de aprofundamento, tanto da experiência pessoal quanto da vida social global, que se traduz pela participação efetiva, ativa e responsável de cada sujeito envolvido, qualquer que seja a etapa da existência que esteja vivendo. (FURTER, 1973, p. 137).

Incluindo três pontos fundamentais na EP: 1) qualquer atividade humana, qualquer aspecto da práxis, presta-se a uma formação; 2) a educação é uma atividade de um sujeito e não é um conjunto de instituições; 3) a educação é sumamente ligada à nossa maneira de viver o tempo; consiste em “aprender como organizar a sua vida no tempo,” seja qual for a idade cronológica de alguém.

E conclui: “A Educação Permanente será, portanto, a maneira de se preocupar pedagogicamente com a vida cultural de uma nação” (FURTER, 1974, p. 137). Para tanto, os Estados precisariam se organizar para responder a essa perspectiva de educação.

A seguir apresentamos, sinteticamente, as fases do conceito de Educação Permanente conforme elucidada por Furter (1974).



Quadro 1: Fases da Educação Permanente.

Definição	A educação permanente é um processo contínuo do desenvolvimento individual.	A educação permanente é um princípio de organização de um sistema global de formação	A educação permanente é uma estratégia de formação em função do desenvolvimento cultural
Objetivos Gerais	Permitir que cada indivíduo continue a progredir segundo as próprias necessidades e as condições em que vive.	Exercer uma ação renovadora sobre todos os organismos que se ocupem de formação: procurar tornar o sistema escolar um conjunto mais flexível e mais amplo	Orientar uma política de recursos humanos dentro das perspectivas do desenvolvimento cultural.
Clientela Prioritária	Não importa quem, contanto que esteja motivado.	Todos os grupos que foram marginalizados ou que foram atingidos por um processo de desenvolvimento.	O conjunto das populações e do pessoal que participa como agente num programa de desenvolvimento.
Organização	Sem organização central, nem coordenação	Tendência a se reagrupar sem parassistema: direito de inspeção do Estado.	Sem sistema propriamente dito, porque utiliza as instituições já envolvidas em um programa de desenvolvimento: ação cooperativa, interdisciplinar e interministerial.
Métodos Pedagógicos	Atividade individual muitas vezes autodidaxia: sempre iniciativa voluntária	Atividade coletiva organizada, por vezes animada por educadores especializados.	Atividade coletiva essencialmente em grupo, animada por qualquer profissional interessado: supervisão e avaliação por educadores especializados.
Custos	Assumidos pelo próprio "beneficiário".	Cada vez mais assumidos conjuntamente pelo beneficiário: a) e/ou pelo Estado; b) e/ou pelo empregador.	Financiamento pelo próprio programa de desenvolvimento.
Promotores	Teóricos da educação	Administradores e planejadores da educação.	Planejadores de recursos humanos, no âmbito de planejamento regional.

Fonte: FURTER, 1974, p. 114

### 3.1.2.2 Um projeto de Educação Permanente - Bertrand Schwartz

Schwartz foi outro importante teórico da EP, bem como atuante “militante” da causa da EP. Em 1968, foi assessor técnico do Ministério da Educação na França e, em 1969, conselheiro de Educação Continuada, no mesmo ministério. Liderou o Projeto de Educação Continuada do Conselho da Europa e criou a revista *Educação Permanente*. No livro “A Educação, amanhã: um projeto de educação permanente”, ele apresenta um plano estruturado no princípio da permanência da educação, princípio que influi sobre todos os níveis de formação: desde a pré-escola, passando pela escola de base (primeiro, segundo e terceiro ciclos) até à formação pós-escolar (universidades, educação contínua dos adultos). Tal plano fez parte do projeto Educação do Plano Europa 2000, da Fundação Europeia da Cultura.

Schwartz (1976) salienta a necessidade da pessoa revisar seus modelos culturais e sua própria maneira de viver, porque o ambiente social e cultural apresenta dinamicidade. Nessa perspectiva, *a educação permanente se refere à autonomia, à reformulação de valores, atitudes, conceitos, hábitos, e não somente à ampliação e aquisição de conhecimentos.*

Para tanto, é preciso buscar uma educação que integra todas as perspectivas da vida global do indivíduo. A formação deve se tornar uma dimensão normal da vida e a sociedade deve responder a essa necessidade em toda parte presente no espaço e no tempo. Por outro lado, a EP deve necessariamente comportar um conteúdo de formação geral e cultural. E deve se realizar pela autoformação e sobre a base de uma cogestão dos professores e usuários.

Um dos objetivos essenciais do projeto de educação de Schwartz é o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade. No conceito de autonomia incluem-se elementos intelectuais, psicológicos e sociais. Concebe-a como sendo a capacidade de assumir a responsabilidade por seus próprios interesses. No entanto, ressalta, não significa individualismos, nem recusa de disciplina. Considera que um dos aspectos da autonomia consiste em aceitar a si mesmo no meio dos outros e passa pela aceitação da disciplina coletiva e pela construção de uma autodisciplina.

Alcançar a autonomia (possível) é uma atividade que impõe: compreensão do próprio ambiente, capacidade de se situar em relação a ele, capacidade de agir sobre ele. Nesse sentido, requer a livre expressão de conhecimentos e habilidades e a posse de um certo número de automatismos, permitindo reagir eficazmente a quaisquer situações. Cabe à

educação, então, formar jovens e adultos para organizar sua própria vida e utilizar seus conhecimentos de forma autônoma<sup>13</sup>.

O acento, então, deve ser posto sobre o ato de “aprender”, mais do que sobre o de “ensinar”. O professor deverá ser um conselheiro, um monitor, um animador. É preciso “aprender a aprender”. Esse objetivo deve ser prioritário no período obrigatório de formação. Além disso, os jovens devem ser “treinados a assumir responsabilidades a propósito de seus próprios estudos (autoformação) e da gestão dos grupos e das instituições de que são membros” (SCHWARTZ, 1976: 27).

O sistema educativo é visto não como uma realidade isolada, mas como uma das principais molas do sistema social. Assim, a ação sobre o sistema educativo não podia ocorrer sem o aval de certas transformações do sistema social e sem decisões de ordem política. Para Schwartz, a educação não é apenas um produto do sistema social; ela pode ser um dos seus elementos motores, não se reduzindo a um elemento instituído, mas podendo também ter uma dimensão instituidora.

[...] o educativo, com efeito, pode ser considerado como tudo o que concorre, consciente ou inconscientemente, através de todas as circunstâncias da vida e tanto sobre o plano afetivo quanto sobre o intelectual, para modificar os comportamentos de uma pessoa ou de um grupo e suas representações do mundo. (SCHWARTZ, 1976, p. 64).

Assim, a educação deve se dar de forma global, abrindo-se a todos os aspectos da vida e fazendo cair as fronteiras entre os campos. O indivíduo é, ele mesmo, global, na medida em que o biológico e o psíquico, o corpo e o espírito são indissolavelmente ligados. Assim, não se pode dissociar a aprendizagem dos conhecimentos e das habilidades e o desenvolvimento da sensibilidade ou da criatividade; não se podem separar atividades artísticas e corporais da formação intelectual; ou apartar formação técnica e criação artística, literatura, etc.. Para Schwartz, se quisermos decifrar e decodificar o mundo que nos cerca, é indispensável garantir uma ligação entre os elementos constitutivos de tudo o que aprendemos. Portanto, não podemos trabalhar apenas a partir do olhar de uma disciplina. Uma formação global impõe que distintos métodos se aproximem e sejam comparados.

### **3.1.3 Educação Permanente no Brasil – análise crítica**

As propostas de EP feitas pela UNESCO foram discutidas no Brasil em plena ditadura, quando o país enfrentava uma situação ambígua no processo de desenvolvimento com relação à educação -

<sup>13</sup>Não podemos deixar de ponderar, aqui, que a autonomia, como nos fala Paulo Freire (1998), implica também a capacidade de refletir criticamente o mundo, superando um conhecimento ingênuo da realidade, capaz de agir para transformá-la.

ao mesmo tempo em que o país avançava pressionado pelo progresso tecnológico e pelas novas exigências sociais, tinha de corrigir as deficiências do sistema de ensino. Na conjuntura brasileira, a EP se dirigiu essencialmente para o trabalho, ou melhor, para a preparação de mão de obra qualificada; adotando, inclusive, mecanismos corretivos, com sistemas paralelos denominados como educação extraescolar ou supletiva, para solucionar o problema do despreparo profissional de grande parcela da população analfabeta do país (BÁRCIA, 1982).

A grande difusão do tema no país se deve a Pierre Furter, quando perito da UNESCO no país. Foi desde a publicação de seus livros “Educação e Vida” e “Educação e Reflexão” em 1966 que a educação permanente entrou no vocabulário pedagógico nacional e nas preocupações de alguns profissionais da educação brasileiros dedicados ao problema da educação dos adultos. Paiva (1985) contextualiza a época da seguinte forma:

Os fatores que facilitaram a influência de Furter sobre os pedagogos nacionais na segunda metade dos anos 60 merecem algumas considerações. O momento em que Furter lançou seus dois primeiros livros (final de 1966) apresentava características bem específicas. Constatava-se, por um lado, certo vazio na literatura pedagógica nacional em face de cada vez mais escassa produção dos educadores ligados ao movimento renovador, e da incapacidade dos novos elementos interessados no tema de teorizarem sobre ele; por outro lado, o fechamento dos movimentos de educação popular surgidos a partir de 1960 em todo o país privou toda uma nova geração de pessoas voltadas para questões educacionais de uma práxis educativa tão desordenada quanto gratificante. [...] Dentro desse quadro surgiram os 3 autores mais populares nos círculos pedagógicos brasileiros nos últimos anos: Lauro de Oliveira Lima (com a crítica do sistema educacional existente a partir de uma perspectiva liberal), Paulo Freire (com a apresentação das bases teóricas do seu método em Educação como prática da Liberdade) e Pierre Furter, pedagogo, de formação marcada pelo existencialismo e que participou dos movimentos de educação e cultura popular nordestinos no período imediatamente anterior a março de 1967 (PAIVA, 1985, p. 82).

Naquela época, todos estavam desejosos de mudança, inclusive o próprio governo militar que queria uma mudança, na medida em que essa significasse a definitiva consolidação do capitalismo no país. Para os militares, tais mudanças se processariam por canais determinados pela tecnocracia encarregada do planejamento. Assim, bastaria planejar uma educação para a mudança, de acordo com um estado de espírito utópico, para estar na direção certa. Nesse sentido, o discurso da EP trazido pela UNESCO foi abarcado pelo sistema dominante no país.

Gadotti (1984, 1992) e Paiva (1985), educadores brasileiros, fizeram sérias críticas à proposta de EP da UNESCO. Gadotti (1984), por exemplo, chega a dizer que não é por mero acaso que essa organização, o Conselho da Europa e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), após maio de 1968, apresentaram novos projetos para substituir o sistema de ensino tradicional por um sistema de Educação Permanente. Para o educador brasileiro, seria

uma forma de conter toda efervescência revolucionária estudantil e, ao mesmo tempo, atender às necessidades do sistema dominante. Em sua tese de doutorado, avalia o discurso sobre a EP como ideológico, marcado pelos interesses de uma sociedade capitalista: o interesse da economia pela EP estaria fundamentado no aumento da força de trabalho, permanecendo ou mesmo acentuando as demais distorções existentes.

Gadotti (1984) toma a EP como uma necessidade de continuar constantemente a formação. Distingue o fenômeno (aparecimento dessa necessidade por uma sociedade que exige constante renovação dos conhecimentos) do discurso sobre a EP (todo um trabalho teórico em torno desse fenômeno, que foi particularmente desenvolvido pela UNESCO, pelo Conselho da Europa, pela OCDE e depois pelo Banco Mundial).

A exigência de um sistema de educação “global e permanente” aparece no momento quando, por diversas razões, muitas pessoas devem se reciclar, se aperfeiçoar, procurar uma formação profissional ou cultural, fora da escola tradicional. [...] o que mostra que o discurso da EP não cai do céu, nem é produzido pela cabeça dos educadores ou dos estrategistas da educação. Uma vez mais constata-se o quanto a educação depende do sistema social, histórico (GADOTTI, 1984, p. 83).

Assim, a proposta de EP respondeu às necessidades das sociedades e aos desafios afrontados pelo homem moderno, caracterizados particularmente pela mudança e pelo modo industrial de produção que invadiu todos os setores da vida. Para esse autor, seguem algumas razões da proposta de Educação Permanente: enfrentar a aceleração da mudança dominada pela técnica e pela ciência, dominar o destino e ‘ascender plenamente à humanidade’. Nesse sentido, pode-se dizer de duas correntes na EP: a educação de adulto para a cidadania plena (propagada pelos teóricos da EP) e a educação de adultos para a profissionalização ou Aperfeiçoamento Profissional ou Educação Contínua (propagada pelos governos).

[...] A obrigação de se instruir sem parar precede, por assim dizer, o direito de se instruir também sem cessar. Esta obrigação é motivada, em parte, pelo medo de ser esquecido, manipulado, alienado, medo provocado por uma sociedade onde o conhecimento inovador é cada vez mais necessário para o trabalho e para todas as atividades cotidianas. [...] (GADOTTI, 1984, p. 85).

O eixo central do projeto educacional da EP é o indivíduo, que deve preparar para defender-se, através do desenvolvimento optimal de suas possibilidades, defender-se contra a frustração, a despersonalização e o anonimato da sociedade moderna. O indivíduo não deve apenas oferecer o máximo de serviços a esta sociedade, mas deve estar constantemente atento para não sucumbir aos riscos e às armadilhas contra ele. Essa proposta de EP esconde seu objetivo real: proporcionar um excedente de formação profissional para tornar os

trabalhadores mais rentáveis e melhor adaptados às novas exigências das mudanças tecnológicas do desenvolvimento econômico e industrial (GADOTTI, 1984).

Paiva (1985) também coloca o caráter ideológico da proposta da EP feita pela UNESCO e faz duras críticas aos seus teóricos. Para a autora, a proposta de EP apresentada respondia a exigências colocadas pela economia e seus teóricos estavam penetrados pela preocupação de planificá-la, torná-la economicamente adequada, embora na sua apresentação e discussão incorporassem os ideais de democratização da cultura que tanto marcaram a história do organismo internacional que a promovia. A educação permanente aparecia como uma ideologia pedagógica que sintetizava exigências aparentemente contraditórias: ela recuperava certas preocupações democráticas, ao mesmo tempo em que preservava aquelas típicas da tecnocracia.

Segundo essa autora, as ideias utópicas de Furter, baseadas no existencialismo, leva-o a subsumir as funções sociais da educação ao caráter contínuo da maturação humana. Ao invés de pensar a educação enquanto processo determinado pelas necessidades de reprodução global da sociedade, ele a pensa como processo cujas instâncias decisivas se encontram na biologia e na psicologia. Mesmo se apoiando mais tarde nas ideias do pensador marxista Ernest Bloch, para Paiva (1985), o teórico da EP permanece utópico:

[...] As consequências que Furter tira da reflexão blochiana pouco tem a ver com o próprio Bloch, pois não apontam para uma transformação mais profunda da realidade, como — aliás — seria impossível meramente através dos canais educativos. Na verdade, a esperança apoiada em Bloch se conecta com a preocupação com a temporalidade: o tempo existe, podemos ter esperanças, devemos ser otimistas porque o futuro está por vir. [...] (PAIVA, 1985, p. 87).

Paiva resume o projeto de educação permanente de Furter em um "espírito de planificação", que de certa maneira atende aos interesses dominantes. Planificar — dizia Furter (1973) — é recusarmos ser objetos do progresso para organizarmos o nosso presente de tal modo que permita o surgimento de um futuro conforme as nossas esperanças. Bastaria planificar “democraticamente” para ter a solução dos problemas. Assim, não é a luta, mas a planificação que se configura como instrumento de transformação das sociedades. Trata-se, aqui, da planificação da educação, supondo-se que esta seja fundamentalmente um instrumento de mudança, sendo, portanto, realizável em qualquer tipo de sociedade desenvolvida ou subdesenvolvida.

A análise e as proposições de Furter não implicavam necessariamente colocar em questão o modo de produção capitalista, mesmo que em seu livro “Dialética da Esperança” (1974) se

inspirasse no pensador marxista<sup>14</sup>. Para a autora, o teórico da EP mostrou-se fundamentalmente a favor da democratização e da planificação; mas, se teve algo contra as estruturas de produção e de poder vigentes nos países latino-americanos, ele não tornou isso explícito (PAIVA, 1985).

Sintetizando, a proposta de EP da UNESCO para esses autores responde às exigências colocadas pelo sistema de produção, destacando, portanto, seu caráter ideológico.

### 3.1.4 E a história continua...

Em 2010, a UNESCO lança outro relatório sobre a Educação para o século XXI, intitulado “*Educação: um tesouro a descobrir*” (Relatório Delors). Nesse relatório é colocado o conceito de “educação ao longo da vida”, marcando as vantagens de sua flexibilidade, diversidade e acessibilidade no tempo e no espaço. Ressalta que a ideia de educação permanente deve ser ampliada, além das necessárias adaptações relacionadas com as mudanças da vida profissional, para a construção contínua da pessoa, de seu saber e de suas aptidões, assim como de sua capacidade para julgar e agir. A “educação ao longo da vida” deve permitir que cada um venha a tomar consciência de si próprio e de seu meio ambiente, sem deixar de desempenhar sua função na atividade profissional e nas estruturas sociais.

Observamos que o discurso continua o mesmo, embora mude a nomenclatura:

O conceito de educação ao longo da vida aparece, portanto, como uma das chaves de acesso ao século XXI. Ele supera a distinção tradicional entre educação inicial e educação permanente, dando resposta ao desafio desencadeado por um mundo em rápida transformação; tal constatação, porém, não constitui uma novidade já que relatórios precedentes sobre a educação sublinhavam a necessidade de um retorno à escola para enfrentar as novas situações que ocorrem tanto na vida privada quanto na vida profissional. Além de permanecer atual, essa exigência tornou-se ainda mais premente; e para superá-la impõe-se que cada um aprenda a aprender (UNESCO, 2010: p. 12-13).

O relatório coloca quatro pilares para a educação ao longo da vida: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser.

- Aprender a conhecer, combinando uma cultura geral, suficientemente ampla, com a possibilidade de estudar, em profundidade, um número reduzido de assuntos, ou seja: aprender a aprender, para beneficiar-se das oportunidades oferecidas pela educação ao longo da vida.

- Aprender a fazer, a fim de adquirir não só uma qualificação profissional, mas, de uma maneira mais abrangente, a competência que torna a pessoa apta a enfrentar numerosas

<sup>14</sup> FURTER, Pierre. A dialética da esperança. Rio de Janeiro: Paz e Terra S/A, 1974.

situações e a trabalhar em equipe. Além disso, aprender a fazer no âmbito das diversas experiências sociais ou de trabalho, oferecidas aos jovens e adolescentes, seja espontaneamente na sequência do contexto local ou nacional, seja formalmente, graças ao desenvolvimento do ensino alternado com o trabalho.

- Aprender a conviver, desenvolvendo a compreensão do outro e a percepção das interdependências – realizar projetos comuns e preparar-se para gerenciar conflitos – no respeito pelos valores do pluralismo, da compreensão mútua e da paz.
- Aprender a ser, para desenvolver, o melhor possível, a personalidade e estar em condições de agir com uma capacidade cada vez maior de autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal. Com essa finalidade, a educação deve levar em consideração todas as potencialidades de cada indivíduo: memória, raciocínio, sentido estético, capacidades físicas e aptidão para se comunicar.

O conceito de educação ao longo da vida é referenciado ao conceito de “sociedade educativa”: nessa sociedade são oferecidas múltiplas oportunidades de aprender, tanto na escola quanto na vida econômica, social e cultural.

Podemos dizer que as ideias propagadas pelos teóricos da EP nos auspícios da UNESCO estão presentes nos discursos atuais. Elas expressam ideias democráticas e de implicação dos indivíduos, bem como o desenvolvimento da autonomia através da educação. No entanto, essas ideias são frutos de uma sociedade contraditória, marcada por divisão de classes e pela exploração de uma sobre a outra.

Vivemos, ainda, sobre os resquícios da Modernidade na qual, pela primeira vez na história, considerou-se que a educação de todos era a condição necessária para a salvação, o progresso ou o desenvolvimento econômico e social. Vivemos numa sociedade na qual se entende que é preciso ensinar tudo a todos e cada um deve aprender não só durante sua passagem pela família ou pela escola, mas durante toda a sua vida; uma sociedade na qual não é suficiente aprender, mas aprender a aprender; enfim, uma sociedade na qual o indivíduo precisa de uma ampla e especializada educação para se ‘humanizar’ (NOGUERA-RAMIREZ, 2009).

Sabemos também que essas ideias trazem embutidas concepções ideológicas que atendem a interesses de determinadas classes sociais. Vale ressaltar que a partir da EP, voltada para atuar sobre os sujeitos do início ao fim da vida, não ficamos incólumes às aprendizagens e atuações constantes. Aprender por toda a vida, afinal, vem se tornando uma estratégia útil para a



condução das pessoas (CAMOZZATO e COSTA, 2017). E, porque não dizer, para seu controle.

Notadamente, entendemos o conceito de EP como um conceito contraditório, que traz ideias de promoção dos sujeitos, especialmente dos trabalhadores, mas que também está imbuído das ideias de produção capitalista, nas quais os sujeitos são chamados a se ‘capacitarem’ para produzirem mais.

## 3.2 Educação Permanente em Saúde

### 3.2.1 Contexto histórico

Durante a década de 60, um amplo debate realizado em várias partes do mundo, realçando a determinação econômica e social da saúde, abriu caminho para a busca de uma nova abordagem, visando superar a orientação predominantemente centrada no controle das doenças. Ferreira e Buss (BRASIL, 2002a) enfatizam que, entre os inúmeros intentos registrados com tal orientação, merecem destaque especial: 1) A realização de duas missões de observação de especialistas ocidentais promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) à China Nacionalista; 2) O movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde<sup>15</sup> — Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (1974), sendo reforçado em 1986 pelo Relatório Epp — Alcançando Saúde Para Todos.

O relato das missões enviadas à China em 1973 e 1974 foi uma das primeiras observações relativas ao cuidado da saúde que extrapolou a tradicional abordagem da atenção médica, referindo-se a um conjunto de atividades para a melhoria da saúde, predominantemente realizadas em ambiente rural e desenvolvidas pelos chineses desde 1965, contando principalmente com o trabalho de organização da comunidade local e promoção da saúde.

Essa experiência, relatada pela OMS, e o movimento canadense estabeleceram as bases para importantes movimentos de convergência na conformação de um novo paradigma formalizado na Conferência de Alma-Ata (1978) com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária de Saúde, que alcançou destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da Carta de Ottawa, e que vem se ampliando periodicamente com a série de declarações internacionais (BRASIL, 2002a).

A Declaração de Alma-Ata (BRASIL, 2002a) afirma enfaticamente que a saúde é um direito humano fundamental e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais

---

<sup>15</sup> O documento "*A new perspective on the health of Canadians: a working document*", de 1974, procurou elaborar um arcabouço conceitual sobre a saúde que fosse intelectualmente aceitável e suficientemente simples para permitir uma rápida localização perante qualquer ideia, problema ou atividade: uma espécie de mapa do território da saúde. O resultado concretizou-se na produção de um modelo que inter-relaciona quatro grupos explicativos do fenômeno saúde/doença: ambiente (natural e social), estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde), biologia humana (genética e função humana) e organização dos serviços de saúde (CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria "*empowerment*" no projeto de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(4):1088-1095, jul-ago, 2004).

importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Afirma, também, que a promoção e proteção da saúde das pessoas são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribuem para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial, sendo-lhes direito e dever participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. O texto amplia a visão do cuidado da saúde em sua dimensão setorial e do envolvimento da própria população, sendo que o campo de ação dos responsáveis pela atenção convencional dos serviços de saúde deveria ser ampliado<sup>16</sup>.

Se, por um lado, buscava-se mudar o paradigma da saúde, por outro, eram necessárias mudanças nos processos de trabalho e na própria educação dos trabalhadores, formados dentro do paradigma hospitalocêntrico.

Para tanto, em dezembro de 1975, a OPAS convocou um Grupo de Consulta, do qual se requeria a produção de diretrizes e orientações para facilitar a formulação e execução de planos de Educação Contínua, iniciando, assim, um largo debate e reflexões, negociações, construção e busca de alternativas no campo da Educação Permanente em Saúde (HADDAD Q., ROSCHKE, DAVINI, 1994)<sup>17</sup>.

Ao longo da década de 80, com as novas perspectivas do conceito de saúde, foi-se formando também a consciência de que a “educação do pessoal da saúde” — tanto sua formação inicial como a capacitação em serviço — demandava uma profunda transformação em sua teoria e em sua prática, a fim de fazer com que os trabalhadores fossem também capazes de analisar seu contexto de trabalho, de identificar os problemas emergentes do serviço, de promover a participação e de tomar decisões fundamentais em seu próprio processo de trabalho<sup>18</sup>. Há, portanto, novas demandas na organização do trabalho da saúde.

---

<sup>16</sup> Na década de 70 o Banco Mundial começa a dar um novo direcionamento para a área da saúde, no sentido de implantar políticas neoliberais. Propunha uma medicina preventiva que visava reorganizar o conhecimento médico acrescentando o ambiente social ao conhecimento fisiopatológico e epidemiológico, como um componente a mais nas causas ou efeitos das doenças; no entanto, esse ambiente era visto como desvinculado das questões macroeconômicas (VIEIRA et al., 2006).

<sup>17</sup> Obra produzida pela OPAS, a partir do trabalho de distintos grupos da saúde e da educação dos países das Américas. Os principais autores da OPAS nessa temática são Jorge Hadaad, Maria Cristina Davini, Maria Alice Rosecke e Mário Rovere.

<sup>18</sup> É importante ressaltar que a década de 1980 tem como pano de fundo a queda do muro de Berlim, o fortalecimento do neoliberalismo, os questionamentos sobre o socialismo e as teses pós-modernas de “fim” da história, além do desmoronamento da união do “fordismo/taylorismo e do keynesianismo”. Todas estas

Em 1984, começou um esforço continental para consolidar uma série de experiências educativas em Saúde que vinham ocorrendo em diferentes regiões. Experiências de vários países foram mobilizadas, inclusive a relevante iniciativa brasileira conhecida como ‘Larga Escala’<sup>19</sup> (CAVALCANTI, GUIZARDI, 2018). Diversos países latino-americanos estavam lutando por mudanças políticas e por reformas sanitárias. O Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS (1992) foi o catalisador dos esforços para promover a modificação das práticas educativas como meio para viabilizar a transformação da prática de saúde dos serviços:

*El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud ha coordinado un esfuerzo multipaíses desde 1985, tendiente a la construcción colectiva de una propuesta de reorientación de la educación del personal de salud para convertir a ésta en un proceso permanente [...]. (OPAS, 1992, p. 01).*

*La propuesta preliminar así construida fue sometida a la consideración de un Grupo Regional de Consulta que se reunió en Querétaro, México, em 1988, mismo que reconoció su validez como mecanismo para hacer de la educación de los trabajadores de salud un proceso permanente, que se remite al trabajo como eje del proceso educativo, fuente de conocimiento y objeto de transformación, que privilegia la participación colectiva y multidisciplinaria, y que favorece la construcción dinámica de nuevo conocimiento a través de la investigación, el manejo analítico de la información y el intercambio de saberes y experiencias (HADDAD Q., ROSCHKE, DAVINI, 1994, p. 18)<sup>20</sup>.*

Essa década, portanto, colocou em cena importantes esforços para a inserção de processos de educação permanente nos serviços de saúde em distintos países da América Latina. Houve uma produção significativa de aportes conceituais e metodológicos destinados a aprofundar a

---

mudanças repercutem na educação dos trabalhadores e é neste contexto que a ideia da Educação Permanente em Saúde é concebida pela OPAS (LEMOS, 2016).

<sup>19</sup> O Projeto Larga Escala constitui-se numa estratégia de formação de recursos humanos para o setor saúde. Tratou-se de uma opção acordada entre os setores da saúde e da educação, desenvolvida através de uma modalidade de educação do sistema formal do ensino nacional: a via supletiva. Teve como objetivo principal qualificar profissionalmente pessoal de nível médio e elementar, que estava atuando nos serviços públicos de saúde e que não tiveram oportunidade de escolarização anterior. Foi embasado no conteúdo teórico de diversas correntes pedagógicas, entre elas: a psicologia genética de Piaget, a metodologia de formação de adultos de Joffré Dumazedier, a metodologia participativa de Paulo Freire, além de propostas do estruturalismo curricular (GRYSCHKE et al., 2000).

<sup>20</sup> O Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde coordena um esforço multinacional desde 1985, visando à construção coletiva de uma proposta para reorientar a educação do pessoal de saúde para torná-lo um processo permanente [...] (OPAS, 1992, p. 01).

A proposta preliminar assim construída foi submetida à consideração de um Grupo Regional de Consulta que se reuniu em Querétaro, México, em 1988, reconhecendo sua validade como mecanismo **para fazer da educação dos trabalhadores de saúde um processo permanente, que se remete ao trabalho como eixo do processo educativo, fonte de conhecimento e objeto de transformação, que privilegia a participação coletiva e multidisciplinar, e que favorece a construção dinâmica de novo conhecimento através da investigação, o manejo analítico da informação e o intercâmbio de saberes e experiências** (HADDAD Q., ROSCHKE E DAVINI, 1994, p. 18 — tradução nossa).

análise e o apoio técnico de iniciativas neste campo. Essas contribuições se desenvolveram paralelamente à produção de um importante giro no pensamento da educação profissional e de processos de trabalho. Desse giro aponta a revalorização do trabalho como centro privilegiado da aprendizagem.

Embora houvesse lutas efervescentes por reformas sanitárias em diversos países latino-americanos, as propostas dominantes da época se orientavam pela configuração de estruturas segmentadas de mercados privados de atenção médica. O estado, reformado e descentralizado na visão neoliberal, encarregava-se apenas de cobrir com serviços básicos aqueles setores de pobreza crítica e indigentes. Essas condições se refletiram em estilos de gestão que na prática consideravam como objetos tanto os pacientes como o pessoal dos serviços: objetos de cobertura financeira ou população alvo de um programa de emergência social (HADDAD Q., ROSCHKE, DAVINI, 1994)<sup>21</sup>.

Por outro lado, o modelo de formação dos profissionais de saúde predominante privilegiava a abordagem da dimensão técnica do cuidado e valorizava mais o domínio do conhecimento científico em si. Esta tendência estava, inclusive, nos documentos da OPAS até o ano de 1984, no qual o destaque era a necessidade de novos conhecimentos e habilidades derivadas da obsolescência de saberes e práticas, da introdução de novos fatores de produção – equipamentos, insumos etc. – ou da necessidade de realocar os trabalhadores em novas funções (CAVALCANTI, GUIZARDI, 2018).

A concepção tradicional predominante atribuía às organizações prestadoras de serviços o mero papel formal de campo de aplicação de conhecimentos já adquiridos, e as escolas e universidades como espaço próprio da educação. O trabalho em saúde não era compreendido como contexto de produção de conhecimentos; era preciso ofertar desde fora saberes e habilidades para suprir suas deficiências.

Entretanto, numa perspectiva de trabalho para a qualidade conforme preconizado a partir de 1984 (CAVALCANTI, GUIZARDI, 2018), o conhecimento não podia ser o único atributo da

---

<sup>21</sup> Segundo Ramos (2010), as necessidades de transformação do setor saúde na América Latina apontadas pela OPAS estavam associadas tanto à crise interna aos sistemas de saúde quanto a um contexto de transformações mais amplas, de ordem econômico-social, que se associavam à crise do Estado de Bem-estar social e ao advento do neoliberalismo.

competência profissional. Seu valor estava principalmente na possibilidade de que seu uso se orientasse a assegurar a satisfação das necessidades do usuário<sup>22</sup>.

Na América Latina, nos anos seguintes, se implantaram diversas reformas sanitárias, marcadas por lutas e por contradições. Segundo Roschke, Brito-Quintana, Palacios (2002), os principais processos dessas reformas foram: 1) A descentralização do sistema de saúde — transferência de poder dos níveis centrais para a periferia do sistema de atenção. Buscou-se descentralizar as decisões e os recursos, bem como descentralizar a gestão de pessoas e a EPS; 2) A introdução de critérios gerenciais baseados em concepções e valores empresariais e, por outro lado, a equidade e acesso como expressão do direito do cidadão; 3) Os processos de ajuste econômico e de diminuição do tamanho do aparato estatal. Diversas formas de vinculação do trabalho, novas modalidades contratuais com tendência à temporalidade - crescente terceirização das atividades e serviços, e cortes na estabilidade do trabalho visando à contenção de custos exclusivamente; 4) A aparição, em alguns países, de modalidades de alianças entre os serviços e a população (comitês locais de gestão, microsseguros e novas formas de gestão cooperativas); 5) Transformações nas orientações e nos critérios do desempenho institucional nos processos de formação dos recursos humanos; 6) Regulação dos processos de acreditação institucional e certificação profissional; 7) A recuperação e incremento de coberturas de atenção — um novo “ethos” para as práticas de saúde.

Percebemos, então, nesses processos contraditórios, a luta por mudanças, mas também a força do pensamento hegemônico da saúde e do poder econômico neoliberal. Como dito anteriormente, havia fortes pressões políticas de organizações internacionais e do Banco Mundial, recomendando a diminuição da presença do Estado no financiamento e na prestação de serviços de saúde (MERHY et al., 2006). Davini (2009), uma das teóricas do conceito de EPS da OPAS, retrata um pouco a realidade da época:

Muitas experiências foram desenvolvidas com o enfoque de Educação Permanente e uma forte produção teórico-metodológica garantiu-lhe o fortalecimento. Entretanto, outros problemas emergiram neste contexto, particularmente nos anos 90, em pleno processo de reforma dos sistemas de saúde. A instabilidade das gerências debilitou o

---

<sup>22</sup> Lemos (2010), a partir de Vieira et al.(2006), pontua forte influência do modelo toyotista na proposta de EPS da OPAS. O modelo de produção toyotista japonês dissemina-se, na década de 80, como sistema produtivo flexível, com agilidade e capacidade de respostas mais eficazes e eficientes às novas exigências de um mercado em crise. Ao contrário do fordismo, que, de certa forma, minimizava a dimensão intelectual do trabalho, com a produção de atividades repetitivas e desprovidas de sentidos, o modelo toyotista cria uma lógica mais integrativa do operariado na organização do trabalho. O trabalho em equipe ou *team work*, próprio do Toyotismo responde diretamente aos problemas da fragmentação execução/elaboração da fábrica taylorista/fordista. Projeta-se também por meio da divulgação de novos princípios: flexibilidade, dinamismo e contemplação dos desejos do cliente.

enfoque de processos em alguns países e o financiamento externo comprometeu a autonomia na definição dos programas de educação permanente. Por outro lado, as universidades e escolas superiores se mantiveram, geralmente, muito distantes dos projetos de Educação Permanente, enquanto a revolução na marcha do conhecimento expandiu-se graças às tecnologias da informação e comunicação. O trabalho educativo nos contextos locais dificultava, muitas vezes, o acesso ao conhecimento atualizado, contexto em que a evolução das tecnologias e da educação à distância (EAD) se expandiu, sobretudo, no âmbito universitário (DAVINI, 2009, p. 53).

De qualquer forma, esses processos de reforma impuseram mudanças na política interna das instituições de saúde e no desempenho de seu pessoal. A profundidade das mudanças implantadas exigiu que a educação permanente nos serviços de saúde renovasse também seus enfoques e melhorasse sua qualidade e eficiência. A EPS passou, então, a enfrentar inúmeras tensões, como veremos a seguir.

Roschke, Brito-Quintana e Palacios (2002) apontam tais tensões, afirmando que em todo processo de mudanças a EPS deve tê-las em conta para organizar uma ação “eficiente e de qualidade”. Foram assim elencadas: 1) Tensão entre uma orientação de empresa eficiente, moderna e competente e a orientação do serviço público de qualidade e acessível a todos os cidadãos; 2) Tensão entre uma visão de instituição fechada em si mesma e uma visão de instituição aberta ao entorno, que forma uma rede de capacidades complementares; 3) Tensão entre uma estrutura de poder concentrado e de estilo autoritário e a pressão interna e externa por uma maior participação nas decisões institucionais; 4) Tensão entre estruturas rígidas, compartimentadas, burocráticas e a emergência de novas modalidades flexíveis de organização das unidades e dos processos de trabalho; 5) Tensão entre uma visão de qualidade centrada na dimensão técnica e suscetível de avaliação objetiva e uma ideia da qualidade centrada nas relações humanas, no trato ao usuário e na satisfação dos clientes internos e externos; 6) Tensão entre uma opção de eficiência que privilegia o econômico e outra que privilegia os resultados sociais, a contribuição da instituição para a população; 7) Tensão entre uma visão de produtividade como consequência da ação individual e outra que supõe que a ação em saúde se baseia nas contribuições de um coletivo; 8) Tensão entre o desempenho individual, objeto de um sistema de prêmios e castigos, e uma visão do desempenho complexa, grupal, que se sustenta no protagonismo das equipes.

Nessa mesma perspectiva, Brito-Quintana, Roschke e Ribeiro (1994) já avisavam que a instituição de saúde é sim um lugar de trabalho e de educação, mas que nela se encontra um conjunto complexo de relações, acontecimentos e processos de natureza ideológica, cultural, técnica e econômica. Esse lugar é influenciado por um conjunto de determinantes tão

complexos como diversos, como são a tecnologia, o financiamento, as políticas sociais, o paradigma médico, as modalidades de formação de pessoal, o mercado de trabalho, a situação de emprego, entre outros. Esses fatores, constantemente, experimentam vertiginosas e importantes mudanças que afetam a arquitetura do setor e a existência mesma dos serviços. Portanto, a EPS não é isenta de valores ideológicos, mas sim marcada pela história, pelos valores culturais, pelos interesses econômicos e políticos.

### **3.2.2 EPS propagada pela OPAS — fundamentação teórica**

A proposta da OPAS (1992) para EPS assume como objetivo a melhoria da qualidade do serviço que se oferece à população, constituindo em instrumento pedagógico da transformação do trabalho e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores nos níveis individual e coletivo, entendendo a qualidade como resultante das formas como se dá o processo de produção de serviços.

Visto que as necessidades de saúde da população são complexas, diversas e mutáveis, e que também o processo e a divisão do trabalho na saúde se modificam, a criatividade, o encontro com outros conhecimentos, a flexibilidade e a abertura para a busca permanente de novos conhecimentos passam a ser atributos valorizados. E são justamente os processos de reflexão sobre os problemas da prática de trabalho e da busca de intervenções necessárias para alcançar a imagem da qualidade que permitem o exercício e a construção desses atributos (OPAS, 1992).

Os debates promovidos acerca da educação e do desenvolvimento dos recursos humanos levaram a contrastar os paradigmas das denominadas “Educação Continuada” e “Educação Permanente”<sup>23</sup>. Davini (2009) caracteriza a Educação Continuada, tradicional recurso no setor de Saúde, por:

- representar uma continuidade do modelo escolar ou acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com o objetivo de atualização;

---

<sup>23</sup> O conceito de educação permanente em saúde foi estruturado pela OPAS devido à necessidade de se utilizar um novo vocábulo para implantar as mudanças que o setor de RH iria ter que enfrentar com as transformações no capitalismo (VIEIRA et al., 2006).



- conceituar tecnicamente a prática enquanto campo de aplicação de conhecimentos especializados, como continuidade da lógica dos currículos universitários, situado no final ou após o processo de aquisição de conhecimentos;
- ser uma estratégia descontínua de capacitação com rupturas no tempo: cursos periódicos sem sequência;
- centrar em cada categoria profissional, praticamente desconsiderando a perspectiva das equipes e diversos grupos de trabalhadores, por ter sido, em seu desenvolvimento concreto, dirigida predominantemente ao pessoal médico e alcançado, com menos ênfase, o grupo de enfermagem.

O enfoque da EP, ao contrário, segundo Davini (2009), representou uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Buscava-se inverter a lógica do processo:

- incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorriam;
- modificando as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando assim o próprio fazer;
- colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores;
- abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar;
- ampliando os espaços educativos fora da sala de aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias.

Rovere (1994), outro teórico ligado à OPAS, define a *EPS* como *uma proposta educativa realizada nos serviços para refletir e intervir sobre o processo de trabalho visando melhorar a qualidade desses serviços e as condições de trabalho (educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho)*. Para o teórico, *a EPS é uma atividade de natureza cultural, podendo intervir reforçando a cultura dominante, abrindo um espaço virtual dentro da cultura dominante, ou enfrentando essa cultura*. Em todos os casos, trata-se de uma intervenção que aumenta ou diminui conhecimentos em um ou outro grupo de organização, deslocando alguns

saberes e reforçando outros. Além de atividade técnica, a EPS é também política, definindo política, tal como Mário Testa<sup>24</sup>, como toda proposta de redistribuição de poder.

Podemos dizer que essa concepção de EPS se referencia em conceitos do campo da pedagogia, incluindo a pedagogia crítica e o construtivismo, bem como da “andragogia” como vimos no capítulo anterior. Também traz contribuições dos teóricos do planejamento estratégico e da análise institucional, tendo como principal objetivo a mudança institucional dos serviços de saúde.

Os componentes principais desse conceito são: a) educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho; b) pedagogia da problematização; c) participação ampliada; d) enfoque estratégico; e e) interprofissionalidade. Sua finalidade é melhorar a qualidade da saúde da população. Seus princípios principais são metodologias participativas, conteúdos inspirados em problemas e situações de trabalho e situações propícias para a aprendizagem transformadora (ROSCHKE; BRITO–QUINTANA; PALACIOS, 2002).

A EPS passa, então, a ser concebida tanto como uma ferramenta para a investigação e a (auto)análise do trabalho, como um instrumento de problematização; um mecanismo para elaborar conflitos; uma proposta de busca e incorporação crítica de novas tecnologias e de novos procedimentos, isto é, de novas formas de fazer as coisas, podendo se constituir em uma das principais estratégias para melhorar a qualidade dos serviços de saúde (ROVERE, 1994).

A atividade de trabalho, dentro dessa concepção de EPS, é considerada como mola propulsora da aprendizagem não apenas no sentido de ser a fonte do levantamento de necessidades educacionais, mas de ser o próprio espaço de invenção das soluções para os problemas que nele se apresentam (CAVALCANTI, GUIZARDI, 2018). Para tanto, um processo de EPS só pode sustentar-se sobre a base de um trabalhador que é sujeito do seu processo de trabalho, ainda que, intencionalmente, isso contradiga a cultura dominante dos serviços de saúde. Por isso, a EPS, por um lado, demanda organizações mais democráticas; por outro, como aposta seus teóricos, desencadeia um processo de democratização institucional (se for coerente ideologicamente). O protagonista principal desse processo deve ser a equipe de saúde, que, por sua vez, deve ser multidisciplinar e desenvolver um trabalho interprofissional.

---

<sup>24</sup> Testa é um ator importante do planejamento de saúde na América Latina. Parece ter exercido maior influência sobre Mário Rovere, que incorpora em seu referencial a ideia de poder como relação.

Para Davini (1994), os problemas não existem se os sujeitos não os percebem como problemas. A reflexão dos mesmos deve envolver e comprometer a equipe de trabalho na análise de sua prática e na identificação dos problemas, assim como na busca de estratégias de solução. Para essa autora, a maioria das pessoas tem condições de participar ativamente e desejam avançar em seus conhecimentos e perseguir ideais importantes. Assim, essa é a melhor alavanca para as mudanças institucionais e representa já o começo de um processo educativo permanente.

Tal como Davini, Rovere (1994) define “problema” como a brecha entre uma realidade e um desejo acerca de como deveria ser essa realidade para um determinado observador. Nessa perspectiva, ele afirma que os problemas não existem independentemente dos sujeitos que os problematizam<sup>25</sup>. Portanto, a hipótese central da proposta de EPS, defendida por esses teóricos, reside em potencializar a situação de trabalho como campo de análise e solução de problemas, vinculando a educação à vida cotidiana dos serviços como mais uma ferramenta (e, por isso, não menos importante) para o desenvolvimento da organização.

A busca de respostas aos problemas emergentes da prática do trabalho leva a ampliar o campo de observações para incorporar os dados do ambiente socio-organizacional, determinar o conteúdo da formação a partir dos problemas e selecionar a metodologia, estratégias e recursos mais adequados para os adultos em situação de trabalho<sup>26</sup>. A proposta pedagógica feita, portanto, é a da problematização.

Sem deixar de incorporar o aporte de conhecimentos (técnico), a pedagogia da problematização busca uma reorientação dos padrões de pensamento, valores e ações coletivas. Nela predomina a categoria do conflito mais que a racionalidade técnica; integra-se a resolução técnica, desde que enquadrada na análise do conflito; trabalha-se ao mesmo tempo com o manifesto e o latente, com o subjetivo e o objetivo; centra-se na equipe de saúde e na missão da organização, contextualizando a prática, não descartando o desenvolvimento individual, mas privilegiando o avanço coletivo em função da organização (DAVINI, 1994).

A problematização responde ainda a outra dimensão: a contribuição da educação na saúde com o desenvolvimento integral dos indivíduos. Essa característica está também presente na noção de ‘educação permanente’. A caracterização dos problemas requer reflexão, exposição,

---

<sup>25</sup> É importante observar que os problemas aqui são relacionados aos sujeitos e à gestão do trabalho e não observamos referências às condições materiais e sociais determinantes.

<sup>26</sup> Podemos pensar aqui nos conceitos propostos pela andragogia, como vimos anteriormente.

troca de saberes e posições, alteridade interprofissional e fala de um novo território existencial a construir. Ainda que referida ao trabalho, sua capacidade de ensinar uma leitura de realidade e um desejo de futuro abre a possibilidade de novas compreensões sobre o mundo como um todo e, conseqüentemente, aproxima-se da perspectiva de um desenvolvimento integral dos trabalhadores (CAVALCANTI, GUIZARDI, 2018).

A reflexão coletiva com o grupo de trabalho, então, torna-se muito importante, pois é no contrastar de perspectivas e na análise dos problemas compartilhados que se opera a reconstrução do conhecimento e se fortalece o compromisso com a ação transformadora. A equipe de trabalho se converte, assim, em veículo para a reorganização de significados e práticas, transformando o “capital passivo” do conhecimento (conhecimento científico, sistemático e relevante) em “capital ativo”, expressado em conhecimento significativo a partir da reflexão sobre a ação (DAVINI, ROSCHKE, 1994). Percebemos, aqui, como esses teóricos bebem na fonte dos teóricos da Educação Permanente, já citados.

Na mesma linha, outro conceito importante para a EPS é o de aprendizagem significativa<sup>27</sup>, em que se estabelece conexão entre a teoria e a prática, entre o saber e sua finalidade social e institucional. O paradigma educativo opera com a dimensão complexa do comportamento, incorporando o objetivo e subjetivo, não separando o comportamento das formas de valorar e atuar dentro do próprio contexto de trabalho.

Assim, um ensinamento que busque reestruturações no conhecimento e nas teorias pessoais deverá considerar os esquemas de pensamento e a experiência do sujeito para produzir um conhecimento significativo. O mesmo poderá caracterizar-se como conhecimento que permite reorganizar seus modos de pensar, quando tem valor para sua prática e para o sentido social de sua ação. Isto é, quando resulta da construção do sujeito a partir da análise da situação em que se está envolvido. Para tanto, é necessário que as informações mobilizem o pensamento dos sujeitos, articulem-se com suas práticas, sejam úteis para o contexto sociocultural em que atuam e impliquem um avanço nas consciências profissionais (HADDAD Q.; ROSCHKE; RIBEIRO, 1994).

---

<sup>27</sup> Ramos diz que o conceito de aprendizagem significativa tem duas perspectivas, a saber: a) baseada na “Pedagogia da Pergunta”, de Paulo Freire, articulada com ideias de John Dewey (Pedagogia Nova) sobre o pensamento reflexivo; b) inspirado no construtivismo piagetiano e na teoria de David Ausubel: “a aprendizagem significativa implica transformar o significado lógico do material pedagógico em significado psicológico, à medida que esse conteúdo se insere de modo peculiar na sua estrutura cognitiva” (RAMOS, 2017: 55).

Para Davini (1994), um processo educativo integral na saúde contempla: 1) A revisão crítica da cultura institucional, dos modos de pensar, perceber e atuar que servem de suporte aos processos de trabalho, aos processos de interação e comunicação; 2) A apropriação ativa do saber científico, entregue ao conhecimento da experiência, em torno da análise do processo de trabalho e dos problemas da prática; 3) O fortalecimento dos objetivos da equipe, em função de valores compartilhados. Para a autora, é importante estabelecer um projeto ou programa de ações com a participação ativa dos atores da prática e a partir da identificação dos problemas do serviço.

Sintetizando, a EPS, propagada pela OPAS após a década 1980, *é concebida como um processo contínuo de ações de trabalho-aprendizagem ocorrendo num espaço de trabalho em saúde, partindo de uma situação existente (geralmente uma situação-problema), e pretendendo superá-la, modificá-la ou transformá-la em uma situação diferente ou desejada.* Para tanto, se faz necessário caracterizar a situação original, analisar e interpretar seus determinantes, e avaliar, em tal contexto, as inter-relações que existem entre esses e o ambiente socioeconômico e político (HADDAD Q.; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

### **3.2.3 Educação Permanente em Saúde no Brasil**

Até a década de 1970, a formação para a Saúde no Brasil esteve distanciada da realidade da saúde da população, subordinada aos interesses das elites políticas e econômicas. Ao final dessa década, o Movimento da Reforma Sanitária brasileira foi tomando forma, trazendo associações e movimentos populares para o debate sobre a saúde e as necessidades reais da população.

O Movimento pela Reforma Sanitária ou Movimento Sanitário organizou-se e consolidou-se principalmente durante os anos 1970 e 1980, como um movimento social em defesa da saúde como um direito de cidadania e como parte integrante e ativa das lutas contra a ditadura militar. O slogan “saúde é democracia” designava um direito à saúde e era a expressão de um conjunto de condições saudáveis das quais não se deveria abrir mão. Nesse contexto, a saúde ganhava uma conceituação designada como “conceito ampliado de saúde”, integrada pelos fatores que determinam e condicionam estados de saúde e em defesa da superação da dicotomia entre ações de promoção e prevenção (“saúde pública”) e ações curativas (“assistência médica”), como vigente até então. O contexto singular de emergência desse movimento construiu um sentido também singular para a saúde pretendida: uma saúde colada no modo de vida das pessoas e, portanto, muito além do recorte biológico/psicológico do paradigma vigente (biomedicação) (CECCIM, 2008, p. 12).

Nesse contexto histórico, também no campo da educação, havia insatisfações e novos modelos eram propostos, principalmente baseados nos princípios ético-metodológicos de

Paulo Freire, que eram constituídos pelo respeito ao educando e pela conquista da autonomia, tendo a dialogicidade como fio condutor do processo de ensino-aprendizagem (SOUZA; COSTA, 2017).

No Movimento da Reforma Sanitária são inscritas também as críticas à formação dos profissionais de saúde. Elas refletem e são refletidas no confronto entre o modelo hegemônico — voltado para a doença, medicalizado, centrado em um único profissional e na atenção hospitalar — e o modelo defendido pelo Movimento, que traz uma nova compreensão do processo saúde-doença (GRILLO, 2012).

Segundo Campos, Sena e Lara Silva (2017), as discussões sobre a educação permanente no setor saúde ocorreram no Brasil, sob os auspícios da OPAS, com foco no processo de trabalho, na valorização das vivências e práticas em saúde dos sujeitos sociais, com uma proposta de reorientação dos processos educacionais em saúde, tendo em vista a aprendizagem no trabalho.

Também a Declaração de Alma-Ata realizada em 1978 e sua proposta “Saúde para Todos no Ano 2000” influenciaram o Brasil (BRASIL, 2002a), principalmente devido à valorização da Atenção Primária, definindo-a como estratégica para os serviços de saúde. Foi um momento importante para a formação profissional que deveria reorientar-se com o objetivo de ampliar a cobertura acordada com a proposta. A 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1980, discutiu o papel da “educação continuada dos recursos humanos” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980) e, pela primeira vez, na história das Conferências, defendeu a ampla e democrática participação da sociedade na construção do (novo) sistema de saúde (COSTA, 2006). Na 8ª CNS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986) foram promovidas discussões na conjuntura da construção do Sistema Único de Saúde e da administração do último presidente eleito de forma indireta.

Nos movimentos que deram origem ao SUS, a gestão da educação na saúde para a organização dos serviços foi um tema importante, sendo, inclusive, objeto de conferência específica. De acordo com 8ª CNS, um sistema nacional de saúde exigia uma reorientação das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, nos aspectos relativos à força de trabalho e à preparação do pessoal, demandando, além da definição explícita das políticas para o setor, a integração ensino-serviço. Essa Conferência desencadeou uma reflexão com base em experiências, desde a década de 1960, com a expansão dos hospitais e

consequentemente ampliação do mercado de trabalho para os trabalhadores de saúde (CELEDÔNIO et al., 2012).

As conferências de 1986 e 1993 incluíram, respectivamente, a I e II Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde (CNRH), com registros da necessidade de formação voltada à realidade. Defendia-se que os profissionais de saúde eram fundamentais para as mudanças necessárias nos modos de se fazer atenção à saúde.

A 1ª CNRH teve como tema central “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, 1986) e constituiu-se num fórum privilegiado de debates da problemática específica dessa área. Sua importância pode ser reconhecida por ter conseguido agregar referenciais teóricos importantes à época. A preocupação com a formação dos profissionais de saúde já se colocava no centro dos debates, expressando-se nos meios educacionais ligados à medicina social latino-americana e no pensamento reformista da saúde pública nas Américas, como já analisado neste capítulo. Resgatou em seus debates a importância e a dignidade do trabalho como luta democrática por uma sociedade mais justa, trabalhando o seu tema em cinco grandes subtemas: valorização do trabalhador; preparação de recursos humanos; órgãos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; e a organização dos trabalhadores de saúde e relação desses trabalhadores com o usuário do sistema.

As proposições apresentadas na 8ª CNS e aprofundadas na 1ª CNRH repousaram em dois princípios básicos: 1) Responsabilização do Estado com a educação e gratuidade do ensino, em todos os níveis; 2) Integração ensino-serviço como a única forma capaz de promover a necessária interação entre teoria e prática, ou seja, de compatibilizar a formação às necessidades do novo sistema de saúde (COSTA, 2006).

A 1ª CNRH destacou a fragmentação do saber em campos profissionais e defendeu a horizontalização e democratização do conhecimento e da informação em saúde. Destacou também a importância do trabalho em equipe, a multiprofissionalidade e a participação da comunidade como estratégias importantes na reorientação dos serviços (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, 1986). A educação continuada foi considerada a estratégia para garantir a “reciclagem” permanente dos trabalhadores, bem como uma fonte de reorganização de suas práticas, devendo atender a necessidades específicas por área e categorias profissionais (COSTA, 2006).

Com a institucionalização do SUS, a partir da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, quatro questões foram frequentemente realçadas como fundamentais para a sua implementação: a descentralização, o financiamento, a participação social e os recursos humanos. A 9ª CNS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1993), já com a base legal da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde, colocou como indispensável a criação de uma política de recursos humanos capaz de:

Garantir, no nível local de gerenciamento do SUS, uma política de desenvolvimento de pessoal, de formação e capacitação dos trabalhadores da saúde, que possibilite uma atuação ética, de elevado nível técnico e não alienação do trabalhador de saúde, institucionalizando programas de repasse contínuo de informações, capacitação e atualização (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1993, p. 212).

A 2ª CNRH estabeleceu a integração saúde e educação como princípio nuclear para as políticas de recursos humanos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS, 1993). Apresentou-se entre suas propostas a criação e sistematização de “programas de educação continuada” de forma descentralizada e institucional, com ênfase nas relações interpessoais e na formação de consciência crítica, ética e política.

[...] atendendo à expressa recomendação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde, produziu um dos mais densos e completos documentos sobre o tema. Ancorada na constatação real da ausência de uma política de recursos humanos para o SUS, fez um alerta sobre as consequências desastrosas deste fato para a implementação do SUS, e indicou a necessidade de se regular imediatamente o artigo 200, inciso III, da Constituição Federal (BRASIL, 2003a, p. 23).

Em 1995, o Ministério da Saúde definiu uma *Política de Recursos Humanos para o SUS* (BRASIL, 1995), estabelecendo ações indutoras aos processos de educação para o trabalho em saúde como uma das prioridades para sua agenda, e propôs duas alternativas: 1. Desenvolver conjuntamente com o Ministério da Educação experiências inovadoras de formação e 2. Fomentar os programas de educação continuada para os profissionais dos serviços, que permitissem qualificação coerente com os novos postulados assistenciais do SUS.

As determinações da 10ª CNS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1998), realizada em 1996, desencadearam a elaboração da Norma Operacional Básica em Recursos Humanos (NOB/RH-SUS). Essa passou a se constituir num importante instrumento para a consolidação do SUS, recolocando a importância do trabalho para o sistema, a necessidade de valorização profissional na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações do trabalho no setor saúde (COSTA, 2006).



Na 12ª CNS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2003), que teve como tema “Saúde um Direito de Todos e um Dever do Estado — A Saúde que temos, o SUS que queremos” —, a questão “Recursos Humanos” passou a ser compreendida como “Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde” e como uma competência constitucional e legal dos gestores do SUS, cabendo ao Ministério da Saúde propor, acompanhar e executar as políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, com base nos princípios e diretrizes da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) e da NOB/RH-SUS (BRASIL, 2003a). Há, aqui, uma transformação na visão dos trabalhadores da saúde: “Saúde se faz com gente. Gente que cuida de gente, respeitando-se as diferenças de gênero, étnico-raciais e de orientação sexual. Por isso, os trabalhadores não podem ser vistos como mais um recurso na área da saúde. [...]” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2004, p. 115).

### **3.2.3.1 Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS)**

A Lei Orgânica n. 8.080 (BRASIL, 1990) regulamenta os artigos constitucionais 196 ao 200 da Constituição Federal<sup>28</sup> (BRASIL, 1988) e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Em seu artigo 12, estabelece a criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, sendo a área de Recursos Humanos elencada como uma dessas atividades. No artigo 27, estabelece que essa política deverá ser formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: 1) Organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação; 2) Elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; 3) Valorização da dedicação exclusiva aos serviços do SUS.

---

<sup>28</sup> Esses artigos se referem à Saúde. Dá as diretrizes do SUS e estabelece suas competências, entre elas ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde e incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação.

Em parágrafo único do artigo 27, estabelece que “Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional” (BRASIL, 1990).

Também em seu artigo 14 estabelece a criação de Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Embora os recursos humanos fossem destacados na Lei n. 8.080, o Conselho Nacional de Saúde reconhece na década seguinte o pouco investimento por parte das políticas públicas de saúde até então: “[...] de todas elas, a mais complexa e que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado no País é a de Recursos Humanos” (BRASIL, 2003a, p. 15). Por isso, como relatado anteriormente, no final da década de 1990, foi estipulada a necessidade de uma Norma Operacional Básica (NOB) sobre o assunto.

Entende-se por NOB o instrumento normativo de operacionalização dos preceitos da legislação que rege o SUS. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) é um documento elaborado pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH, conforme a Lei n. 8.080, tendo várias versões até o documento revisto e atualizado definitivamente em 2005 (BRASIL, 2005a).

Ao longo de 1998 a 2002, a NOB/RH-SUS foi discutida pela sociedade em oficinas e Conferências Nacionais, sendo aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde como um instrumento de gestão para o setor, contendo um capítulo dedicado aos princípios e às diretrizes para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS.

Durante as discussões foram levantados vários pontos polêmicos, entre eles, estava o conceito de "Recursos Humanos". Questionava-se o termo, considerando-o inadequado, sendo sugerida a alteração para o de trabalho/trabalhador. Os conceitos de Educação Permanente e Educação Continuada receberam a mesma significação, em todas as versões, embora na terceira versão (BRASIL, 2003a) coloca-se o conceito Educação Continuada como uma “menor dimensão”

que a EPS<sup>29</sup>. O documento final “Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)”, editado pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua 3ª ed. revista e atualizada (BRASIL, 2005a), não apresenta mais a terminologia Educação Continuada, seguindo o mesmo conceito de Educação Permanente das outras versões:

Educação Permanente: constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha (BRASIL, 2005a, s/p).

A definição toma a concepção proposta pela UNESCO de “educação ao longo de toda a vida”, incluindo uma visão ampla dos espaços de aprendizagem, o tipo de conhecimento e a forma como é adquirido e, principalmente, não reduzindo a educação permanente a um processo após a formação profissional. No entanto, não menciona o trabalho e as necessidades da população como eixo do aprendizado, conforme o conceito da OPAS (GRILLO, 2012).

A NOB/SUS-RH traz como um dos tópicos o “Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS”, que é considerado como as atitudes, circunstâncias, ações e eventos que assegurem ao trabalhador o crescimento profissional e laboral; que possibilite o pleno desenvolvimento humano, a sua satisfação com o trabalho, o reconhecimento, a responsabilização com compromissos pelos direitos de cidadania da população e a prestação de serviços com acolhimento, qualidade e resolubilidade à população usuária do Sistema. O “desenvolvimento do trabalhador” é visto como tendo repercussão direta no seu engajamento institucional e na sua consciência de cidadania (BRASIL, 2005a).

Para a NOB/SUS-RH é imprescindível que o modelo de educação permanente seja baseado nas atribuições e competências institucionais dos três âmbitos de gestão do sistema, bem como nas atribuições e competências<sup>30</sup> definidas para os diferentes trabalhadores do SUS e para as equipes de trabalho, conforme sua localização no sistema de saúde, que facilite uma interlocução permanente entre educação, trabalho e regulação. Enfatiza que a qualidade da atenção à saúde exige a formação de pessoal específico, com domínio de tecnologias que

---

<sup>29</sup> Segundo Cavalcanti e Guizardi (2018) também os documentos da OPAS usam Educação Permanente em Saúde e Educação Continuada com a mesma significação. Só a partir de 2000 há uma diferenciação dos conceitos.

<sup>30</sup> Observamos aqui uma aproximação com a pedagogia das competências. Falaremos disso posteriormente.

qualifiquem a atenção individual e coletiva. Para a formação de novos perfis profissionais é imprescindível e obrigatório o comprometimento das instituições de ensino com o SUS.

Em 2003 foi criada, pelo Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com a responsabilidade de induzir a formulação de políticas de formação e desenvolvimento dos profissionais e trabalhadores da saúde e conduzir a inserção da política de educação permanente nos serviços de saúde. Composto a Secretaria, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DGES) foi estabelecido como o órgão responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde, em todos os níveis de escolaridade no setor da saúde (GRILLO, 2012; CAMPOS et al., 2017).

A partir da criação desse Departamento, o Ministério da Saúde assumiu oficialmente seu papel de gestor federal do SUS no que diz respeito à ordenação da formação de pessoal para o setor e à educação permanente do pessoal inserido no sistema de saúde.

Nesse contexto, a Resolução n. 335 (BRASIL, 2004a), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, pactuada pelas comissões dirigentes e legitimada na 12ª Conferência, institui a “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde” como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente. Originou-se, a partir daí, a Portaria n. 198/GM/MS (BRASIL, 2004b), que instituiu a PNEPS, propondo a adoção da Educação Permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde.

### **3.2.3.2 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde — PNEPS**

Em 2003, intelectuais do movimento sanitário<sup>31</sup>, construtores do campo teórico da Saúde Coletiva, predominaram nos postos de gestão do Ministério da Saúde e propuseram a constituição de políticas públicas de saúde designadas como Educação na Saúde<sup>32</sup>. “A educação ganhou nome de política de saúde, descolou-se da gestão do trabalho e colocou em xeque a designação Recursos Humanos [...]” (CECCIM, 2008, p. 17). Surge o conceito

---

<sup>31</sup> CAMPOS, Gastão W. S.; CECCIM, Ricardo B.; FEURWERKER, Laura C. M.; SENA, Roseni R.; entre outros.

<sup>32</sup> A mudança governamental ocorrida em 2003, quando se inicia o mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, traz deslocamentos importantes na política de educação dos trabalhadores da saúde, particularmente pela ênfase conferida à educação permanente (RAMOS, 2010).

Educação Permanente em Saúde, marcando o encontro entre a educação, saúde e controle social “[... ligação inextricável entre ensino (educação formal, educação em serviço, educação continuada), trabalho (gestão setorial, práticas profissionais, serviço) e cidadania (controle social, práticas participativas, alteridade com os movimentos populares, ligações com a sociedade civil) [...]” (CECCIM, 2008, p. 17). Segundo o autor, a PNEPS é uma política dentro do SUS e só pode ser compreendida a partir de seus fundamentos (como política pública e participativa).

A “Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde” (BRASIL, 2003b; 2004b) teve por objetivo definir uma proposta nacional de formação e desenvolvimento para os trabalhadores do SUS, optando por priorizar a EPS como uma ação finalística e não a atividade-meio para o desenvolvimento da qualidade do trabalho (CECCIM, 2005a).

Tal proposta tem como referência os princípios e diretrizes do SUS, a atenção integral à saúde e a construção da cadeia do cuidado progressivo à saúde na rede, considerando a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento (BRASIL, 2004b).

A EPS, a partir dessa proposta, foi estabelecida pelo Ministério da Saúde como *um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação, sendo considerada como a realização do encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, no qual o aprender e o ensinar deveriam se incorporar ao cotidiano das organizações de saúde e ao trabalho (BRASIL, 2004b).*

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde; a organização das ações e dos serviços; os processos formativos; as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. A implantação desta Política implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da Educação Permanente em Saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social (BRASIL, 2004c, p. 51).

A Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, instituída oficialmente pela Portaria n.º 198/GM/MS (BRASIL, 2004b), propôs que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomassem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações,

da gestão setorial e do controle social em saúde, e tivessem como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde.

Observamos, nessa política, a influência conceitual dos teóricos da OPAS. No entanto, a escolha da EPS, que para Ceccim (2005a) foi um ato político de defesa do trabalho no SUS, além de decorrer do desafio de corresponder às necessidades da população, buscava a adesão dos trabalhadores, dos docentes, estudantes e pesquisadores.

Nesse sentido, segundo Mário Rovere, o desafio da política brasileira foi o de *ultrapassar a utilização pedagógica de natureza educacional* da formulação trabalhada pela Organização Pan-Americana da Saúde, relativa à Educação Permanente do Pessoal da Saúde, para *implicá-la com o caráter situacional das aprendizagens* nos próprios cenários de trabalho da saúde, em todas as suas dimensões, *conectando-a as ações contra-hegemônicas necessárias* (Rovere, 2005). Por isso, para Rovere, no desafio brasileiro, houve um desapego às referências originais, em consistência com seu ideário, para qualificar a própria educação permanente em saúde, colocando o desafio assumido no tamanho das lutas de produção da saúde, abrindo fronteiras e desterritorializando instituídos (CECCIM, 2005b, p. 979).

O marco conceitual proposto por essa política foi a aceitação de que a formação e o desenvolvimento seriam feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, para que propiciassem: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem; o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde; o trabalho em equipes matriciais; a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas.

Nesse sentido, podemos considerar o conceito de EPS como um conceito político-pedagógico. A aposta era que a introdução dessa abordagem retiraria os trabalhadores da condição de “recursos” e colocaria o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde. Não se objetivava simplesmente capacitar os trabalhadores, mas transformá-los subjetivamente; diríamos transformá-los em ‘profissionais’ do SUS, entendendo o termo, como Rovere, *“como quien tiene un compromiso con un objeto y con su transformación”* (2005, p. 170).

Foram considerados autores e atores fundamentais dessas instâncias de articulação da EPS: os gestores estaduais e municipais; as universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde; as escolas de saúde pública; os centros formadores; os núcleos de saúde coletiva; as escolas técnicas de saúde; os hospitais de ensino; os estudantes da área de saúde; os

trabalhadores de saúde; os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde; os movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde.

A formação e o desenvolvimento, a partir da PNEPS, deveriam englobar aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS. Portanto, a educação permanente requereria ações no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação, da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde, bem como com o controle social deste setor — Quadrilátero da Formação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004)<sup>33</sup>.

Deveriam ser realizadas capacitações, sem, contudo, prescindir da educação que pensa o trabalho e da educação que pensa a produção do mundo; portanto, haveria de se inserirem processos de reflexão crítica, base para uma educação que considera o desenvolvimento da autonomia e da criatividade no ato de pensar, de sentir e de querer dos atores sociais.

Para gerir essa Política estabeleceram-se os Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), instância interinstitucional e localregional/colegiado de gestão, que deveriam funcionar como rodas de debate e de construção coletiva — “Rodas para a Educação Permanente em Saúde”. Pretendia-se introduzir o sentido de roda, conforme estabelecido por Campos (2000), em cada território localregional, para que se debatesse e implementasse a melhor e mais adequada ação, definindo conteúdo, forma, metodologias e responsáveis, garantindo maior impacto de atuação. Buscava-se instituir um novo arranjo e uma nova estrutura organizativa, fortemente comprometida com o projeto ético-político da Reforma Sanitária brasileira, com a coresponsabilidade nas ações de saúde e com a articulação e integração ensino-serviço (BRASIL, 2004c).

Os polos também deveriam funcionar como espaços de articulações interinstitucionais para a educação permanente em saúde que se constituiriam em espaços de planejamento, gestão e de mediação para que as diretrizes políticas de ordenação da educação para o SUS se materializassem em sintonia com as peculiaridades localregionais. O conjunto de atores envolvidos deveria se constituir como interlocutores permanentes nos diálogos necessários à construção das propostas e das correções de trajetória de formação (BRASIL, 2004c).

---

<sup>33</sup> Assim, segundo Ramos (2010), buscava-se ir além do princípio que caracterizou a formação em saúde, qual seja, a integração ensino-serviço, em direção à integração ensino-serviço-gestão-controle social.

O PEPS era o principal dispositivo para mobilizar recursos financeiros do Ministério da Saúde para a formação e para o desenvolvimento. Referenciavam-se aos municípios abrigados em seu território, às diretorias regionais das secretarias estaduais de saúde, ao conjunto de articulações interinstitucionais regionais para a EPS, de cada estado, e, de forma articulada, referenciavam-se à Secretaria Estadual de Saúde (SES).

Outras estratégias para o apoio e a dinamização da constituição da EPS e o fortalecimento do trabalho de formação e desenvolvimento em saúde foram pensadas nessa Política. Entre elas, podemos citar: as mudanças na formação técnica, na graduação das profissões da saúde, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004c).

O Ministério da Saúde ofereceu cooperação técnica e operacional para as escolas de graduação em saúde que se dispusessem a entrar em processos de mudança que levassem a um trabalho articulado com o sistema de saúde e com a população, à adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e à formação geral, crítica e humanística, sob a perspectiva da multiprofissionalidade e transdisciplinaridade e sob o conceito de clínica ampliada de saúde. Para serem elegíveis para a cooperação financeira, os projetos das escolas teriam que assumir compromissos concretos com a EPS, bem como com a produção e a disseminação de conhecimentos. Podemos citar, aqui, o programa Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) e as residências multiprofissionais como estratégias de ação.

O VER-SUS teve como foco a formação de novos profissionais para o SUS. O programa foi baseado em estágios e vivências que permitissem aos alunos de graduação experimentar diferentes espaços de aprendizagem dentro do cotidiano dos serviços de saúde. A experiência abarcava conhecimentos sobre gestão do sistema, estratégias de atenção básica e processos de educação na saúde (BRASIL, 2004d).

As residências multiprofissionais foram também pensadas como formas de EPS. Residências integradas em saúde como inovação que propiciasse formação especializada em serviço para a equipe de saúde (BRASIL, 2005b).



A EPS, como política pública, buscava também colocar o SUS como um interlocutor das escolas na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação dos profissionais, e não como mero campo de estágio ou de aprendizagem prática. A partir de 2005, o Ministério da Saúde passou a incentivar financeiramente projetos em favor da mudança na graduação dos cursos da saúde — inicialmente, medicina e enfermagem — e depois foram ampliando para outros cursos. Os dois projetos mais importantes foram o Programa de Reorientação da Formação em Saúde — Pró-Saúde (BRASIL, 2007b) e Programa de Educação pelo Trabalho — PET Saúde (BRASIL, 2010).

O Pró-Saúde foi estruturado a partir de um edital a que as instituições de ensino superior (em articulação com as secretarias municipais de saúde) concorressem por meio da apresentação de projetos de mudança nos cursos de graduação, envolvendo a criação/ampliação de atividades dos estudantes junto ao SUS. Foram propostos três eixos orientadores para a mudança: orientação teórica, cenários de prática e orientação (BRASIL, 2007b).

O PET Saúde apoiava estudantes e profissionais de saúde, por meio de bolsas, a se envolverem no desenvolvimento de projetos específicos de promoção à saúde, educação em saúde, vigilância sanitária, saúde mental e fortalecimento da saúde da família (BRASIL, 2010).

Em 2007, a PNEPS foi reafirmada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 1996 (BRASIL, 2007a), com o estabelecimento de novas diretrizes e estratégias para a sua implementação, buscando adequá-la novamente à Lei Orgânica do SUS (Lei n. 8.080) e às diretrizes operacionais e regulamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006). No Pacto pela Saúde, a política de gestão de pessoas foi definida como eixo estruturante para buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores do SUS.

A Portaria GM/MS n. 1996 (BRASIL, 2007a) considera a *EPS como um conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde.*

Essa Portaria coloca um ponto final nos PEPS e define que a condução regional da política nacional da EPS se dará por meio de Colegiados de Gestão Regional, com a participação de Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (BRASIL, 2007a).

Os Colegiados de Gestão Regional passaram a ser as instâncias de pactuação e cogestão, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e representantes do(s) gestor(es) estadual(ais).

As CIES definidas como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes passaram a participar da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS. Essas comissões já eram previstas no Artigo 14 da Lei n. 8080 e na NOB/RH-SUS. Passaram a ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal; trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas; instituições de ensino e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

O documento da PNEPS (BRASIL, 2009), no Anexo II “Diretrizes operacionais para a constituição e funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço”, faz a seguinte síntese do conceito de EPS:

Aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, pois ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009, p. 20).

Segundo Lemos (2016), essa Portaria deposita nos gestores maiores responsabilidades para a execução das ações propostas, com o fortalecimento do papel da instância estadual na gestão participativa das decisões e ações de educação em saúde. A tentativa, aqui, era buscar projetos com maior foco nas questões locais e regionais.

### **PNEPS – nos últimos anos**

Em um recente documento editado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) destacam-se as principais dificuldades para a implementação da PNEPS nos estados e municípios nos últimos anos, a saber: 1) Pouca articulação entre gestores, trabalhadores, controle social e IES; 2) Reduzida implantação das CIES regionais; 3) Participação incipiente dos gestores municipais; 4) Indefinição de parâmetros para construção dos projetos; 5) Ausência de avaliação acerca dos projetos desenvolvidos, no que tange a suas desejadas mudanças nas práticas de formação, gestão e atenção na saúde e as dificuldades na utilização dos recursos financeiros.

Destaca, ainda, que essas dificuldades são mais evidentes em alguns estados devido à falta de priorização das ações de EPS, mas também devido a não apropriação plena da concepção que fundamenta a PNEPS.

No referido documento há, no entanto, a reafirmação da PNEPS, enfatizando que não há necessidade de mudanças em seu conteúdo, exceto revisão de nomenclaturas na Portaria GM/MS n. 1996, de 2007, uma vez que o mais importante é avançar com o seu processo de implementação nos estados, ressaltando a importância de mantê-la como uma política de Estado (BRASIL, 2018).

Nos últimos anos, as principais ações implementadas pela SGTES foram: 1) Incentivo à implementação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade, por meio do estabelecimento dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES); 2) Lançamento do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS); 3) Realização do 1º Laboratório de Inovação em Educação na Saúde da Região das Américas; 4) Formalização da incorporação do tema da Educação Interprofissional em Saúde (EIP) na agenda da SGTES.

O COAPES (BRASIL, 2015) é um dispositivo da PNEPS ofertado aos atores do SUS (gestores, trabalhadores e usuários) e da Educação Superior da área da saúde (gestores, docentes e estudantes) para promover processos participativos de construção da formação e desenvolvimento profissional no SUS e para o SUS. Propõe um fluxo nacional para balizar e formalizar as relações intersetoriais e interinstitucionais, sendo um dispositivo para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais na área da saúde. A sua adoção entra como um dos critérios de qualificação da instituição de ensino.

O PRO EPS-SUS tem o objetivo de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde, para a transformação das práticas de saúde, em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho. Tal iniciativa se caracteriza pelo repasse financeiro do MS diretamente aos municípios para que realizem ações de EPS nos territórios (BRASIL, 2017).

Os Laboratórios de Inovação foram desenvolvidos como uma proposta metodológica para avançar no processo de cooperação técnica entre OPAS/OMS Brasil e parceiros, partindo-se do pressuposto de que o SUS é um ‘laboratório’ de grande magnitude, em que muitas ideias,

conceitos, processos, ferramentas e práticas são desenvolvidos a partir da iniciativa e criatividade de gestores e profissionais, que precisam de suporte para sistematização e divulgação e que sirvam de inspiração e modelo para outras instâncias. Os Laboratórios enfatizam a EPS, objetivando produzir evidências de práticas e experiências inovadoras de educação na saúde, transformando o conhecimento tácito em conhecimento explícito e promovendo a troca de informações, mediante a construção de redes entre as partes interessadas no tema (BRASIL, 2018).

A EIP está sendo formalmente incorporada nas políticas de educação na saúde como estratégia potencial para o fortalecimento do SUS. Consiste em ocasiões nas quais membros ou estudantes de duas ou mais profissões aprendem com os outros, entre si e sobre os outros para aprimorar a colaboração e qualidade dos cuidados e serviços (CAIPE, 2017). Também é conhecida como uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos, de modo interativo, com a finalidade de valorizar a qualidade da atenção à saúde. E, ainda, como um modelo de formação estabelecido com ações articuladas entre dois ou mais cursos da saúde, podendo contribuir para mudanças em prol da colaboração e da qualidade da atenção dos usuários (BRASIL, 2018).

A EIP se destaca no cenário brasileiro ao receber o reconhecimento de que o SUS é interprofissional (PEDUZZI, 2016), sobretudo seu modelo de atenção, centrado na Atenção Primária, que incorpora diferentes profissões em equipes para atuação compartilhada. O Ministério da Saúde tem adotado a definição de EIP como uma intervenção em que membros de mais de uma profissão da saúde aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional.

#### **3.2.3.2.1 Política de Educação Permanente em Saúde Mental**

Na saúde mental, os processos de formação de profissionais são permeados por diversos desafios, acentuados pelo recente processo de redirecionamento desta política, sob a perspectiva da desinstitucionalização e da atenção psicossocial. Um dos principais desafios da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) brasileira é a formação de profissionais adequada ao trabalho intersetorial e interdisciplinar, e que seja capaz de produzir a superação do paradigma da tutela e romper com as barreiras do estigma e preconceito (SCAFUTO et al., 2017).

No âmbito da saúde mental, diversas normativas ratificaram o papel do SUS na formação de seus profissionais e indicaram a necessidade de investimentos nesse campo. Logo após a Lei

Federal n. 10.216 (BRASIL, 2001) — lei da Reforma Psiquiátrica brasileira — foi instituído o Programa Permanente de Formação em Saúde Mental do Ministério da Saúde, que desenvolveu diversas iniciativas por meio da parceria com instituições universitárias. Este Programa teve como proposta o incentivo, apoio e financiamento de ações e núcleos de formação no campo da saúde mental para a rede pública de saúde, por meio da formalização de convênios junto a instituições formadoras, municípios e estados.

Em 2005, a Portaria n. 1174 criou o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial — CAPS (BRASIL, 2005d), incluindo ações diversificadas, como a supervisão clínico-institucional, ações de atenção domiciliar e em espaços comunitários, ações de acompanhamento integrado com a rede de atenção básica, projetos de estágio e de treinamento em serviço, ações de integração com familiares e comunidade, além do desenvolvimento de pesquisas.

Entre 2007 e 2010 houve um crescimento expressivo de serviços de saúde mental que não foi acompanhado por uma oferta e capacitação compatível de profissionais para o trabalho em saúde pública, gerando uma carência de profissionais em saúde mental (SCAFUTO et al., 2017). No entanto, nesse período, foram implementados pelos Ministérios da Saúde e Educação novos programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Residências Médicas em Psiquiatria, que foram considerados pela Política de Formação de Médicos Especialistas em Áreas Prioritárias ao SUS (PRORESIDÊNCIA) como prioridade.

O Ministério da Saúde também criou a Rede da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnaSUS), que ofereceu diversos cursos de especialização pela modalidade de Educação a Distância ou semipresencial, contemplando o tema da saúde mental. Foram criadas também as Escolas de Redutores de Danos do SUS (ERD), visando à qualificação da atuação dos profissionais dos serviços, por meio de capacitações teórico-práticas; e as Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais, que tinham o objetivo de promover o debate e a avaliação contínua da estratégia de supervisão clínico-institucional, para potencializar a atuação dos supervisores já atuantes e promover a formação de um quadro de supervisores (SCAFUTO et al., 2017).

Como falado anteriormente, entre as iniciativas organizadas pelo MS estavam o Pró-Saúde e PET-Saúde, ambos oferecidos aos estudantes de graduação como modalidades de interação do SUS com as Universidades. O Pró-Saúde orientava a integração dos aspectos biossanitários aos aspectos psicossociais no ensino e aprendizagem da integralidade da atenção, assim como

a compreensão da atenção à saúde com base nos territórios e construção de laços intersetoriais com a cultura, como previstos no campo da Saúde Mental. Teve também modalidades do PET- Saúde específicas em SM e, em 2010, o PET-Saúde em Crack, Álcool e outras Drogas, representando um aprofundamento da relação da área com a PNEPS: “O PET-Saúde Mental entre 2013 e 2015, somou um número total de 90 grupos espalhados em todas as unidades da federação. Ao longo de todo o período, foram 161 projetos, somando 90.297 tutores, preceptores e estudantes” (RADKE; CECCIM, 2018, p. 26).

Em 2011, a nova portaria da SM — a Portaria n. 3088 (BRASIL, 2011) — estabeleceu como diretriz da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a promoção de estratégias de educação permanente dedicada aos seus trabalhadores, e como um de seus objetivos, a promoção de mecanismos de formação profissional para esta área de atuação.

Além de aprofundar as políticas já implementadas, em 2013 o MS lançou o projeto Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial, tendo em vista o desenvolvimento de projetos de Educação Permanente em Saúde Mental segundo quatro linhas norteadoras: 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 (“Engrenagens da Educação Permanente”). O projeto Percursos Formativos foi definido como a “viabilização da implementação de um processo de qualificação abrangente e horizontalizado nos territórios” (RADKE, CECCIM, 2018, p. 26). Veremos adiante os efeitos dessa Política em Betim.

Tratamos, aqui, de alinhar historicamente o conceito de EPS buscando uma maior compreensão do processo de implantação da mesma. A intenção não foi abarcar toda sua complexidade, mas sim delinear aspectos importantes para o entendimento da origem e dos rumos da EPS no Brasil. Apresentaremos, na próxima página, um paralelo entre os conceitos de EPS expostos. E em seguida buscaremos compreender a fundamentação teórica da PNEPS.

**Quadro 2 — Conceitos de Educação Permanente em Saúde**

	OPAS	NOB-RH	PNEPS (2004)	PNEPS (2007)
Conceitos	<p>Processo contínuo de ações de trabalho-aprendizagem ocorrendo num espaço de trabalho em saúde, partindo de uma situação existente (geralmente uma situação-problema), e pretendendo superá-la, modificá-la ou transformá-la em uma situação diferente ou desejada.</p> <p>Educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho.</p>	<p>Processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele.</p> <p>Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização.</p>	<p>Encontro entre a educação e a saúde, ligação inextricável entre ensino (educação formal, educação em serviço, educação continuada), trabalho (gestão setorial, práticas profissionais, serviço) e cidadania (controle social, práticas participativas, alteridade com os movimentos populares, ligações com a sociedade civil) – Quadrilátero da formação</p>	<p>Conceito pedagógico visa efetuar relações orgânicas entre ensino e serviços, entre docência e atenção à saúde, entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde.</p>
Diretrizes	<p>EPS como instrumento pedagógico da transformação do trabalho e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores a nível individual e coletivo.</p>	<p>EPS como instrumento pedagógico para o desenvolvimento permanente dos trabalhadores.</p>	<p>EPS como estratégia político-pedagógica.</p> <p>SUS — rede escola</p> <p>PEPS</p>	<p>EPS como instrumento pedagógico.</p> <p>Colegiados de gestão regional e CIES</p>
Objetivos	<p>Tem o objetivo de refletir e intervir sobre o processo de trabalho visando melhorar a qualidade dos serviços e as condições de trabalho.</p>	<p>Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha.</p>	<p>Objetiva transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, visando não apenas capacitar os trabalhadores, mas transformá-los subjetivamente, para que se impliquem com o SUS.</p>	<p>Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.</p>
Pressupostos	<p>Trabalho como centro privilegiado da aprendizagem.</p> <p>Articulação ensino-serviço.</p> <p>O trabalho é visto como contexto de produção de conhecimentos.</p>	<p>Educação ao longo de toda a vida (educação continuada).</p> <p>Articulação ensino-serviço.</p> <p>Enfoca o desenvolvimento</p>	<p>Aprendizagem no trabalho, na qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.</p> <p>Implica trabalho articulado entre o</p>	<p>Aprendizagem no trabalho, na qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.</p> <p>O trabalho é visto como contexto de</p>

	<p>O conhecimento deve assegurar a satisfação das necessidades dos usuários.</p> <p>Busca-se a incorporação crítica de novas tecnologias e de novos procedimentos no trabalho.</p> <p>Baseia-se na aprendizagem significativa, na qual se estabelece conexão entre a teoria e a prática, entre o saber e sua finalidade social e institucional.</p>	<p>de atitudes, circunstâncias, ações e eventos que assegurem ao trabalhador o crescimento profissional e laboral.</p> <p>A qualidade da atenção à saúde exige a formação de pessoal específico, com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva.</p> <p>A formação de novos perfis profissionais exige o comprometimento das instituições de ensino com o SUS</p>	<p>sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão), as instituições de ensino, bem como o controle social.</p> <p>O trabalho é visto como sendo contexto de produção de conhecimentos</p> <p>Considera os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm no processo. Baseia-se na aprendizagem significativa.</p> <p>A produção de conhecimento deve tomar como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.</p> <p>A formação e o desenvolvimento devem englobar aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.</p>	<p>produção de conhecimentos.</p> <p>Considera os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm no processo ensino-aprendizagem. Baseia-se na aprendizagem significativa.</p> <p>As necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores devem ser pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações.</p>
Metodologia	<p>Metodologias participativas, conteúdos inspirados em problemas e situações de trabalho e situações propícias para a aprendizagem transformadora.</p> <p>Problematização, participação ampliada, enfoque estratégico e interprofissionalidade. Privilegia a participação coletiva e multidisciplinar no trabalho. Investigação e a autoanálise do trabalho</p>	<p>O trabalho como referência e eixo central do processo ensino-aprendizagem.</p>	<p>Metodologias participativas.</p> <p>Problematização da atuação e da gestão setorial em saúde.</p> <p>Intersetorialidade e interprofissionalidade.</p> <p>Respeito ao saber construído pelos trabalhadores.</p> <p>Reflexão e análise do trabalho e das organizações de saúde, bem como da formação profissional.</p>	<p>Metodologias participativas.</p> <p>Problematização do processo de trabalho.</p> <p>Intersetorialidade e interprofissionalidade.</p> <p>Respeito ao saber construído pelos trabalhadores.</p> <p>Busca projetos com maior foco nas questões locais e regionais, com participação coletiva e integração ensino-serviço.</p>
Visão do	Trabalhador é o sujeito	Trabalhador —	Busca retirar os	



trabalhador	do seu processo de trabalho (Recurso Humano)	recurso humano.	trabalhadores da condição de “recursos” para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde	
Protagonistas da EPS	O protagonista principal desse processo deve ser a equipe de saúde, que, por sua vez, deve ser multidisciplinar e desenvolver um trabalho interprofissional.	Trabalhadores e formadores.	Diversos atores: trabalhadores da saúde, gestores, docentes, estudantes, conselhos profissionais, conselhos de saúde, associações populares, entre outros. PEPS	Deposita nos gestores maiores responsabilidades para a execução de ações propostas.  CIES
Referências teóricas	Pedagogia crítica de Paulo Freire, construtivismo, andragogia, planejamento estratégico e análise institucional.		OPAS, pedagogia crítica de Paulo Freire, Movimento Institucionalista (autoanálise e autogestão), Movimento de formação para a saúde (Rede Unida), Saúde Coletiva.	OPAS, pedagogia crítica de Paulo Freire, Movimento Institucionalista (autoanálise e autogestão), Movimento de formação para a saúde (Rede Unida), Saúde Coletiva.

Fonte: A autora

### 3.3 Fundamentação do conceito de Educação Permanente na Saúde da PNEPS

Para muitos educadores, a EPS pode configurar um desdobramento da Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos, perfilando-se pelos princípios e/ou diretrizes desencadeados por Paulo Freire<sup>34</sup>. Desse educador brasileiro provém a noção de ‘aprendizagem significativa’ acentuada, por exemplo, pelos teóricos do conceito de EPS divulgado pela OPAS<sup>35</sup>. Para outros educadores, a EPS configura um desdobramento do Movimento Institucionalista em Educação<sup>36</sup>, caracterizada fundamentalmente pela produção de René Lourau e George Lapassade, que propuseram alterar a noção de Recursos Humanos para a noção de coletivos de produção, propondo a criação de dispositivos para que o coletivo se reúna e discuta, reconhecendo que a educação se compõe necessariamente com a reformulação da estrutura e do processo produtivo em si nas formas singulares de cada tempo e lugar. Dos institucionalistas provêm as noções de autoanálise e autogestão. A EPS configura, ainda, para outros educadores, o desdobramento de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, resultando da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada para o campo da saúde e na educação formal de profissionais de saúde<sup>37</sup> (CECCIM, 2005a).

A PNEPS (BRASIL, 2004b), como citado anteriormente, considera a EPS como um conceito político-pedagógico no SUS, para efetuar relações orgânicas entre ensino e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. A PNEPS considera também que a EPS realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva.

---

<sup>34</sup> Incluem o pensamento de Paulo Freire, com sua crítica à educação bancária e a defesa dos problemas concretos vividos pelos educandos como ponto de partida do processo educativo.

<sup>35</sup> Embora Ramos (2017) coloque que o conceito de aprendizagem significativa também tem origem em outro autor: David Ausebel. Para ele, a aprendizagem significativa implica transformar o significado lógico do material pedagógico em significado psicológico, à medida que esse conteúdo se insere de modo peculiar na estrutura cognitiva.

<sup>36</sup> O termo “movimento institucionalista” define uma série de teorias, práticas e experiências que tem como premissa a autogestão e a autoanálise, objetivando impulsionar experiências coletivas criadoras de novos saberes. Podemos citar: análise institucional, pedagogia institucional, psiquiatria democrática, sociopsicanálise, psicossociologia, esquizoanálise, sociologia clínica, grupo operativo, educação popular e outros (PEREIRA, William Cesar Castilho. Movimento institucionalista: principais abordagens. *Estud. pesqui. psicol.* v.7 n.1 Rio de Janeiro: jun. 2007).

<sup>37</sup> Pode-se referir a rede de integração docente-assistencial, os projetos UNI, IDA e, posteriormente, a Rede Unida.

Com a PNEPS se amplia o espectro de ação da educação permanente para além dos espaços do ensino e do serviço, sendo que a EPS passa a ter como prerrogativa central despertar o compromisso dos diversos setores envolvidos (atenção/gestão/ensino/control social) para o enfrentamento dos problemas que persistem no SUS (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

A atualização técnico-científica, portanto, é apenas um dos aspectos da EPS, e não seu foco central. As demandas para a “capacitação” não deveriam definir mais a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas a partir dos problemas do dia a dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho — em cada serviço de saúde — que são identificadas as necessidades de formação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas. Assim, a formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS. Nessa perspectiva, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção deve ser construída na prática das equipes.

A EPS abrange, portanto, ações no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação, da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social neste setor.

### **3.3.1 Bases conceituais**

A PNEPS foi construída e apresentada por uma equipe de profissionais que entre 2003 e 2005 ocupou o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, no Ministério da Saúde<sup>38</sup>. Segundo Feuerwerker (2014), todos os seus componentes eram oriundos do movimento da Reforma Sanitária e tomaram presença no governo federal (primeiro mandato de Lula) como oportunidade para efetuar mudanças estruturantes.

[...] Faziam parte do repertório desse grupo, pelo menos, as experiências da gestão estadual no campo da educação na saúde no Rio Grande do Sul, as experiências de construção de processos de mudanças no âmbito da formação e do trabalho em saúde reunidas em torno da Rede Unida e da Rede de Educação Popular em Saúde e as experiências de gestão e reorganização do trabalho em saúde desencadeadas a partir do campo da saúde coletiva, já referido aqui, como defesa da Vida (FEUERWERKER, 2014, p. 94).

---

<sup>38</sup>No período de 2003 a 2005, tendo como ministro da Saúde Humberto Costa, a SGTES foi dirigida por Maria Luiza Jaeger. O DEGES era coordenado por Ricardo Burg Ceccim, tendo Laura Camargo Macruz Feuerwerker como Coordenadora-Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde, Roseni Sena, Coordenadora-Geral de ações técnicas em educação na saúde e Maria Verônica Oliveira como Coordenadora-Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social. Emerson Elias Merhy, nesta fase, era Consultor Sênior para os Projetos de Educação (LEMOS, 2010).

Para Ceccim (2005b) a produção da PNEPS representou o esforço de cumprir uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino – aprendizagem no exercício do trabalho.

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola (CECCIM, 2005b, p. 976).

Ceccim e Feuerwerker (2004) apresentam a EPS como “Quadrilátero da Formação” — articulação entre formação, gestão, atenção e controle social. Para esses autores, a formação deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.

Colocam o conceito de EPS como político-pedagógico. Conceito que resume a política proposta (PNEPS) e lhe dá tradução concreta junto dos conselhos de saúde, instituições de ensino, associações docentes, movimentos sociais, organizações estudantis e representações de trabalhadores. Expressa o caráter político da EPS, tal como Rovere (2005):

*A mí también me parece “impostergável assegurar à área da formação, então, não mais um lugar secundário ou de retaguarda, mas um lugar central, finalístico” creo yo un espacio de formación de militantes por el derecho a saúde . Al respecto Tenti Fanfani observa que en su origen la palabra “pro fe sional”, como la palabra “pro fe sor” deriva de la raíz latina profesare, es decir que el profesional no se define tanto como aquel que detenta el monopolio de un saber, de un campo de conocimiento o de un conjunto de técnicas sino como quien tiene un compromiso con un objeto y con su transformación (ROVERE, 2005, p. 170).*

Ceccim e Feuerwerker (2004) propõem como estratégia para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos a articulação entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras (integração ensino-serviço).

O papel de constatar a realidade e de produzir sentidos, no caso da saúde, pertence tanto ao SUS como às instituições formadoras de suas profissões. Cabe ao SUS e às instituições formadoras coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes (CECCIM, FEUERWERKER, 2004 p. 46).

Elencam os seguintes elementos analisadores<sup>39</sup> para pensar/providenciar a EPS:

- 1) Análise da educação dos profissionais de saúde: pretendiam mudar a concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes). Pretendiam também mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento (por centros de excelência e segundo uma produção tecnicista) para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade;
- 2) Análise das práticas de atenção à saúde: desejavam construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização, da inclusão e da participação dos usuários no planejamento terapêutico;
- 3) Análise da gestão setorial: buscavam configurar de modo criativo e original a rede de serviços, assegurar redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários;
- 4) Análise da organização social: também se propuseram a verificar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde (CECCIM, 2005a).

A interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde (quadrilátero da formação), na visão desses autores, deveria permitir dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva capacidade de crítica, bem como produzir sentidos, autoanálise e autogestão.

A EPS na proposta da PNEPS destaca a aprendizagem significativa e o método da roda como elementos capazes de estruturar, constituir e viabilizar a mudança de concepção e de orientação das práticas dos profissionais de saúde. Seus fundamentos se constituíram tendo como base as reflexões dos sanitaristas Gastão Wagner de Souza Campos (2000) e Emerson Elias Merhy (FRANCO; MERHY, 2013). Os autores, ao desenvolverem o método Paideia e a micropolítica do trabalho vivo em ato, respectivamente, dão subsídios para valorizar o local de trabalho como espaço de aprendizagem e transformação, o que também já vinha sendo acentuado pelos teóricos ligados à OPAS.

---

<sup>39</sup> Observamos aqui influência do movimento institucionalista, conforme caracterizado anteriormente. Analisador, segundo Lourau, é aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar (FRANCO, MERHY, 2013).

A EPS foi considerada um recurso estratégico para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e, nesse sentido, propunha introduzir o sentido de “roda” em cada território locorregional (os Polos), para que se pudesse debater e implementar ações adequadas ao contexto e garantir o maior impacto de atuação (BRASIL, 2003b). Para tentar identificar melhor essa concepção pedagógica subjacente à proposta, é preciso retomar a ideia dos Polos conformados enquanto rodas a partir de Campos (2006). Nas rodas, pensadas por esse autor, busca-se produzir debates, negociações e construção coletiva de alternativas de qualificação para o trabalho, a partir dos problemas que emergem do próprio trabalho.

As rodas de discussão fazem parte do método Paideia proposto por Campos (2000). Tem como objetivo instrumentalizar as pessoas para atuar modificando o mundo e a si mesmas, “contribuindo para instituir processos de construção de sociedades com grau crescente de democracia e de bem-estar social” (CAMPOS, 2006, p.20).

São pressupostos básicos do método: 1) Reconhecer que uma das finalidades principais da política, da gestão e do trabalho humano é a construção de bem-estar e justiça social; 2) A política, a gestão e o trabalho deveriam ser julgados também por sua capacidade de construir os maiores coeficientes possíveis de autonomia e de liberdade para as pessoas e instituições; 3) Assegurar a resolução de conflitos e a elaboração de contratos entre interesses e valores diferentes sem o uso da violência, mas graças ao uso de instrumentos de convencimento e de negociação (CAMPOS, 2006).

Com as rodas se propunha romper, a um só tempo, com o modelo hegemônico de gestão — atribuída a uma minoria especializada — e desenvolver o exercício da cogestão, através da criação de espaços coletivos que ampliassem a capacidade e possibilidade dos sujeitos analisarem, definirem tarefas e elaborarem projetos de intervenções na realidade (VIEIRA et al., 2006).

A ideia do estabelecimento de rodas de discussão para a EPS ultrapassa, no entanto, os limites dos Polos. Almejava a possibilidade de construção de microespaços dentro dos próprios serviços para “articular gestão, atenção e formação para o enfrentamento dos problemas de cada equipe de saúde, em seu território geopolítico de atuação” (BRASIL, 2004c, p.13). Segundo Feuerwerker (2014), dentro das unidades de saúde também poderia haver rodas operando:

A roda que os trabalhadores e a gestão podem instituir, fabricando suas equipes, seus modos de trabalhar e invadindo o aparelho unidade de saúde. Reúnem-se,

fazem ofertas uns para os outros, constroem entre si acordos e regras. Organizam-se para atuar como um coletivo, mas para que cada um possa atuar do seu jeito. Atuam tanto para produzir o acordo, quanto para participar da produção de atos de saúde, que, por exemplo, consideram cuidadores. Enfim, o modo de construir a funcionalidade do espaço que está sendo produzido é muito mais elástico e muito mais disponível ao grupo constituído e em ação. Entretanto, todo este processo tem um objetivo final imposto a ser atingido: organizar a ação do coletivo para produzir atos de saúde (FEURWERKER, 2014, p. 100).

Neste sentido, o conceito de EPS presente na PNEPS foi o de gestão da educação como integrante do cotidiano do SUS, tomado como “roda” ou “coletivo” em movimento:

A roda (reafirmando: articulação interinstitucional e locorregional), agora, podemos melhor colocar, não representa apenas um mecanismo mais democrático e participativo de gestão, é um dispositivo de criação local de possibilidades (neste tempo e lugar). Por não ser meramente um arranjo gerencial, lhe cabe cartografar a realidade a que se refere e operar processos pedagógicos de ordenamento da rede de atenção, de permeabilidade às práticas populares, de qualificação das práticas pela integralidade da atenção e de produção de aprendizagens significativas, pela alteridade com as pessoas, histórias de vida e histórias culturais que buscam as ações, os serviços e os sistemas de saúde. A roda serve para alimentar circuitos de troca, mediar aprendizagens recíprocas e/ou associar competências. É por estarem em roda que os parceiros criam possibilidades à realidade, recriam a realidade e/ou inventam realidades segundo a ética da vida que se anuncia nas bases em que são geradas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 57).

A PNEPS parte, então, do pressuposto da aprendizagem significativa<sup>40</sup>, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços.

A aposta era que a prática pedagógica colocasse o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde como central aos processos educativos, ao mesmo tempo em que o colocava sob problematização, isto é, em autoanálise e autogestão (CECCIM, 2005a,b). A estética pedagógica da EPS era a de introduzir a experiência da problematização e da invenção de problemas. Essa estética, segundo Ceccim (2005b), era a condição para o desenvolvimento de uma inteligência proveniente de escutas, de práticas cuidadoras, de conhecimentos engajados e de permeabilidade aos usuários; uma produção “em ato” das aprendizagens relativas à intervenção na vida individual e coletiva. Nesse sentido se basearam também na teoria do Trabalho Vivo em Ato de Emerson Merhy, como veremos a seguir.

### **3.3.1.1 Trabalho vivo e Trabalho morto**

Merhy (1997), a partir de Marx<sup>41</sup>, considera que as práticas de saúde, como toda atividade humana, são atos produtivos, pois modificam alguma coisa e produzem algo novo.

<sup>40</sup> O conceito de “aprendizagem significativa”, como falado anteriormente, tem como referência Paulo Freire e a educação popular. Ceccim (2006), no entanto, ressalta que enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho.

Configuram, portanto, trabalho porque visam produzir efeitos, buscam alterar um estado de coisas estabelecido como necessidades. Distingue, também a partir da teoria marxista, dois tipos de trabalho na saúde: o vivo e o morto.

Merhy (FRANCO; MERHY, 2013) chama de *trabalho morto* a todos aqueles produtos-meios que nele estão envolvidos — ou como ferramenta ou como matéria-prima — e que são resultados de um trabalho humano anterior. O *trabalho vivo* é o trabalho no momento em que este está sendo produzido, no ato. O trabalho em si é o trabalho vivo; os instrumentos de trabalho e a organização do processo de trabalho são o trabalho morto (ou seja, estão ali para serem usados ou interferirem no modo como o processo ocorrerá, mas são produtos de um trabalho vivo anterior).

O trabalhador usará o trabalho morto contido na sua técnica, nos seus instrumentos de trabalho, a partir da ação do seu trabalho vivo em ato, como componentes de uma “caixa de ferramentas” (que contém o conjunto de suas tecnologias). A ideia de tecnologia, aqui, está vinculada não só a de equipamento tecnológico, mas também a de um certo saber fazer. As ferramentas tecnológicas são concebidas como saberes e seus desdobramentos são materiais e imateriais, fazendo sentido de acordo com o lugar que ocupam no processo de trabalho e conforme as finalidades que se almejam. Merhy distingue três tipos de tecnologias: duras, leve-duras e leves (FRANCO; MERHY, 2013).

Na saúde, as tecnologias duras são as que permitem manusear os equipamentos que possibilitam perscrutar, acessar dados físicos, exames laboratoriais e imagens, necessários para alimentar o raciocínio clínico e também todos os outros equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas. Esses processos consomem trabalho morto (das máquinas, equipamentos, regulamentos, protocolos) e trabalho vivo de seus operadores.

As tecnologias leve-duras permitem processar o olhar do trabalhador de saúde sobre o usuário como objeto de sua intervenção, em um processo de apreensão de seu mundo e de suas necessidades a partir de um certo ponto de vista. Esse olhar é construído a partir de certos saberes bem definidos, como a clínica (de cada profissão) e a epidemiologia — ambas trabalho morto, pois produzido anteriormente —, mas no momento concreto do agir do

---

<sup>41</sup> Para Marx, o trabalho não é compreendido somente em sua dimensão mais operativa enquanto uma atividade, mas como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção. E, assim, o trabalho "produz" o homem, mesmo que este seja a fonte daquele e que, em potência, de modo virtual, seja o lugar da criação e o momento de existência e expressão do trabalho vivo, em atividade (MERHY, 1997; FRANCO, MERHY, 2013).



trabalhador, mediante seu trabalho vivo em ato, em sua interação com o usuário, há uma mediação imposta ao raciocínio clínico. E como não há um só modo de realizar o ato clínico, pode predominar a dureza (e os processos mais estruturados) ou pode predominar a leveza (e os processos mais maleáveis, mais permeáveis).

As tecnologias leves são as que permitem a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos. São as que possibilitam mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico do trabalhador de saúde. Os processos produtivos por meio dessas tecnologias só se realizam em ato e nas intercessões entre trabalhador e usuário. É nesse território que a ética do exercício profissional e os saberes relacionais adquirem importância, evidenciando a relevância do trabalho vivo do profissional nesse momento. É também neste território – das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato – que o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar.

No cotidiano do trabalho em saúde, há múltiplos encontros operados com essas tecnologias. Pode haver um trabalhador ou uma equipe de um lado, um usuário ou um coletivo de usuários do outro. No momento do encontro, os trabalhadores operam uma negociação entre o que está instituído e o que eles consideram que deve ser operado naquele momento. Assim como os professores em uma sala de aula relacionam-se com os estudantes conforme lhes pareça mais adequado (apesar das grades curriculares, das orientações pedagógicas, etc.). (FEUERWERKER, 2014, p. 42).

O trabalho em saúde, que se realiza sempre mediante o encontro entre trabalhador e usuário, é centrado no trabalho vivo em ato, que consome trabalho morto visando a produção do cuidado. Assim, o trabalho em saúde é sempre relacional. Estas relações podem ser de um lado, sumárias e burocráticas, nas quais a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, podem se dar como relações “*interseçoras*”<sup>42</sup> estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde. Merhy (1997) usa esse termo para designar o que se produz nas relações entre ‘sujeitos’, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os ‘dois’ em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro. Nesse sentido, há um afetamento mútuo.

---

<sup>42</sup> “*Interseçoras*” está sendo usado aqui com sentido semelhante ao de Deleuze, no livro *Conversações*, que discorre sobre a interseção que Deleuze e Guattari constituíram quando produziram o livro *Antiedipo*, que não é um somatório de um com outro e produto de quatro mãos, mas um ‘inter’, interventor.

O trabalho vivo (instituinte), que está em ação, em um certo momento, pode tanto fazer uso do que está dado quanto exercer com alguma “autonomia” esse uso, em uma certa medida. O trabalho vivo sofre uma “captura” de sua autonomia por parte do que está dado (instituído), mas mesmo assim poderá exercer um poder instituinte sobre o produto de seu trabalho. O trabalhador da saúde, por exemplo, pode ter um certo “autogoverno” no seu processo de trabalho, que, por sua vez, estará marcado pela ação do seu trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto e às finalidades que persegue (FRANCO; MERHY, 2013).

### 3.3.1.2 Micropolítica do Trabalho na Saúde

Os autores da PNEPS veem o cotidiano do mundo do trabalho em saúde como uma micropolítica<sup>43</sup>, na qual os trabalhadores, individual e coletivamente, são fabricantes e fabricados nos modos de agir e nos processos relacionais. Essa perspectiva analítica mostra certa radicalidade:

É fácil perceber, então, que, muito longe de serem “caixas vazias”, cada trabalhador e cada usuário tem ideias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. Claro, essas ideias são fabricadas de modo complexo, atravessadas por mil planos [...] não são naturais, são fabricadas histórica e socialmente, marcadas também pela história de vida, cultura, religião, profissão etc. E todos os trabalhadores fazem uso de seus espaços de autonomia para agir como lhes parece correto ou apropriado segundo o contexto e de acordo com seus valores e/ou interesses e segundo as afecções que os encontros com os usuários lhes produzem. Todos são autores de seu próprio trabalho (negociando, é claro, com as normas, com as políticas, com as limitações das condições materiais, com dinâmica da equipe de trabalho). Mas tomam decisões, muitas decisões. Sempre poderiam fazer de outro modo – melhor ou pior, mas diferente, a partir de outras escolhas (FEUERWERKER, 2014, p. 67).

É no espaço do trabalho vivo em ato que os trabalhadores reinventam, dia a dia, sua autonomia na produção dos atos de saúde. É nesse espaço de “interseção” entre trabalhador e usuário que se constrói e se reconstrói a liberdade de fazer as coisas de maneira que produzam sentido.

Todos os atores que se colocam em cena, implicados com a produção da saúde, governam certos espaços, dado o grau de liberdade que existe no agir cotidiano do trabalho em saúde. Isso pressupõe que o modelo assistencial se constitui sempre, a partir de certas contratualidades entre estes atores sociais e políticos, mesmo que

---

<sup>43</sup> Conceito originado de Deleuze e Gatarri. Esses autores “consideram que a política, apesar de operar por macrodecisões e escolhas binárias, tem uma extensa dimensão de indecidibilidade, pois ‘a decisão política mergulha necessariamente num mundo de indeterminações, atrações e desejos, que ela deve pressentir ou avaliar de um outro modo’. Possui, assim, julgamentos molares, mas seu acontecer é micropolítico” (FERREIRA NETO, 2015, p. 402).

esta pactuação se dê sob forte tensão, a forma de organização da assistência é produto dela. [...] (FRANCO; MERHY, 2013, p. 138).

Para Merhy (FRANCO; MERHY, 2013), é no campo das tecnologias leves que se abre a possibilidade constante de disputa entre os diferentes interesses, através de um permanente jogo de tentativas de captura de um interesse sobre os demais, ou do trabalho morto pelo trabalho vivo. Nesse espaço de disputa, o trabalho vivo pode comportar lógicas que se constituem a partir de duas dimensões que se compõem em qualquer produção de saúde: a dimensão cuidadora e a dimensão profissional específica. A predominância de uma dimensão sobre a outra pode definir e orientar o projeto terapêutico. Conseqüentemente, o cuidado pode ser centrado nos procedimentos ou nos usuários.

Como o processo de trabalho em saúde é visto como dependente de trabalho vivo em ato, é também caracterizado como mais ou menos “autogovernável”. No entanto, ao mesmo tempo que os trabalhadores são vistos como capazes de fazer a gestão de si mesmos e do seu processo de trabalho, podem, por outro lado, sofrer processos de “captura” por normativas instituídas sobre o seu processo de trabalho. Isto acontece, por exemplo, quando prevalecem as tecnologias duras ou leve-duras sobre as tecnologias relacionais (leves). Reconhece-se que um centro de saúde pode ser mais autogovernável do que um hospital. Mas aposta-se na presença do trabalho vivo em ato e na capacidade pedagógica da autoanálise.

Trazer o mundo do trabalho como o “meio” do processo pedagógico e de aprendizagem do trabalhador com o seu próprio agir produtivo constitui, do nosso ponto de vista, o caminho que a gestão — enquanto espaço institucional habitado pelos atores reais que constituem a organização no dia a dia — pede como possibilidade de colocar, por meio da educação permanente, o fazer sob análise e intervenção. E, assim, põe em foco a compreensão e problematização do próprio agir individual e coletivo dos trabalhadores, ali no seu mundo produtivo, os implicados política e organizacionalmente com a conformação de certo campo de práticas de saúde e não outros (FEUERWERKER, 2014, p. 95).

Ainda, segundo Franco e Merhy (2013), a predominância da dimensão cuidadora pode conduzir a mudanças no modo de produzir saúde, por meio de constituição de dois dispositivos centrais no campo da gestão do trabalho: a responsabilização dos profissionais de saúde e a publicização do conjunto dos processos microdecisórios em torno do interesse dos usuários. Nessa perspectiva, algumas premissas são centrais: 1) No interior do processo de trabalho, o trabalho vivo em ato é o que tem potencialidade para mudar o modo de produzir saúde; 2) Essa mudança só pode ser viabilizada através do espaço de interseção trabalhador-usuário (no campo das tecnologias leves); 3) Para que essa mudança ocorra, o trabalhador precisa ter como referência-chave os interesses dos usuários.

Segundo Ceccim (2005a), o que deve ser central à EPS é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção). “O cotidiano de relações da organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde se incorpore ao aprender e ao ensinar, formando profissionais para a área da saúde, mas formando para o SUS” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

Ainda, segundo Ceccim (2005a), para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção é também fundamental que haja diálogo com as práticas e concepções vigentes, que se possa problematizá-las — não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe — e de construir novos pactos de convivência e práticas (na micropolítica).

Para esses autores da PNEPS, a condição indispensável para que um trabalhador ou organização decida sobre mudanças e incorporações de novos elementos na sua prática e aos seus conceitos é o incômodo, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do seu trabalho. Esse incômodo ou percepção de insuficiência tem que ser intensamente vivido e percebido. Não se produz a partir do discurso ou de análises externas. A vivência e a reflexão sobre as práticas podem produzir incômodos e disposição para se produzirem alternativas de práticas e conceitos, para enfrentarem os desafios das transformações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005; FEUERWERKER, 2014).

Esse incômodo também é o mobilizador para a aprendizagem dos adultos, conforme pontua a “Andragogia”. São os problemas que lhes parecem importantes que os levam a buscar alternativas e soluções, e, portanto, à aprendizagem. É nisso também que aposta a PNEPS: “Partir dos incômodos, dialogar com o acumulado e produzir sentido: essas são as chaves para a aprendizagem significativa” (FEUERWERKER, 2014, p. 97). A EPS, então, é pensada como “um processo acionador de movimentos de estranhamento, de desacomodação, de ‘perguntação’ e de implicação, potência para um coletivo diferir de si mesmo e de dobrar novas práticas” (CECCIM, 2008, p. 18).

### 3.3.1.3 Educação Permanente em Saúde produzindo subjetivação

Para Merhy e Franco (2013), o que faz com que o trabalhador aja de uma forma ou de outra é a sua subjetividade, sendo que essa é estruturada a partir da história de vida da pessoa, das suas experiências e dos valores adquiridos ao longo do tempo. Portanto, a subjetividade é entendida por estes autores como uma produção socio-histórica, com um caráter dinâmico. Nesse sentido, pode sofrer processos de mudança ao longo do tempo ou ser levada a isso, ou seja, pode passar por processos de subjetivação.

A partir de Deleuze e Guattari, denominam subjetivação aos processos “capazes de produzir impacto no modo como cada um interpreta e atua sobre o *socius*” (FRANCO; MERHY, 2013, p. 190). Isso é possível a partir das vivências, das experiências de vida, das experiências em processos que criam a exposição das pessoas e que, ao mesmo tempo, as afetam no seu modo de pensar, ser e agir sobre a realidade. Nessa perspectiva, partem do pressuposto de que o trabalho na saúde e a EPS produzem subjetivação.

Confirmando isso, experiências inovadoras de mudanças em sistemas e serviços de saúde, que têm como base a reorganização do processo de trabalho, têm demonstrado que a ação dos coletivos de trabalhadores em uma nova forma de produção do cuidado, cria nos mesmos um modo novo de significar o mundo do trabalho na saúde. Ao mesmo tempo em que produzem o cuidado, os trabalhadores produzem a si mesmos como sujeitos. Trabalho, ensino e aprendizagem misturam-se nos cenários de produção da saúde como processos de *cognição e subjetivação* e acontecem simultaneamente como expressão da realidade. Verificamos que, paralela à linha de produção do cuidado, há uma linha de produção pedagógica na estrutura organizacional do SUS (FRANCO; MERHY, 2013, p. 186).

Assim, Merhy e Franco (2013) sugerem que a ação pedagógica dispara processos de subjetivação associados aos de cognição. Apostam que os processos educacionais contribuam na produção de sujeitos, entendidos como coletivos com capacidade de intervir na realidade com o objetivo de transformá-la, à medida que sejam também capazes de autoanálise.

[...] todo processo que esteja comprometido com estas questões da educação permanente tem de ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações [...] (MERHY, 2005, p. 173).

Também Ceccim (2005a) aposta na EPS como uma forma de subjetivação, ao tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gerar o desconforto com os lugares “como estão/como são”; ao tomar as relações como lugar de problematização, como abertura para a produção, e não como conformação:

Para ocupar o lugar ativo da Educação Permanente em Saúde precisamos abandonar (desaprender) o sujeito que somos, por isso mais que sermos sujeitos (assujeitados

pelos modelos hegemônicos e/ou pelos papéis instituídos) precisamos ser produção de subjetividade: todo o tempo abrindo fronteiras, desterritorializando grades (gradis) de comportamento ou de gestão do processo de trabalho. Precisamos, portanto, também trabalhar no deslocamento dos padrões de subjetividade hegemônicos: deixar de ser os sujeitos que vimos sendo, por exemplo, que se encaixam em modelos prévios de ser profissional, de ser estudante, de ser paciente (confortáveis nas cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, biologicista, procedimento-centrada e medicalizadora). Se somos atores ativos das cenas de formação e trabalho (produtos e produtores das cenas, em ato), os eventos em cena nos produzem diferença, nos afetam, nos modificam, produzindo abalos em nosso “ser sujeito”, colocando-nos em permanente produção. O permanente é o aqui-e-agora, diante de problemas reais, pessoas reais e equipes reais (CECCIM, 2005a, p. 167).

Nesse sentido, a EPS torna-se um processo educativo e de subjetivação quando coloca o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde em análise e consegue fazer com que os sujeitos se impliquem com seu processo de trabalho. No entanto, isso não é tão simples e transparente, como reconhece Merhy (2005). Embora o autor concorde com Ceccim, ao afirmar que a produção do cuidado e sua micropolítica são constituídas de práticas pedagógicas, ele acentua que a proposta da PNEPS traz um grande desafio: produzir nos trabalhadores autointerrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocá-los ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho:

Não me parece que para gerar “autoanálise e autogestão dos coletivos” o “trabalho com eixo na integralidade” tenha força em si, ou mesmo, que “as consultorias, os apoios, as assessorias quando implementadas” tenham capacidade de gerar isso com os analisadores (do quadrilátero) da Educação Permanente em Saúde, se não conseguirem atingir a alma do operar ético-político do trabalhador e dos coletivos na construção do cuidado, que é o modo como estes dispõem do seu trabalho vivo em ato, enquanto força produtiva do agir em saúde (MERHY, 2005, p. 173).

Para Merhy (2005), os dispositivos analisadores do quadrilátero precisam de uma certa amarração com os componentes nucleares da micropolítica da produção do cuidado em saúde, individual e coletivo. Isso significa que o analisador tem de ter a potência de expor o trabalho vivo em ato, para a própria autoanálise. Pedagogicamente, abrir espaços relacionais para que o trabalhador possa se colocar e se implicar com o processo. Neste sentido, o teórico fala de uma “pedagogia da implicação”, qual seja, o centro do processo pedagógico seja a implicação ético-política do trabalhador no seu agir em ato. São necessários sujeitos autodeterminados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva.

Também Rovere (2005) avisa que a proposta da PNEPS não é nada fácil e exige um tempo de maturação, pois muitos trabalhadores se “*encuentran directa o indirectamente estimulados por el propio ‘complejo médico industrial’ que financia una buena parte de las actividades científicas, congresos, investigaciones y publicaciones*” (ROVERE, 2005, p. 171):

*En la salida de los trabajadores de su posición de “recursos humanos” a actores sociales no hay que olvidar, como se señala mas adelante, que “los sujetos están sujetos”; sujetos a modelos de formación, a modelos de práctica, a modelos de gestión, en definitiva a un “habitus” como diría Bourdieu no es sencillo ni depende solo de un acto de voluntad. Esta transformación es compleja y profundamente social ya que incluirse en las luchas por el derecho a la salud requiere condiciones y tiempos de maduración (ROVERE, 2005, p. 170).*

### 3.3.2 Problematizando a PNEPS

No relatório final da “Análise da Política da Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde” (VIEIRA et al., 2006), entende-se que o conceito de EPS da PNEPS carrega elementos contraditórios provenientes tanto das políticas neoliberais como do movimento da reforma sanitária.

Como vimos anteriormente, na década de 1970, o Banco Mundial colocou um novo direcionamento para a área da saúde, na implantação das políticas neoliberais. Houve um forte incentivo do modelo de medicina preventiva/comunitária na América Latina (Atenção Primária), visando à redução de custos do Estado, sendo que a área de ‘RH’ passou a ser salientada como uma importante ferramenta para enfrentar tal redução.

A Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma Ata, em 1978, e promovida pela OMS, é o evento de maior importância para a afirmação da medicina comunitária, uma proposta racionalizadora caracterizada pela: extensão da cobertura dos serviços de saúde, produtividade, diminuição dos custos, simplificação dos recursos e participação comunitária. Por conseguinte, exige a formação de um novo perfil profissional, daí sua aproximação com a medicina preventiva, que requer uma nova atuação do profissional de saúde mais próximo da família e da comunidade (LEMOS, 2010, p. 26).

Nas publicações divulgadas pela OPAS para a EPS, embora seja ressaltada a necessidade da saúde ser entendida de forma ampliada<sup>44</sup>, não se questionam as políticas neoliberais salientadas e a possibilidade de se elevarem os gastos públicos em saúde não é aventada, sobrelevando a rapidez das mudanças que o mundo se defronta e a necessidade das organizações e indivíduos adaptarem-se às mesmas (VIEIRA et al., 2006).

Nesse sentido, Ramos (2010) analisa a conjuntura da época:

[...] as necessidades de transformação do setor na América Latina apontadas pela OPAS estavam associadas tanto à crise interna aos sistemas de saúde quanto a um contexto de transformações mais amplas, de ordem econômico-social, que se associam à crise do Estado de Bem-estar Social e ao advento do neoliberalismo, manifestações do modo flexível de acumulação capitalista contemporânea. Reconhecemos ainda que, em certa medida, a crise dos sistemas de saúde tende a ser

<sup>44</sup> O conceito ampliado de saúde supera a ideia da saúde como ausência de doenças e a vincula à garantia de condições necessárias à qualidade de vida.

tratada como um problema de formação e de gestão, pouco se considerando as mediações que a interconectam com as tendências macroeconômicas e políticas do capitalismo contemporâneo (RAMOS, 2010, p. 66).

É sabido que construção efetiva do SUS caminhou em meio às políticas neoliberais<sup>45</sup> fortalecendo o crescimento do setor privado. Mendes (1994, citado por VIEIRA et al., 2006) avalia que, devido às conquistas no plano jurídico do movimento da reforma sanitária, se subestimou o alcance das políticas neoliberais. O autor destaca que paralelamente às conquistas do movimento foi se estabelecendo uma “universalização excludente”, com a qual a expansão da universalidade do SUS foi acompanhada pela racionalização dos gastos e teve como consequência a queda da qualidade dos serviços públicos. Com isso deu-se o crescimento da saúde suplementar, que passou a atender à classe média e os profissionais qualificados, ficando um subsistema público para a população pobre.

Vivemos, então, num cenário contraditório e complexo, em que se confrontam as posições progressistas, defendendo a saúde como direito universal, extensivo a todos os cidadãos do país, e a realidade da formação recente do capitalismo em nosso país, fazendo da saúde uma mercadoria, um privilégio para quem pode pagar por planos e seguros de saúde (PEREIRA; RAMOS, 2006).

É no confronto da implantação dos princípios do SUS com o projeto neoliberal na saúde que a questão da educação profissional dos trabalhadores da saúde foi sendo delineada. A PNEPS enquanto política do SUS trouxe em sua fundamentação estas contradições:

A apropriação do conceito de educação permanente em saúde no Brasil, a partir do governo Lula, não pode desconsiderar a natureza pública do Sistema Único de Saúde e os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade, que expressam direitos sociais a serem garantidos pelo Estado e que orientaram as lutas progressistas da reforma sanitária. Ocorre, porém, que também aqui tal consolidação é vista como função da organização do sistema no nível das microrrelações de poder, de tal modo que os princípios de gestão, a formação e a atuação dos trabalhadores da saúde tornam-se mediações fundamentais, muito mais do que os determinantes macroeconômicos e políticos. Em outras palavras, a concretização da reforma sanitária dependeria da constituição de sujeitos sociais capazes de efetivar as mudanças propostas (RAMOS, 2010, p. 66).

Segundo essa autora, há na fundamentação da PNEPS pontos que precisam ser questionados. O principal deles é a subestimação do papel das relações de produção no processo de trabalho

---

<sup>45</sup> A ideia central do neoliberalismo é a liberdade econômica aliada à construção do Estado Mínimo, que se traduz na retirada da alçada do Estado das suas funções sociais, como saúde, educação, assistência social, dentre outras, e na exclusão de direitos historicamente garantidos, como: estabilidade no emprego, aposentadorias, planos de saúde, escolas gratuitas, direito a greve. O Neoliberalismo foi implantado na Inglaterra no governo de Margareth Thatcher e nos EUA no governo de Ronald Reagan. No Brasil, foi implantado no governo de Fernando Collor de Mello e seguido pelo governo Fernando Henrique Cardoso (LEMOS, 2016: 75).



em saúde e a sobrevalorização do potencial do trabalho vivo em ato, sem levar em conta, devidamente, os limites que as condições objetivas colocam. Assim, há uma centralidade no processo de trabalho, mas a abordagem é desvinculada das relações sociais de produção<sup>46</sup>.

Outros pontos elencados por Ramos (2010) são: a ênfase nos sujeitos individuais e nas relações intersubjetivas em detrimento das questões de classe; a maior valorização das características subjetivas (competências) do que dos conhecimentos formais dos trabalhadores; o destaque ao potencial das metodologias mais do que na pertinência dos conteúdos; a subordinação da teoria à prática, em vez da unidade teoria-prática.

No relatório desenvolvido por Vieira et al. (2006), os autores compreendem que há uma fragilidade na fundamentação da PNEPS por assumir não tratar a relação entre infraestrutura/superestrutura como uma totalidade. Além disso, por pressupor que a mudança do modelo tecno-assistencial e a efetivação da Reforma Sanitária passam, essencialmente, pela desalienação dos trabalhadores, pela constituição de uma nova subjetividade, de uma nova intencionalidade no trabalhador, a partir da lógica das necessidades do usuário, e pelo fortalecimento da dimensão cuidadora, descuidando-se, entretanto, de incorporar em suas análises a interferência da base material na constituição da subjetividade do trabalhador e na sua própria relação com o usuário:

Embora Campos e Merhy reconheçam a dimensão macroestrutural e sua relação com a precariedade das condições de trabalho e atendimento na saúde, ao se referirem a esta dimensão situam-na como algo “para além” ou “ao lado” da desumanização dos serviços, da falta de compromisso dos trabalhadores, da baixa capacidade de resolutividade das ações, etc. Dessa forma, não percebem tal dimensão como constituinte da subjetividade do trabalhador e como limitadora da capacidade de atendimento e autogoverno que possua (VIEIRA et al., 2006, p. 56).

Assim, ainda que reconheçam os efeitos das tendências neoliberais na saúde, Campos e Merhy entendem que essas não são limitadoras das mudanças, desde que os trabalhadores desenvolvam uma identidade com o cuidado, reconhecendo-se como sujeitos de um coletivo. As mudanças empreendidas por eles em seu processo de trabalho potencializariam mudanças sociais mais amplas.

A PNEPS, portanto, coloca pouca ênfase nos determinantes sociais e econômicos que perpassam o trabalho na saúde e muita ênfase na micropolítica, na capacidade de questionar

---

<sup>46</sup> Ramos sustenta suas críticas à PNEPS a partir do teórico da educação Dermeval Saviani e de sua pedagogia histórico-crítica. Esse teórico tem como guia o conceito “modo de produção”: trata-se de explicar como as mudanças das formas de produção da existência humana foram gerando historicamente novas formas de educação, as quais, por sua vez, exercem influxo sobre o processo de transformação do modo de produção correspondente (RAMOS, 2010).

os micropoderes estabelecidos e na instituição de novas formas de gestão — capazes de comprometer os trabalhadores como os interesses dos usuários. Diferente de outra parte dos teóricos da Reforma Sanitária que enfatizavam a necessidade de transformar a estrutura macropolítica para que se efetivassem mudanças significativas na Saúde, os autores da PNEPS afirmam que estas podem efetuar-se a partir da mudança da lógica de gerência das instituições de saúde (RAMOS, 2010).

Segundo a micropolítica do trabalho vivo em ato — fundamento básico da PNEPS — o trabalho na saúde, principalmente em determinados tipos de serviços, tem um grau maior de autonomia e autogoverno dos trabalhadores. Entretanto, não se pode perder de vista que a intervenção dos mesmos, por si só, não permite desencadear a mudança no modo de produzir saúde no país. Os estudos de Vieira et al. (2006), Ramos (2010) e Lemos (2010, 2016) apontam que houve uma aposta muito alta nesse fundamento. A ampliação do acesso proporcionada pelo SUS, sem o adequado investimento na área, devido às políticas neoliberais já salientadas, gerou no interior do sistema uma gama de situações-problema de difícil superação: os profissionais de saúde geralmente têm poucas condições de trabalho e lidam com uma gama maior de agravos à saúde, por conta das precárias condições de vida da população.

É no constructo teórico/prático das tecnologias leves que a PNEPS compreende sua principal estratégia... A *micropolítica do trabalho vivo* atribui ao trabalhador uma potência que lhe permitiria confrontar e superar a alienação do trabalho no sistema capitalista. Tudo estaria condicionado ao trabalhador da saúde adotar uma nova postura relacional, ter maior comprometimento e intencionalidade em estabelecer uma relação mais humanizada no atendimento e no trabalho de equipe, oferecer bem-estar aos usuários e em consequência tornar a sua atividade válida e reconhecida para ele mesmo (LEMOS, 2016, p. 917).

Para Ramos (2010), além da ênfase nas microrrelações e nas subjetividades dos trabalhadores obscurecer as determinações mais essenciais do fenômeno que constitui a crise dos serviços de saúde, quais sejam, aquelas de ordem econômica e política, também coloca sobre os trabalhadores a responsabilidade pelas transformações das práticas de trabalho e, por consequência, da própria reestruturação do sistema, sobrecarregando-os ainda mais.

[...] Vê-se, também, o quanto a qualidade dos serviços é colocada sobre a responsabilidade e a participação dos trabalhadores; sobre o processo de construção de identidades entre eles, os objetivos e os conteúdos do seu trabalho, os princípios do sistema e os usuários. [...] (RAMOS, 2010, p. 89).

Também Vieira et al. (2006) marca essa sobrecarga sobre os trabalhadores:

Ora, os trabalhadores são os que mais sentem no dia a dia o desconforto em trabalhar em condições precárias de atendimento, aliás, vários autores (Dejours, 1999; Codo, 1999; Rosso, 2006) vêm sinalizando o efeito perverso que as atuais condições têm gerado nos profissionais de serviços, gerando depressão, síndrome de Burnout, entre outras doenças. O envolvimento com o trabalho apresenta no interior do sistema público de saúde uma situação ainda mais contraditória, uma vez que os trabalhadores se veem conflitados entre poder exercer um trabalho de qualidade e de relevância pública e as precárias condições nos serviços (VIEIRA et al., 2006, p. 79).

No artigo intitulado, “Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho”, Kuenzer (2004), contrariando a tese de Merhy (2002), assevera que, mesmo com as peculiaridades na área da saúde, há um processo de reestruturação produtiva à semelhança do mundo empresarial, seja no âmbito público ou privado. Assim, os trabalhadores desse setor não se diferenciam dos demais, no tocante a sua superexploração, em face da valorização do capital que o submete a mais sofrimento, tornando-o mais vulnerável às doenças ocupacionais. Portanto, o processo de trabalho em saúde é uma mediação particular das relações sociais de produção.

Outro ponto que é visto como contraditório na PNEPS é em relação à participação dos vários setores (o quadrilátero da formação). Para Vieira et al. (2006), a participação social é ressaltada na PNEPS não como meio de luta para garantir políticas públicas, mas sim como transferência de responsabilidades, acompanhando, assim, a OPAS e demais órgãos internacionais:

Assim, não cabe mais a luta pela universalização dos direitos e sim, dentro de uma zona geográfica determinada, a construção de uma aliança entre a comunidade, organizações, instituições e ONGs para identificar problemas e pôr em prática soluções. Para tanto, a educação permanente é enfatizada como uma importante ferramenta para que esses atores possam a um só tempo romper com as hierarquias de poder e ter a capacidade de identificar e propor soluções (VIEIRA et al., 2006, p. 26).

Nesse sentido, questiona-se também a proposta dos Polos conforme foi pensada e colocada em prática pela PNEPS. Lemos (2010, 2016) coloca que, embora os autores tenham se pautado em uma suposta igualdade de condições entre os componentes do quadrilátero para fazer reflexões e procurar soluções para os problemas da EPS, a curta existência e as dificuldades de trabalho democrático nos Polos demonstraram a tensão real que existiam nas rodas, sendo que o discurso de igualdade não suprimiu a desigualdade real entre os setores

participantes: “Há de reconhecer que até mesmo nos *jogos de crianças* existem dificuldades de reconhecer o mesmo direito de voz” (LEMOS, 2016, p.918)<sup>47</sup>.

Nesse sentido, Ramos (2010) coloca que as políticas de educação permanente, a partir dos anos 2000, parecem representar mais um modelo de gestão do trabalho do que de educação dos trabalhadores. O “Quadrilátero da Formação” que visava à integração ensino-serviço-gestão-control social objetivava não só a formação, mas também a gestão do processo de trabalho no SUS. A autora vê nítida relação entre a PNEPS e o conceito de organização qualificante (abordagem por competências) — embora isso não seja expresso nos documentos da mesma —, ao valorizar o aprender a aprender, a aprendizagem significativa e a problematização<sup>48</sup>. A formação e o desenvolvimento englobariam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimentos do SUS.

[...] além da competência formal, de caráter técnico-científico, os trabalhadores de saúde deveriam desenvolver competência política para a integralização da competência humana para o cuidar profissionalizado no SUS, com o intuito de humanizar o conhecimento ao vinculá-lo aos fins político-sociais da profissão. [...] (RAMOS, 2010, p.53).

Principalmente após a criação da Portaria GM/MS nº 1996 (BRASIL, 2007), a PNEPS passa a dar uma grande ênfase à formação de competência para o planejamento e para a gestão da saúde pública. “A educação assume um caráter bastante instrumental, destacando a competência do aprender a fazer, restringindo seu caráter transformador anunciado nos documentos a uma adaptação às problemáticas do Pacto pela Saúde” (LEMOS, 2010, p. 133).

A questão da organização qualificante fica bem explícita quando na "Série Pactos pela Saúde" — material produzido pelo Ministério da Saúde sobre a PNEPS — há um texto da educadora

---

<sup>47</sup> A proposta de Campos era que o método de rodas promovesse uma gestão colegiada, como ele pensava existir nas rodas dos jogos infantis, colocando a todos como participantes de uma operação conjunta em que todos usufruiriam o protagonismo e a produção coletiva (LEMOS, 2016).

<sup>48</sup> A problematização, segundo Ramos (2010), não é uma pedagogia, mas um passo didático presente em várias correntes pedagógicas. Para a autora, o que diferencia o sentido desse passo didático em cada uma das correntes é o objeto a ser problematizado. No escolanovismo e na pedagogia das competências, onde ela analisa assentar os fundamentos epistemológicos e ético-políticos da educação profissional em saúde e também a PNEPS, tal objeto vem a ser as situações cotidianas às quais os estudantes e/ou trabalhadores precisam se adaptar. Isso será feito desenvolvendo-se esquemas mentais de comparação, análise, interpretação e compreensão — as competências cognitivas — mediante o pensamento reflexivo. Portanto, é diferente do objeto de problematização da pedagogia libertadora de Paulo Freire, na qual o objeto também é o cotidiano, porém, esse é considerado opressor e libertar-se dele exige o desenvolvimento da consciência crítica. Na pedagogia histórico-crítica, o objeto da problematização é a prática social, o que significa identificar os principais desafios que precisam ser enfrentados, buscando-se seus determinantes e suas contradições, para construir a emancipação humana. No caso da saúde, aponta que as relações sociais de produção geram a contradição entre saúde como direito e como mercadoria.

argentina Davini, no qual essa considera como aportes teóricos da EPS: o "desenvolvimento organizacional, os círculos de qualidade, a qualidade total ou a reengenharia organizativa, particularmente defendida no âmbito das empresas além da satisfação dos clientes" (DAVINI, 2009, p. 43).

O conceito de competências<sup>49</sup> refere-se às mudanças no conteúdo do trabalho dos profissionais mobilizados ao enfrentar os eventos, esses entendidos como acontecimentos que ocorrem de maneiras imprevistas nas situações de trabalho:

A principal característica das organizações qualificantes é considerar a imprevisibilidade como origem e ocasião de aprendizagem. O que os trabalhadores aprenderiam não seriam mais os procedimentos de trabalho, mas uma adaptabilidade às situações mutantes. A base comunicacional nesse contexto adquire relevância dada a necessidade das interações e do estabelecimento de acordos visando o sucesso das ações conduzidas em comum pelos membros de uma equipe (RAMOS citado em VIEIRA et al., 2006, p. 75).

Para os autores citados acima, a PNEPS ao enfatizar a micropolítica do trabalho e a competência do cuidado em saúde, na lógica da qualidade da atenção ao usuário, de certo modo, retira o foco da crítica às condições de trabalho do trabalhador. Ao adotar uma postura gerencial, a EPS não busca uma transformação substantiva e real, nem uma reflexão crítica radical, pois as problematizações existentes no ambiente de trabalho são pragmáticas e não buscam atingir a radicalidade das contradições do sistema do capital.

E mais, embora se fale da afinidade epistemológica entre educação permanente e educação popular em Saúde, para Ramos (2010) elas não se identificam plenamente, pois, como nos diz o próprio Ceccim, enquanto educação popular 'tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho' (CECCIM, FERLA, 2009). A autora questiona esse pensamento e entende que as diferenças vão mais além. Para ela, o não reconhecimento da unidade entre trabalho e cidadania provavelmente explica o fato de os educadores da saúde, muitas vezes, citarem Paulo Freire quando falam da finalidade da formação crítica, mas adotarem a Pedagogia das Competências na formação técnica, abordagem esta que atualiza o escolanovismo<sup>50</sup> nos tempos atuais.

---

<sup>49</sup> A pedagogia das competências implica a resolução de problemas e uma ação voltada para os resultados. Concebe os saberes como sendo construídos pela ação, quando as estruturas mentais são desequilibradas diante de uma situação desafiadora, mobilizando a inteligência prática (RAMOS, 2010, 2017).

<sup>50</sup> Escolanovismo/: foi um movimento de renovação do ensino que foi especialmente forte na Europa, na América e no Brasil, na primeira metade do século XX. O grande nome do movimento na América foi o filósofo e pedagogo John Dewey (1859-1952). Para Dewey a escola não podia ser uma preparação para a vida, mas a própria vida. Assim, a educação deveria ter como eixo norteador a vida-experiência e aprendizagem, fazendo

Ramos faz uma distinção da problematização em Freire e a problematização na educação permanente: enquanto em Freire é a experiência da opressão do capitalismo que deve ser problematizada, na EPS são as experiências vividas no trabalho enquanto problemas práticos a se resolver. Ela identifica “o pragmatismo como a base epistemológica hegemônica da formação na Saúde, muitas vezes tendendo mais a uma Pedagogia não crítica do que à Pedagogia Crítica” (RAMOS, 2017, p. 52). Salienta, no entanto, que “a prática profissional em Saúde e a condição humana de ter saúde não são situações ou experiências isoladas, mas sim mediações do conjunto das relações sociais e históricas de produção” (RAMOS, 2017, p. 53).

Por fim, há uma crítica ao reducionismo da PNEPS, na ênfase da valorização do saber aplicável aos serviços. A problematização das situações vividas em busca da resolução de problemas concretos, para esses autores, não é suficiente, pois não bastam mudanças somente nas práticas cotidianas para satisfazer as necessidades de saúde da população. O processo formativo, então, deveria possibilitar a análise dos diferentes determinantes da realidade vivida, produzindo conhecimentos que gerem transformação social.

Para Ramos (2010), a educação não pode ser restrita ao processo de trabalho em saúde, mas alargada ao processo de produção da vida. Não pode ficar restrita aos serviços; precisa ir ao SUS; mas não pode se deter ao SUS; precisa, antes, compreendê-lo como universo específico no qual se produzem condições objetivas e subjetivas de manutenção da vida humana. Torna-se crucial delinear os conteúdos que ampliem a visão dos trabalhadores, emitindo uma melhor compreensão do trabalho e de suas contradições históricas. Uma formação ampla e qualificada influi de maneira construtiva nas relações de trabalho, no atendimento à população, na capacidade de pensar tanto o cotidiano mais imediato quanto o próprio SUS e o país. Portanto, deve-se proporcionar aos trabalhadores da saúde a compreensão dos fundamentos científico-tecnológicos, sócio-históricos e culturais que levam à desigualdade dos sujeitos diante das suas condições de vida e aos direitos humanos.

---

com que a função da escola fosse a de propiciar uma reconstrução permanente da experiência e da aprendizagem dentro de sua vida (<https://educador.brasilecola.uol.com.br/gestao-educacional/escola-nova.htm>). Segundo Saviani (citado por Ramos, 2017), trata-se de uma teoria pedagógica que considera que o importante não é o aprender, mas aprender a aprender.

### 3.4 Reforma Psiquiátrica

Não pretendo neste capítulo realizar um histórico exaustivo da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb), até porque muitos já o fizeram; no entanto, é preciso situar a história da prática de saúde mental para podermos contextualizar a história da saúde mental de Betim e o processo de formação de seus profissionais, objeto do presente estudo. Como nos diz Desviat (2018), a prática da saúde mental tem uma história, um corpo teórico que lhe permite compreender a doença mental e o alcance de sua conduta diagnóstica e terapêutica. Isso nos ajuda a entender por que os profissionais fazem o que fazem na prática diária e por que dizem o que dizem em seus discursos conceituais. Propomos, então, uma recuperação desse percurso histórico.

#### 3.4.1 Principais Matrizes Históricas das Ideias e Práticas em Saúde Mental a partir da Modernidade

A emergência da pretensão científica nos principais campos de conhecimento que se ocupam dos fenômenos mentais aconteceu a partir da Revolução Francesa, e particularmente no decorrer do século XIX. A partir da Revolução emergiu a psiquiatria moral (alienismo) como especialidade da medicina, com Pinel e os alienistas<sup>51</sup>. Pinel estabeleceu uma teoria sobre o transtorno mental, suas causas, uma classificação de suas variedades e um tratamento que envolve uma instituição específica para realizá-lo: o asilo ou manicômio (VASCONCELOS, 2009; DESVIAT, 2018).

Para Pinel e seus discípulos (Esquirol, Falre, entre outros), a loucura é uma desordem das faculdades ou das funções cerebrais, geralmente causada por distúrbios das paixões. Paixões intensas (causas morais) e fortemente combatidas (excessos, estilo de vida). O isolamento e o tratamento moral são os elementos terapêuticos. O tratamento moral — marcado pelo exercício da autoridade do médico — propunha substituir o meio familiar patogênico pelo ambiente asilar, impondo a submissão pela vigilância, pela regularidade das atividades diárias, pela imposição do trabalho<sup>52</sup>.

Pinel dá início a uma nosologia simples e rigorosa das diferentes espécies que constituem a doença única que ele chamava de alienação mental: a melancolia, a mania sem delírio, a mania com delírio, a demência ou supressão de pensamento, o idiotismo ou obliteração das faculdades intelectuais e afetivas. O tratamento é

<sup>51</sup> O termo *alienista* é substituído por *psiquiatra* no primeiro terço do século XX (DESVIAT, 2018)

<sup>52</sup> Observa-se que o mesmo aconteceu com o conceito de infância, sendo que a partir do sec. XVII surge a escola moderna como um espaço ‘protegido’ para os menores. Conforme nos diz Ariès, com a escolarização, a criança foi separada dos adultos e mantida a distância numa espécie de quarentena, antes de ser solta no mundo (ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981).

concebido como uma psicopatologia, baseada em normas higiênicas e no isolamento das causas externas, do mundo externo perturbador, das paixões irritantes, dos compromissos sociais ou familiares. Isola-se o paciente das causas precipitantes de seu mal, geralmente as paixões, e se estabelece uma terapia moral, pedagógica. Trata-se de reconciliar o homem doente com seu meio social e ajudá-lo a encontrar em si mesmo as forças para se reconectar com o mundo. O tratamento moral é uma espécie de pedagogia baseada em normas higiênicas e no isolamento das causas externas, do mundo externo perturbador, e das paixões irritantes (DESVIAT, 2018, p. 95).<sup>53</sup>

Costuma-se situar o fim do alienismo em meados do século XIX. A partir daí, surge um novo discurso sobre a doença mental, um novo paradigma no qual predomina a lesão como causa da doença (começa com a teoria da degenerescência de Morel e de Magnan, evoluindo para uma teoria etiológica geral de quase toda a patologia da mente). Assim, a alienação mental será substituída pelo paradigma das doenças mentais. Tenta-se encontrar uma causa para cada doença, ou pelo menos para cada grupo de doenças. Não existe apenas uma alienação mental, mas doenças diferentes das outras doenças que a medicina deve tratar.

Kraepelin, psiquiatra alemão, defendia a tese de que as doenças psiquiátricas são causadas por desordens genéticas e biológicas. Desenvolveu um novo sistema diagnóstico: um esquema que permitiu estruturar as doenças no campo da medicina: o *Compêndio de Psiquiatria*, um manual publicado pela primeira vez em 1883, tendo várias edições. Suas teorias psiquiátricas dominaram o campo da psiquiatria no início do século XX e a base dessas teorias continua sendo utilizada até os dias de hoje.

[...] A importância de Kraepelin não está apenas na sua classificação, mas na sua forma de pensar tão próxima do pensamento pragmático de nossos dias: reconhecia-se clínico porque podia diagnosticar e controlar as doenças, sem ter de perguntar por que elas existem, em última análise. Assim, ele construiu suas entidades, sua nosologia. Assim surgiu o DSM III e edições posteriores (DESVIAT, 2018, p. 100).

A partir de 1880, a eugenia<sup>54</sup>, com forte acento no darwinismo social, se transformou em movimento social e científico, com a fundação de muitas sociedades em diferentes países e realização de congressos internacionais. Tais movimentos eram centrados na moralização, normatização e controle social a partir do Estado. No século XX, podemos elencar os seguintes movimentos eugênicos: Movimento de Higiene Mental, Movimento de Eugenia Nazista e Psiquiatria Soviética Stalinista.

<sup>53</sup> Essas ideias ainda estão presentes em nosso meio, principalmente em algumas ditas “comunidades terapêuticas” que se propõem a cuidar dos usuários de álcool e outras drogas.

<sup>54</sup> Teoria que busca produzir uma seleção nas coletividades humanas, baseada em leis genéticas.



O Movimento de Higiene Mental teve origem nos Estados Unidos, no início do século, e se difundiu por toda a Europa e países latino-americanos, entre eles o Brasil, com a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental no Rio de Janeiro, em 1923.

Aqui, o movimento encontrou terreno fértil. O regime republicano brasileiro passava por crises e tensões profundas: a Abolição recente, a imigração europeia, a migração de ex-camponeses e ex-escravos para as cidades e os conflitos sociais emergentes. As razões da crise eram creditadas às condições ‘naturais’ da sociedade brasileira: o clima tropical e a constituição étnica do povo (a mistura das ‘raças inferiores’ teriam tornado o brasileiro preguiçoso, ocioso, indisciplinado e pouco inteligente). Os indivíduos biologicamente inferiores eram considerados incapazes de se adaptar à sociedade democrática, sendo responsabilizados pelas perturbações sociais. Surge a ideologia do embranquecimento da pele como ideal de democracia social. A eugenia, portanto, representava a justificativa científica para essa ideologia racista difusa (VASCONCELOS, 2009).

No decorrer do século XX, as ideias de determinação social da doença vão sendo aos poucos substituídas, principalmente a partir das descobertas dos microorganismos de Pasteur e outros, e suas associações com as doenças. Gradualmente, os laboratórios passam a ter papel estratégico no conhecimento médico e os hospitais tornam-se o *locus* principal do trabalho em saúde. O marco dessa mudança é o Relatório Flexner<sup>55</sup>, de 1910, gerando uma medicina com as seguintes características: mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialização, exclusão de práticas alternativas, tecnificação do ato médico, ênfase na medicina curativa, concentração de recursos técnicos nos hospitais ou centros de tratamento.

Os parâmetros da medicina científica vão também se incorporar de forma mais sistemática na saúde mental a partir de meados do século XX, com as descobertas dos primeiros psicofármacos, e mais tarde com as novas tecnologias de diagnóstico e mapeamento cerebral.

Por outro lado, também no séc. XX há uma reação à psiquiatria anatomoclínica e ao atomismo psicológico a partir da noção de estruturas patológicas. Essa noção vem da teoria Gestalt, sendo que o conhecimento do todo não pode ser deduzido a partir do conhecimento das partes, nem o conhecimento das partes pode ser completo sem uma referência do todo. A

---

<sup>55</sup> Em 1910, foi publicado o estudo *Medical Education in the United States and Canada — A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como o Relatório Flexner (*Flexner Report*) e é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial.

teoria Gestalt deu lugar à antropologia estrutural (Lévi-Strauss) e à lingüística estrutural (Saussure), que, por sua vez, dominou o conhecimento científico entre as duas guerras mundiais. Com o estruturalismo volta uma visão antropológica, com apoio na filosofia (Husserl, Heidegger, Sartre, Merleau Ponty), buscando o sentido dos sintomas e um contato com o paciente como um todo, mais além da psiquiatria operacional e descritiva de Kraepelin (DESVIAT, 2018).

Temos duas obras fundamentais nesse período: *Psicopatologia geral*, de Jaspers, escrita em 1913, e *Demência precoce: o grupo das esquizofrenias*, de Eugen Bleuler, escrita em 1911. Para esses autores, o importante não é descrever sintomas e doenças, mas descobrir quais são os mecanismos psicológicos que provocam experiências vitais anômalas. Em vez de considerar o quadro clínico como um conjunto de sintomas, busca-se descobrir o que faz desses sintomas um conjunto. Assim, a leitura dos sintomas não se esgota pela referência a uma doença e menos ainda a uma lesão, mas busca-se o sentido desses na biografia do sujeito (o seu estar no mundo). Para tanto, exige, por parte do terapeuta, uma atitude especial: a atitude fenomenológica que põe em jogo a compreensão.

A corrente fenomenológica apresenta a doença mental como algo que deve ser interpretado, no que coincide com a teoria psicanalítica, mas, ao contrário desta, atribui grande importância à liberdade da pessoa, especialmente em seus aspectos mais existencialistas (DESVIAT, 2018).

Para Vasconcelos (2009), a Psicanálise (Freud) e a Psicologia Analítica (Jung) também ajudaram a gerar uma matriz de conhecimento e de prática (psiquiátrica e psicológica) que confrontou com o modelo alienista e com a medicina científica no lidar com os fenômenos mentais, lançando um novo paradigma de compreensão do aparelho psíquico, particularmente da dinâmica do inconsciente. As rupturas geradas por essas duas tradições foram inúmeras, entre elas: a importância da origem psicogênica em grande parte dos transtornos mentais; a relativização da fronteira entre a normalidade e a loucura; a emergência de um novo modelo interpretativo de conhecimento (decifrando a linguagem própria do inconsciente); o desenvolvimento de novo método terapêutico individualizado, centrado na palavra, na relação transferencial e na interpretação das manifestações do inconsciente; uma nova modalidade de transmissão do saber, em instituições próprias, que inclui a análise didática dos candidatos à profissão e a supervisão.

A partir de Freud se introduz na psiquiatria uma clínica do sujeito, uma causalidade subjetiva, assentada sobre o inconsciente e a pulsão que articula determinação e responsabilidade. Portanto, com a psicanálise surge uma nova psicopatologia. Uma psicopatologia sempre inacabada, pois exige uma práxis que relacione teoria e prática de forma contínua.

A Psicanálise propagou-se com grande força após a Segunda Guerra Mundial, em estreita relação com as instituições psiquiátricas. Influenciou os modelos de atenção como as comunidades terapêuticas inglesas, a psicoterapia institucional francesa e a psiquiatria comunitária (EUA), através da psicologia do eu nos anos 1940 a 1970. E, a partir da obra de Lacan e da capacidade organizacional de Jacques-Alain Miller, a Psicanálise se estendeu novamente pelo mundo a partir de 1980 (DESVIAT, 2018).

Sintetizando, podemos elencar os paradigmas de cuidado em Saúde Mental na Modernidade: o alienismo (incluindo também o movimento de Higiene Mental), com sua vertente moralizante; a medicina científica, buscando no orgânico as causas das doenças; a Fenomenologia e Psicanálise, buscando na origem psicogênica os transtornos mentais, tendo como método terapêutico a compreensão e a interpretação dos sintomas a partir da biografia dos sujeitos.

Os fatores comportamentais associados aos problemas de saúde (comportamentos saudáveis ou não, estilo de vida) adquirem especial interesse na década de 1960, dando-se destaque à promoção da saúde, conforme salientamos anteriormente. A partir dessa abordagem de saúde pública, configuram-se duas novas concepções de saúde mental: a comportamental e a cognitiva (DESVIAT, 2018). A comportamental, baseada no behaviorismo (Watson e Skinner), que nasce nos Estados Unidos com o propósito de fundar uma psicologia ajustada aos métodos objetivos (estímulos, respostas, processos de aprendizagem, condicionamentos), busca a possibilidade de moldar o comportamento se forem conhecidas as condições que o determinam. Esse enfoque minimiza ou ignora o papel diferenciador da herança individual argumentando que, para efeitos práticos, todos os homens normais, ao nascerem, são igualmente dotados e possuem uma grande flexibilidade para serem moldados de formas muito diferentes, segundo os tipos de condicionamento a que ficarem expostos ao longo de sua vida.

O outro modelo, hoje, muito difundido, é o cognitivo, que compreende o mental em termos de estruturas e processos cognitivos determinantes que, no caso do transtorno mental, se encontram distorcidos, levando o sujeito a desajustes comportamentais ou emocionais. As

intervenções são de ordem educativa e instrucional com o objetivo de que os sujeitos corrijam suas formas de pensamento disfuncionais e aprendam a pensar e, portanto, a se comportarem de forma adaptativa (DESVIAT, 2018).

### **3.4.2 Consolidando o saber psiquiátrico – as experiências de reformas**

Durante a Segunda Guerra, alguns setores da psiquiatria tiveram de reconhecer o caráter anacrônico e iatrogênico de suas práticas, sendo obrigados a responderem à demanda urgente por tratamentos de maior eficácia clínica, para a recuperação de soldados traumatizados oriundos do campo de batalha. A escassez de mão de obra e os processos de investimento em Estados de bem-estar social na Europa, com ampla demanda por políticas de saúde e saúde mental universais e mais eficazes, também cumpriram o seu papel para propiciar mudanças no campo da SM.

Nesse contexto, em alguns países específicos (e aí podemos incluir a Itália em meados dos anos 1970 e o Brasil no final da ditadura militar), conjunturas políticas de democratização, de processos revolucionários ou de emergência e mobilização de movimentos sociais populares geraram processos de afirmação dos direitos civis e políticos, particularmente para os inseridos nas chamadas *instituições totais*, e estimularam a formação de movimentos sociais diretamente no campo da saúde mental (VASCONCELOS, 2009).

Foram muitas as experiências de reformas que aconteceram em vários países. Algumas, no entanto, foram marcantes e ainda hoje influenciam as experiências contemporâneas. Amarante (2015) divide tais experiências em ‘dois grupos mais um’. No primeiro grupo, ele elenca a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional. Destaca que essas duas experiências investiram em mudanças na forma de gestão dos hospitais psiquiátricos. O segundo grupo é formado pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, experiências que acreditavam que o modelo hospitalar estava esgotado e que se deveriam construir serviços assistenciais que iriam qualificando o cuidado terapêutico (hospitais-dia, oficinas terapêuticas, centros de saúde mental, etc.); ao mesmo tempo em que iria diminuindo o papel dos hospitais psiquiátricos. Num ‘outro’ grupo, o autor destaca a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, pois considera o termo reforma inadequado para essas experiências: “Ambas consideram que a questão mesma estaria no modelo científico psiquiátrico, que é todo ele colocado em xeque, assim como as instituições assistenciais” (AMARANTE, 2015, p. 41).

Entende-se por Comunidade Terapêutica um processo de reformas institucionais que lutavam contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais, um processo de horizontalidade e democratização das relações de todos os atores sociais. Podemos citar como exemplo a experiência protagonizada por Maxwell Jones, a partir de 1959, na Inglaterra. Ele organizava ‘grupos de discussão’ e ‘grupos operativos’ com os internos do hospital, chamando-os a participarem ativamente de todas as atividades disponíveis. Também introduziu reuniões e assembleias diárias, ocasiões em que todos os aspectos da instituição eram debatidos. A ênfase era na comunicação livre entre equipe e pacientes e nas atitudes permissivas que encorajassem a expressão de sentimentos (DESVIAT, 2018).

Por Psicoterapia Institucional, podemos citar uma experiência ocorrida na França, logo após a segunda guerra, tendo como principal personagem François Tosquelles. De acordo com Amarante (2015), entre as propostas mais interessantes dessa experiência, temos a ‘escuta polifônica’, ou seja, a busca de uma ampliação dos referenciais teóricos, de forma a não reduzir a escuta a esta ou aquela corrente conceitual e, também, a noção do acolhimento, ressaltando a importância da equipe e da instituição na construção de suporte e referência para os internos no hospital.

Foi no Hospital de Saint-Alban, no sul da França, que o trabalho teve início, se tornando uma das mais bem-sucedidas experiências de reforma psiquiátrica. A noção de ‘trabalho terapêutico’ foi resgatada, como uma importante atividade que ofereceria possibilidades de participação e de assunção de responsabilidades por parte dos internos. Uma das mais originais inovações de Saint-Alban foi o Clube Terapêutico, uma organização autônoma gerida por pacientes e técnicos que promovia encontros, festas passeios, feiras de produtos dos internos etc. Havia ainda os ateliês ou oficinas de trabalho e arte que, fundamentados pela leitura psicanalítica, muito expressiva naqueles primeiros anos, visavam a uma reorganização interna da dinâmica psíquica. Da mesma forma que na Comunidade Terapêutica esta experiência de coletivo terapêutico tinha como princípio a premissa de que no hospital todos teriam uma função terapêutica e deveriam fazer parte de uma mesma comunidade e, enfim, deveriam questionar e lutar contra a violência institucional e a verticalidade nas relações intrainstitucionais. Mas, diferentemente da similar inglesa, a psicoterapia Institucional caminhou no sentido de propor a ‘transversalidade’, que entendo como o encontro e ao mesmo tempo o confronto dos papéis profissionais e institucionais com o intuito de problematizar as hierarquias e hegemonias (AMARANTE, 2015, p. 44).

Vasconcelos (2009) também destaca, nesta experiência, a concepção dos serviços como “campos transferenciais multifocais” envolvendo todas as pessoas e oferecendo: acolhimento imediato; relações horizontalizadas, oblíquas e transversais, estimulando a implicação de todos pela atenção; um leque o mais variado possível de dispositivos capazes de atrair, gerar identificações e vínculos.

Aqui, no Brasil, podemos citar o trabalho da Dra. Nise da Silveira – psiquiatra que extrapolou todos os parâmetros teóricos e de prática clínica de seu tempo. No processo de redemocratização do país, em 1946, iniciou no Rio de Janeiro uma proposta inovadora e única de trabalho em saúde mental, em uma época em que a assistência psiquiátrica era essencialmente asilar. Iniciou o projeto com usuários do então Centro Psiquiátrico Nacional no Engenho de Dentro, em ambiente aberto, com atividades ocupacionais, profissionalizantes e artístico-expressivas, mediante as quais o usuário pudesse projetar imagens interiores e promover um processo de individuação e desenvolvimento pessoal, em um trabalho que obteve reconhecimento internacional (VASCONCELOS, 2009).

O segundo grupo é representado pela Psiquiatria de Setor e pela Psiquiatria Preventiva. O foco agora já não são mais as mudanças nos hospitais psiquiátricos (que estavam ficando muito caras), mas sim na ‘Comunidade’. A psiquiatria dirige-se à Saúde Pública, incorpora alguns de seus conceitos básicos na sua teoria, tais como prevenção primária (intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental), secundária (diagnóstico e tratamento precoces) e terciária (readaptação do paciente à vida social, após melhora) (BIRMAN; COSTA, 1994).

A Psiquiatria de Setor ocorreu na França na década de 60, onde se construíram centros de saúde mental, distribuídos nos diferentes ‘setores’ administrativos das regiões francesas, de acordo com a distribuição populacional dessas regiões. Segundo Amarante (2015), foi a primeira vez na história da assistência psiquiátrica que se falou em regionalização.

A ideia de Lucien Bonnafé, principal personagem do setor, foi a de subdividir o espaço interno do hospital destinando para cada setor uma enfermaria correspondente. Assim, os pacientes provenientes de uma determinada região eram internados em uma mesma enfermaria, facilitando o convívio entre eles, e favorecendo depois o encaminhamento para o centro de saúde mental de sua região. O acompanhamento terapêutico dos pacientes era realizado por uma mesma equipe multiprofissional, tanto no interior do hospital quanto no local de residência. O tratamento passava a ser considerado não mais exclusivo do médico psiquiatra. Enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais passaram a ter, a partir de então, um novo protagonismo no contexto das políticas de saúde mental.

A Psiquiatria Preventiva foi desenvolvida nos Estados Unidos na década de 1960 e ficou conhecida também como Saúde Mental Comunitária. Gerald Caplan é considerado fundador e

o principal autor dessa experiência. Para ele, todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas, desde que detectadas precocemente. Doenças mentais eram reconhecidas como sinônimo de desordens. Visava-se, então, prevenir a instabilidade social decorrente da marginalização de minorias segregadas:

O contexto histórico em que esta experiência teve início foi bastante específico e singular na história do país. A Guerra do Vietnã, o crescente envolvimento da juventude com as drogas, as *gangs*, o movimento *beatnik*, o movimento *black power*, foram algumas das importantes questões sociais enfrentadas pelo Estado naquele período. A proposta da Psiquiatria Preventiva referenciada pelo próprio presidente Kennedy, produziu uma perspectiva de salvação quase milagrosa para um país com grandes problemas sociais e políticos (AMARANTE, 2015, p. 48).

Para a intervenção preventiva, o conceito de crise passou a ser estratégico indicando desequilíbrio. Esse se baseava nas noções de ‘adaptação e desadaptação social’. Segundo Birman e Costa (1994), a crise torna-se o grande momento de desajustamento — a fissura no sistema adaptativo do indivíduo. Transforma-se em signo de intervenção, para reequilibrar o indivíduo, promovendo a saúde mental.

O conceito de crise ampliou a ação da psiquiatria para uma proposta de saúde mental comunitária: advieram estratégias de trabalho, com as quais equipes de saúde mental passaram a exercer um papel de consultores comunitários, identificando e intervindo em crises individuais, familiares e sociais. Esses consultores deveriam desenvolver ações em populações de risco e situações de alto risco, em que a não abordagem, ou uma resolução não satisfatória, é muitas vezes o ponto de partida para futuras doenças mentais.

Também se investiu na desospitalização buscando reduzir o ingresso de pacientes nos hospitais psiquiátricos, promovendo altas e reduzindo o tempo de permanência hospitalar. Foram implantados vários centros de saúde mental, oficinas protegidas, lares abrigados, hospital-dia, hospital-noite, enfermarias e leitos em hospitais gerais, etc. A proposta era que os serviços comunitários fossem adquirindo maior competência e efetividade em tratar as doenças, tornando os hospitais psiquiátricos obsoletos. No entanto, essas estratégias foram insuficientes devido à falta de um sistema público de saúde no país.

Este é o marco onde surge a desinstitucionalização, entendida como uma desospitalização e criação de recursos na comunidade; o marco de onde surge o modelo comunitário em saúde mental, que brevemente encontrará seu limite nos Estados Unidos, dada a ausência de um sistema de saúde pública e benefícios sociais que o facilitem. Mas a desinstitucionalização, a reforma psiquiátrica, é, já, para além de seu fracasso precoce nos Estados Unidos, uma urgência ética no mundo ocidental. O manicômio e as instituições totais, de que falara Goffman (1970), atingiam a consciência social da época (DESVIAT, 2018, p. 31).

A Antipsiquiatria teve início na Inglaterra, no final da década de 50. Seus principais personagens são Ronald Laing e David Cooper. Apresentava-se uma alternativa para a prática da psiquiatria tradicional ante a violência institucional, questionando o hospital, indo além da comunidade terapêutica, buscando um clima de liberdade para os pacientes, sem violência e restrições: “O princípio seria o de permitir que a pessoa vivenciasse a sua experiência; esta seria, por si só, terapêutica, na medida em que o sintoma expressaria uma possibilidade de reorganização interior” (AMARANTE, 2015, p. 54). Ao terapeuta cabia o papel de acompanhar a pessoa nessa “viagem”.

No âmbito da Antipsiquiatria não existiria, enfim, a doença mental enquanto objeto natural como considera a psiquiatria, e sim uma determinada experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social. Na medida em que o conceito de doença mental era então rejeitado, não existiria exatamente uma proposta de tratamento da ‘doença mental’, no sentido clássico que damos à ideia de terapêutica. [...] (AMARANTE, 2015, p. 53)

A Antipsiquiatria foi um movimento contracultural que colocou em causa a doença mental e a psiquiatria. Serviu para explodir os limites entre razão e loucura na consciência da época, bem como para destacar a importância das contradições sociais, da alienação, na produção da doença mental (DESVIAT, 2018).

A Psiquiatria Democrática começou no início da década de 60, na Itália. Seu principal personagem é Franco Basaglia. Esse psiquiatra, a partir do contato com as obras de Michel Foucault e Erving Goffman, percebeu que o combate ao hospital psiquiátrico deveria ser de outra ordem, não no sentido de reforma, mas no de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentavam a existência desse lugar.

No início da década de 70, Basaglia e sua equipe realizaram uma transformação radical da psiquiatria contemporânea inspirando outras experiências por todo o mundo. Simultaneamente ao fechamento dos pavilhões ou enfermarias psiquiátricas, criaram em Trieste (norte da Itália) vários outros serviços e dispositivos, denominados ‘serviços substitutivos’ visando efetivamente tomar o lugar das instituições psiquiátricas (AMARANTE, 2015).

Os primeiros serviços substitutivos foram os Centros de Saúde Mental (CSM), todos regionalizados, seguindo as experiências realizadas na França e nos EUA. No entanto, a equipe italiana superou essas experiências. Os centros triestinos não se propuseram a



funcionar em mão dupla, não eram serviços que davam continuidade ao tratamento após a alta hospitalar e que reinternavam os pacientes no manicômio quando necessário. Os CSM passaram a assumir a integralidade das questões relativas ao cuidado no campo da saúde mental de cada território. Isso implicava também atuar na sociedade para mudar sua forma de lidar com as pessoas em sofrimento mental. Era preciso modificar o lugar social da loucura, tradicionalmente relacionada à periculosidade, à insensatez, à incapacidade.

Foram estabelecidas estratégias de inclusão social para os pacientes, tais como, cooperativas de trabalho ou de construção de residências para os ex-internos dentro da própria cidade; grupos musicais e de teatro, oficinas, etc. Inventaram inúmeras formas de participação e produção social para essas pessoas, visando à integração na comunidade.

A proposta italiana rompeu com as experiências anteriores ao entendimento de desinstitucionalização. Agora, não mais vista apenas como sinônimo de desospitalização. Ela coloca entre parênteses a doença mental e a psiquiatria. A desinstitucionalização passa a ser um processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções, em torno não mais da doença mental, mas da existência-sofrimento dos sujeitos em sua relação com o corpo social (AMARANTE, 1997).

Assim, a experiência italiana, em sua radicalidade, a partir dos anos 1980, tornou-se uma referência teórica, política e assistencial para todo o mundo, influenciando agências internacionais de saúde pública, associações científicas e profissionais, movimentos sociais, entre outros. No Brasil, essa experiência passou a ser adotada como principal estratégia para a reforma psiquiátrica, ganhando amplo consenso nas II e III Conferências Nacionais de Saúde Mental (1992 e 2001).

As experiências de reforma psiquiátrica, portanto, não estão isoladas. Do ponto de vista mundial há uma revisão das formas de relação e tratamento dispensado à loucura que irá influenciar o processo brasileiro.

#### **3.4.2.1 Obras que ajudaram na sustentação teórica das reformas psiquiátricas**

No campo acadêmico, as críticas ao modelo manicomial tiveram alcance teórico rigoroso, e ainda hoje representam fontes importantes para a formação acadêmica e profissional no campo da atenção psicossocial. Segundo Vasconcelos (2009), podemos citar algumas obras que ajudaram a sustentar as mudanças na Saúde Mental:

- a) O livro de Russel Barton, intitulado *Neurose Institucional* (1959), mostrando como a estrutura dos hospitais psiquiátricos tende a induzir tanto em pacientes quanto nos trabalhadores um estado similar à neurose;
- b) O livro de Erving Goffman, *Manicômios, Prisões e Conventos* (1974) (*Asylum, 1961*), que apresenta uma impressionante etnografia de como as pessoas dentro das instituições totais são mortificadas, como um resultado intrínseco e inevitável da dinâmica interna típica deste tipo de instituição. Outros trabalhos de Goffman foram muito relevantes: *A representação do Eu na vida Cotidiana* (1959) e *o Estigma* (1963).
- c) O livro de Jean-Paul Sartre, *A Crítica da Razão Dialética*, de 1960, que reconstitui o processo político-institucional da revolução francesa. Em sua análise, Sartre mostra como os grupos e as instituições revolucionárias são caracterizados por uma dinâmica interna que leva gradualmente à institucionalização, burocratização e mesmo ao terror. Sartre foi importante na conformação da tentativa de antídoto a este processo, como no conceito de desinstitucionalização, forjado pela perspectiva basagliana de reforma psiquiátrica, que foi influenciada por ele.
- d) O livro de Michel Foucault, *História da Loucura na Idade Clássica* (1978) (*Historie de La folie, 1961*), mostrando como a segregação da loucura constitui um elemento integral da cultura racionalista ocidental do Iluminismo e como as relações de saber-poder, as instituições e práticas psiquiátricas foram criadas a partir daquele pressuposto histórico e filosófico básico. Outros livros de Foucault são importantes para análise e crítica das instituições e dos mecanismos disciplinares da sociedade: *Vigiar e Punir* (1978), *Microfísica do Poder* (1979), *História da Sexualidade* (1979).
- e) O livro organizado por Franco Basaglia, *A Instituição Negada* (1968, 1985), denunciando as instituições psiquiátricas como qualificadas para um mandato social de controle que inevitavelmente leva à opressão.
- f) O livro de Eliot Freidson, *Profession of Medicine* (1970), fazendo uma crítica da profissão médica como instituição, mostrando os mecanismos internos que protegem os interesses econômicos e corporativos dos profissionais.

Para Passos (2009), as principais obras que desmontam a maquinaria psiquiátrica do modelo alienista são os livros *História da Loucura na Idade Clássica*, de Michel Foucault, e *Ordem*

*Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*, de Robert Castel, de 1976. Também Giles Deleuze e Félix Guattari, com o *Anti-Édipo*, merecem destaque.

Todas essas obras e autores ajudaram abrir as portas teóricas e realizar a sistematização crítica aos manicômios, estimulando as experiências e políticas de desinstitucionalização psiquiátrica iniciadas a partir dos anos 1960, bem como ajudaram a pensar as estruturas institucionais que são recriadas nos serviços e projetos de atenção psicossocial até hoje. Com certeza há outros autores e outras obras também importantes<sup>56</sup> e todos merecem uma avaliação de suas contribuições, mas isso extrapola o âmbito do presente trabalho.

### 3.4.3 Reforma Psiquiátrica no Brasil/Minas Gerais

Mais do que reconstruir todos os aspectos envolvidos no movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil<sup>57</sup>, e mais especificamente em Minas Gerais. retrataremos aqui certos acontecimentos cruciais para as novas práticas em saúde mental no país e no estado.

No Brasil, no fim da década de 1970, as lutas pela democratização no país criaram as bases para fortes movimentos sociais no campo da saúde pública (Movimento Sanitário) e da saúde mental (Movimento de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial). Amarante (2012, 2015) aponta como início do Movimento de Reforma Psiquiátrica o ano de 1978, com a crise ocorrida na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), após denúncias da situação de violência nos hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro, repercutindo em todo país e desencadeando o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM).

Também as experiências de reformas psiquiátricas internacionais, bem como os pressupostos da Antipsiquiatria, já repercutiam no Brasil, nesse momento de franco declínio da ditadura. Aliado a essas experiências, as pesquisas de Michel Foucault, Gilles Deleuze, Felix Guattari, Erving Goffman, Robert Castel e, ainda, o advento da psiquiatria democrática liderada por Franco Basaglia compuseram parte do cenário político-ideológico que mobilizou diversos atores brasileiros a empreenderem a luta antimanicomial (NUNES, 2009).

Em 1978, dois grandes eventos favorecem a articulação de diversos atores em prol da Reforma Psiquiátrica: o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú/SC, considerado o ‘Congresso da abertura’ e o I Congresso Brasileiro de Psicanálise, Grupos e Instituições, no

<sup>56</sup> Podemos citar o *Alienista* de Machado de Assis.

<sup>57</sup> A RPB encontra-se já bastante estudada, principalmente por Amarante, nos livros: *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995, e *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

Rio de Janeiro. Nessa ocasião, estavam presentes Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman, contribuindo para as discussões sobre a reforma no Brasil (NUNES, 2009).

Em 1979, ocorre o I Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental em São Paulo e, em Belo Horizonte, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria — esse último organizado pelos residentes do Instituto Psiquiátrico Raul Soares —, com os convidados Robert Castel e Franco Basaglia. Nessa oportunidade, são realizadas diversas denúncias sobre a realidade dos hospitais psiquiátricos mineiros, especialmente a do Hospital Colônia de Barbacena:

*— Lá, existe um psiquiatra para 400 doentes. Os alimentos são jogados em cochos, e os doidos avançam para comer. O que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma. Seria de desejar que o Hospital Colônia morresse de velhice. Nascido por lei, em 16 de agosto de 1900, morreria sem glórias. E, parafraseando Dante, poderia ser escrito sobre o seu túmulo: quem aqui entrou perdeu toda a esperança (ARBEX, 2013, p. 200).<sup>58</sup>*

O III Congresso Mineiro de Psiquiatria vocalizou uma mobilização iniciada no final dos anos 60, por um grupo de psiquiatras do Hospital Galba Velloso, que realizou uma experiência de comunidade terapêutica sustentada entre os anos de 1963 e 1969. A publicação do livro "Psicofármacos"; a constituição da primeira residência médica em psiquiatria; e a instituição da Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica (FEAP), além da incorporação do método psicanalítico, são legados deste grupo. Particularmente tributária a um dos integrantes desse grupo, Cezar Rodrigues Campos, foi a criação da Associação Mineira de Psiquiatria e a organização dos I e II congressos mineiros de psiquiatria, realizados em 1970 e 1971, respectivamente, quando, então, o posicionamento crítico em relação à assistência psiquiátrica já se fazia ouvir e impactar no cenário nacional.

Quando o III Congresso Mineiro de Psiquiatria (1979) foi realizado, não foi acidental ou fortuita a participação do psiquiatra italiano Franco Basaglia, que já realizava não apenas em Belo Horizonte, mas já em 1978, no Rio de Janeiro e São Paulo, uma série de seminários, divulgando o trabalho de desmontagem do aparato hospitalar público que realizava na Itália e a recém aprovada legislação italiana, a Lei 180, que previa o resgate de cidadania do doente mental e a extinção dos manicômios (GOULART, 2015).

Basaglia percorreu várias instituições manicomiais mineiras, chegando a compará-las aos campos de concentração nazistas. Também denunciou a realidade dessas instituições à

<sup>58</sup> Discurso feito por Ronaldo Simões Coelho, um dos primeiros médicos a denunciar o Hospital Colônia.

imprensa, o que teve enorme repercussão: “As declarações do psiquiatra repercutiram dentro e fora do país. Até o New York Times se interessou pela tragédia da loucura mineira” (ARBEX, 2013, p. 207). Portanto, a sua vinda ao Brasil garantiu visibilidade mundial ao tema da loucura e à forma cruel e violenta como ela vinha sendo tratada em Minas Gerais.

Sem dúvida, Basaglia foi o grande inspirador do movimento antimanicomial em Minas Gerais e no país. Seu trabalho e de sua equipe influenciaram fortemente nos rumos da discussão no Brasil, que até então se inspirava na psiquiatria comunitária norte-americana e na psiquiatria de setor francesa (GOULART, 2015).

Também merecem destaque, nesse breve resgate histórico, dois importantes trabalhos denunciadores da realidade dos manicômios mineiros: o curta-metragem *Em Nome da Razão*, de Helvécio Ratton, e o premiado livro *Nos Porões da Loucura*, de Hiram Firmino (AMARANTE, 2012).

Em 1979, esse jornalista realizou uma série de reportagens no jornal Estado de Minas, com o título: ‘Nos Porões da Loucura’, levando ao público a situação dos loucos em Minas Gerais. Mostrou não só os hospitais públicos, como o Galba Veloso, o Instituto Raul Soares e o Hospital Colônia de Barbacena, mas também clínicas privadas que recebiam recursos públicos pelas internações e onde se repetiam “as mesmas cenas de horror, reproduzindo-se as estratégias de confinamento de seres humanos” (NUNES, 2009, p. 82).

[...] Com trinta anos à época, conseguiu entrar no subterrâneo da loucura, após quase duas décadas de esquecimento da imprensa. Naquele momento, fazia dezoito anos que as denúncias da revista O Cruzeiro, feitas pelo fotógrafo Luiz Alfredo e pelo repórter José Franco, tinham sido publicadas. De 1961 a 1979, nenhum outro jornalista havia conseguido transpor os muros do Colônia. Com o país na ditadura militar, desde 1964, e a edição do Ato Institucional número 5 (AI-5), dois anos depois, o hospital estava blindado. Hiram não só conseguiu entrar no Colônia, mas também despertar na sociedade a necessidade de mobilização (ARBEX, 2013, p. 210).

Também Helvécio Ratton, então estudante de psicologia, conseguiu entrar no Hospital Colônia e realizar seu documentário. O curta “Em Nome da Razão” teve repercussão internacional, ajudando a derrubar os “muros da indiferença” da sociedade brasileira e promovendo a luta antimanicomial:

O filme é um marco da luta e da reforma política de saúde mental no Brasil e desencadeou muitas discussões e mobilização da opinião pública relativa à necessidade de urgente transformação. O documentário de Helvécio Ratton abriu uma vigorosa fissura no tecido simbólico das instituições psiquiátricas públicas brasileiras. Através dela, foi possível o desencadeamento de acontecimentos

históricos que confrontaram o manicômio e os limites da racionalidade psiquiátrica (GOULART, 2010, p. 36).

Todos esses acontecimentos serviram para criar um ambiente de luta por mudanças na assistência às pessoas com sofrimento mental, no estado de Minas Gerais e também no Brasil. Ao longo da década de 1980, progressivamente, vai se consolidando o movimento pela Reforma Psiquiátrica, juntamente com as lutas pelo fim da ditadura. É interessante observar a importância que os encontros de profissionais tiveram neste período. Congressos e seminários nacionais e estaduais se convertiam em fóruns de discussão política, de denúncias, sendo inclusive muitas vezes permeáveis à participação de públicos leigos e entidades que não pertenciam à área técnica (GOULART, 2015).

Por outro lado, em Minas Gerais, dentro dos hospitais Galba Velloso e Instituto Raul Soares (IRS), buscavam-se práticas para torná-los mais humanos. No IRS, em 1980, consolida-se um projeto intitulado Guimarães Rosa, protagonizado por um coletivo de estudantes universitários e funcionários que buscava a humanização do hospital.

O Projeto Guimarães Rosa (também conhecido como Rocinha), visava a uma reconstituição do universo rural dos vários internos que provinham de comunidades rurais. Com influências das Comunidades Terapêuticas e através de práticas de plantação de vários legumes, frutas e plantas diversas, mais de 300 internos se envolveram nessa prática que era considerada como terapêutica não alienante e eficaz. Após 4 anos, o Rocinha se extinguiu por falta de apoio (SILVA, 2013, p. 32).

Assim como esse projeto, que surgiu a partir dos seminários internos ocorridos no IRS, surge, em 1985, outra possibilidade inovadora de assistência para a época: o Hospital-Dia. Considerado como um projeto de caráter substitutivo à prática hospitalocêntrica, foi o primeiro serviço de semi-internação e de portas abertas da rede estadual e municipal de saúde mental. Aqui, a escuta psicanalítica surge como aquela que irá subsidiar a prática dos profissionais, o que veremos se manterá também nos novos serviços de saúde mental do estado.

Em decorrência da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, é convocada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro, 1987). Aí se dá um claro embate entre os setores reformistas e os conservadores, representados pela Federação Brasileira de Hospitais. Nessa conferência, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental decidiu realizar um segundo encontro, que aconteceu em Bauru, São Paulo, no ano de 1987. Nesse encontro o movimento se ampliou, tornando mais participativo, com a presença de familiares e usuários. Decidiu-se também assumir um caráter mais claro em relação ao papel do hospital psiquiátrico e, para tanto, adotou o lema: 'Por Uma Sociedade Sem Manicômios',

manifestando a radicalidade da negação ao aparato hospitalocêntrico, legitimado pela psiquiatria (NUNES, 2009).

Também em 1987 foi criado o primeiro CAPS do país: o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo. Esse CAPS tornou-se uma referência nas políticas de saúde mental e um campo de formação estratégica de profissionais para o processo da RPb (AMARANTE, 2012).

Em meio ao clima de transformação social e de luta, o mineiro Paulo Delgado se elegeu deputado federal pelo Partido dos Trabalhadores (PT). Por influência do irmão, o psiquiatra Pedro Gabriel Delgado, o deputado toma como causa a luta antimanicomial, levando em 1989, ao Congresso Nacional, o Projeto de Lei 3.657, propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Mas somente em 2001, após 12 anos de tramitação e de muitas manobras políticas, a Lei Federal 10.216 foi sancionada (BRASIL, 2001).

[...] Embora o projeto original tenha sido rejeitado, após doze anos de tramitação, foi aprovado um substitutivo que dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. O texto da lei aprovada não assegurou algumas das aspirações mais fundamentais do projeto original, tais como a extinção progressiva dos manicômios. Mesmo assim, revogou a arcaica legislação de 1934, que ainda estava em vigor, e significou um avanço considerável no modelo assistencial. Ficou conhecida como a lei da reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2015, p. 70).

Outro marco importante dessa história foi a intervenção no hospital psiquiátrico “Anchieta” em Santos (1989), marco decisivo para viabilização e demonstração de que era possível prescindir do hospital psiquiátrico e realizar a sua substituição por uma rede de serviços abertos. A construção dessa rede substitutiva ao hospital psiquiátrico em Santos (SP) inspirou a criação em vários municípios do país de redes de saúde mental, inclusive a rede do município aqui estudado. “Santos se mostrou como a experiência desenvolvida com mais intenso diálogo com a tradição basagliana, mais marcada pela radicalidade presente no ideário da desinstitucionalização” (FERREIRA NETO, 2017, p. 104).

O início da década de 90 também é marcado pela realização da Conferência Regional de Caracas (1990), sob patrocínio da OPAS, da qual resultou a Declaração de Caracas, que se configura um marco fundamental a embasar as iniciativas de reestruturação da atenção em saúde mental no Continente. Evidentemente, esse debate encontrou solo fértil no Brasil, vindo ao encontro dos anseios de diversos setores sociais que defendiam a reversão do modelo dominante de atenção à saúde mental (BRASIL, 2001).

Oito leis estaduais foram aprovadas em todo o país — inclusive em Minas Gerais a Lei n. 11.802 (MINAS GERAIS, 1995) — enquanto a lei nacional era debatida no Congresso, provocando o avanço do processo de reforma psiquiátrica no país. A Lei Carlão, como ficou chamada em Minas Gerais, propunha espalhar a assistência por diversos pontos do território, criando vários dispositivos, desde ambulatórios, centros de convivência, lares e pensões protegidas até os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), inspirada na experiência de Santos.

O SUS foi se consolidando conforme previsto na Constituição Federal de 1988, e no início da década de 1990, o Ministério da Saúde decretou as portarias n. 189 e n. 224 (BRASIL, 1994a; 1994b) regulamentando o funcionamento dos novos serviços de saúde mental. Institucionaliza, então, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os CAPS, definindo recursos para seu funcionamento. Conforme os princípios do SUS, esses serviços tornam-se abertos, oferecendo atendimento a todos os brasileiros e brasileiras.

Em 2002, o Ministério da Saúde promulgou a portaria n.º 336 (BRASIL, 2002b), que estabeleceu uma nova regulamentação dos serviços de atenção psicossocial. Foi abandonada a sigla NAPS e todos os serviços passaram a ser denominados de CAPS.

Em 2011, foi instituída a RAPS por meio da Portaria n.º 3.088 (BRASIL, 2011), objetivando ampliar o acesso à atenção psicossocial da população; promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, bem como suas famílias aos pontos de atenção a SM; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (AMARANTE, 2015).

A RAPS é, então, constituída pelos seguintes pontos de atenção:

Atenção Básica: Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Consultório de Rua; Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência e Cultura.

Atenção Psicossocial Estratégica: Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades.



Atenção de Urgência e Emergência: SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.

Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Residencial.

Atenção Hospitalar: Enfermaria especializada em hospital geral; Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas.

Estratégia de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Programa de Volta para Casa (PVC).

Estratégias de Reabilitação Psicossocial: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Uma das forças mais expressivas do processo brasileiro de reforma psiquiátrica, segundo Lobosque (2003) e Amarante (2015), foi o fato de ser baseado em um forte movimento social, no qual se destacou o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, que realizou vários encontros nacionais<sup>59</sup>, com centenas de participantes. Também as associações de usuários e familiares tiveram um importante papel em todo o país. Em 2007, surgiu a Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial (RENILA) e a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). Ambos têm realizado encontros locais e nacionais, sendo os principais dispositivos de controle social da RPb atualmente.

### **3.4.4 Conferências Nacionais de Saúde Mental e Formação dos Trabalhadores**

O Aurélio traz os seguintes significados de Conferência: ato ou efeito de conferir; confronto, cotejo; conversação entre duas ou mais pessoas sobre negócios de interesse comum; convenção. Por sua vez convenção tem os seguintes significados: ajuste, acordo ou determinação sobre um assunto, fato, etc.; convênio, pacto; encontro, reunião ou assembleia de indivíduos ou representações de classe, de associações, etc., onde se delibera sobre determinados assuntos: conferência (FERREIRA, 1999).

No Caderno Informativo da 3ª Conferência de Saúde Mental, temos o objetivo de conferência assim expresso: “o objetivo central de uma conferência é o de estabelecer, pelo mecanismo

---

<sup>59</sup> Conforme veremos adiante, dois desses encontros aconteceram em Betim/MG: o II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial e V Encontro Nacional de Usuários e Familiares (AMARANTE, 2015).

democrático do debate e confronto de opiniões, uma nova diretriz para uma área determinada de uma dada formação social” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2001, p. 5). E no relatório final da mesma se acentua que “as Conferências têm tido um papel crucial de dar continuidade ao processo, iniciado no Brasil nos anos 70, de crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência, e de definir as estratégias e rumos na implementação da Reforma Psiquiátrica a partir dos anos 80” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, p. 13).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu no Rio de Janeiro em 1987, como acentuamos anteriormente, logo após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, contribuindo para reordenar as forças atuantes no setor e apontar para a necessidade de profundas e imediatas transformações no modelo de assistência em saúde mental do Brasil: ficou claramente nomeado o impasse do modelo centrado no hospital e predominantemente baseado no modelo médico-psiquiátrico, considerado ineficaz e oneroso para os usuários e a sociedade, violando os direitos humanos fundamentais (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1988).

No relatório final dessa conferência, há uma série de propostas para a ‘Política de Recursos Humanos’, entre elas, algumas referentes à formação, tais como a garantia, dentro da carga horária de trabalho, de espaço para atualização, pesquisa, supervisões técnicas de equipe e contato com entidades profissionais. Também está registrada a necessidade de participação ativa das universidades. Essas seriam responsáveis pela formação dos profissionais mediante reformulações curriculares para que fossem compatíveis com assistência extra-hospitalar (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1988).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, por sua vez, aconteceu quatro anos depois, com o tema ‘A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil’, sendo realizada em dezembro de 1992. Essa Conferência foi construída através da mobilização de milhares de pessoas e de diferentes atores sociais nas conferências municipais, regionais e estaduais, destacando a participação expressiva do segmento dos usuários e seus familiares, pela primeira vez em nossa história. Ocorreu logo após a 9ª Conferência Nacional de Saúde, quando se aprovou o fortalecimento da luta pela vida, ética e municipalização da saúde, com ênfase no controle social, definindo o nível local como estratégico na democratização do Estado e das políticas sociais (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1992).

Nessa Conferência, aprofundaram-se as críticas ao modelo hegemônico, como também se formalizou o esboço de um novo modelo assistencial, significativamente diverso, não só na lógica, conceitos, valores e estrutura da rede de atenção, mas também na forma concreta de lidar com as pessoas com a experiência de transtornos mentais, a partir de seus direitos de cidadania.

Observa-se a confirmação e o aprofundamento das propostas da primeira conferência em relação à formação dos trabalhadores da saúde. É importante destacar que, desde o início, já se propunha a educação permanente como desenhado no capítulo anterior, embora não se utilizasse essa terminologia: “Estimular a criação de grupos de reflexão, onde os profissionais de saúde mental possam repensar suas práticas” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1992, p. 20). Buscava-se, também, “garantir uma supervisão capaz de dar conta dos diversos aspectos da prática cotidiana dos serviços de saúde mental substitutivos ao manicômio” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1992, p. 20).

Propunha-se também regulamentar o art. 200, inciso III da Constituição Federal (BRASIL, 1988a), que atribui ao SUS a tarefa de ordenação da formação de trabalhadores de saúde. Recomendavam-se mudanças nas universidades e demais agências formadoras, introduzindo temas de saúde mental sob a ótica de saúde coletiva nos diversos cursos e promovendo a obrigatoriedade de estágios acadêmicos nas redes pública e privada de saúde. Além disso, intencionava desenvolver programas de pós-graduação em saúde mental na perspectiva da saúde coletiva, com a participação das secretarias de saúde. A proposta era articular o Conselho Nacional de Saúde com o Conselho Federal de Educação, para discutir a reformulação das atividades universitárias com vistas à real integração com o SUS.

Outro ponto que desejamos destacar nesse relatório é a proposta de “Ampliar/criar residências interdisciplinares em saúde mental, vinculadas às instituições de saúde e consoantes com a Reforma Psiquiátrica” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1992, p. 20). Percebe-se que as orientações abrangiam tanto as práticas de formação universitárias quanto os espaços de formação existentes nos próprios serviços de saúde mental.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, com o tema “Cuidar, sim. Excluir, não”, ocorreu em dezembro de 2001. Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social’ aconteceu, portanto, no mesmo ano em que foi aprovada a nova Lei Federal de saúde mental (BRASIL, 2001), marco da luta travada ao longo de várias décadas.

No relatório final dessa Conferência encontramos capítulos destacando a ‘Política de formação, pesquisa e capacitação de recursos humanos em saúde mental no SUS’ e a ‘Capacitação através de parcerias com instituições formadoras e outras instituições’ (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002), enfatizando as seguintes diretrizes:

O avanço do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil requer ampliar as instâncias de capacitação dos diferentes agentes do cuidado no campo da Saúde Mental, **para além das universidades**, e exigir, nas três esferas de governo, que os Centros de Formação de RH estabeleçam as bases para **criar imediatamente programas estratégicos interdisciplinares e permanentes de formação em saúde mental para o SUS**, por meio de capacitação/educação continuada, monitoramento dos trabalhadores e atores envolvidos no processo da Reforma, que promovam qualificação, atualização, cursos de pós-graduação, estágios, residências, integração docente-assistencial, educação continuada e descentralizada, supervisão clínica e institucional permanente, para os gestores, equipes de PSF, do PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental, agentes de saúde mental voluntários, cuidadores de saúde mental, trabalhadores dos programas específicos (transtornos mentais severos, criança e adolescente, deficiente mental, álcool e drogas e emergência), professores da rede estadual e municipal, integrantes de instâncias de controle social, usuários e familiares e profissionais de outras políticas públicas como assistência social e segurança pública, atendendo aos aspectos assistenciais e terapêuticos, intersetoriais, dentro das diretrizes políticas do respectivo projeto de cada prefeitura municipal, em consonância com a Reforma Psiquiátrica e conforme o artigo 1.º da Lei n.º 10.216/01. Nesse processo, enfatizou-se também a importância da **integração entre assistência, ensino e pesquisa**, pela qual **todos os serviços da rede substitutiva sejam voltados para o ensino e a pesquisa das práticas inovadoras** criadas pelo novo modelo assistencial. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, p. 72 grifo nosso).

Observa-se o destaque dado nesse relatório para a educação permanente e para a integração ensino-serviço, acentuando a importância de “promover a requalificação do profissional da saúde mental, para melhor desempenho de suas funções nos serviços substitutivos aos manicômios” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, p. 74). Também acentuava o estímulo a pesquisa, “no sentido de viabilizar a produção de conhecimento científico, no próprio serviço, sobre as novas práticas de saúde mental, em parceria com instituições formadoras” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, p. 74). Segundo Silva (2013), percebe-se, no decorrer das conferências nacionais de saúde mental, que a função de formação é defendida como algo que está para além da responsabilidade das universidades, ou seja, o SUS também deve se comprometer a sustentar espaços de formação internos aos serviços, o que vem se confirmar com a Política de Educação Permanente.

O relatório da 3ª. Conferência, no entanto, ressalta a importância de mudanças acadêmicas, necessitando que as instituições formadoras revisem seus currículos acolhendo as

experiências desenvolvidas nos serviços e promovendo “uma capacitação interdisciplinar, multiprofissional e generalista dos docentes e discentes acerca do campo da Saúde Pública e Saúde Mental, garantindo também uma prática profissional através da extensão universitária, especialização, residência e estágio para todos os profissionais da área de Saúde Mental” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, p. 78). Propõe, assim, que os universitários tenham vivência interdisciplinar. Aqui, podemos observar a importância da educação interprofissional<sup>60</sup> já destacada, embora não expressamente, como a formação ideal para o SUS e para a Saúde Mental. Observamos também tal destaque na preocupação com as residências multiprofissionais, como podemos ver no parágrafo 248 do relatório: “Criar e legalizar (legislação federal), pelo Ministério da Educação, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, constituindo, a partir do órgão público competente, um grupo de trabalho para esse fim” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, p. 79).

A 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental teve como tema “Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Foi realizada em junho de 2010, contando com a participação não só da área da saúde, mas também da educação, assistência social, esportes, cultura e demais áreas, todas representadas por conselheiros, autoridades e integrantes de movimentos sociais diversos. Estima-se que 46.000 pessoas tenham participado do processo, em suas três etapas — municipais, estaduais e nacional (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2010). Foi decisiva para a realização dessa conferência a Marcha dos Usuários de Saúde Mental a Brasília, em 30 de outubro de 2009.

Naquele momento, a saúde mental já vivia um contexto de grande complexidade, com diversos fatores que influenciaram na construção dessa Conferência, tais como: a ampliação e difusão territorial dos serviços, com incremento do número de trabalhadores, geralmente com vínculo precário de trabalho (terceirização) e com pouca formação para o campo da SM; as

---

<sup>60</sup> A Educação Interprofissional (EIP) é entendida como intervenções nas quais membros de mais de uma profissão da área da saúde aprendem juntos de forma interativa, com o explícito propósito de melhorar a saúde e bem estar dos pacientes; busca promover a educação dos profissionais de saúde, desde a formação inicial de graduação, com competências para o trabalho em equipe e a prática colaborativa no contexto do SUS. A EIP está fortemente relacionada ao desafio da prática colaborativa e do trabalho em equipe. Pressupõe a existência de relação recíproca, de mútua influência e profundo imbricamento, entre a formação dos profissionais da saúde e as práticas de atenção à saúde. {PEDUZZI, Marina. Educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: TOASSI, F.C. R. (Org.) *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* [recurso eletrônico]. – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. (Série Vivência em Educação na Saúde).

características do trabalho e de novas tecnologias em saúde mental no SUS, com ênfase no modelo biomédico; a diversificação do movimento antimanicomial, bem como o pânico social gerado pela campanha da mídia em torno do uso do crack no país, com enormes repercussões políticas, gerando significativas pressões e demandas de alguns setores tradicionais.

Essa Conferência reafirmou o campo da SM como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral, tratando-se, portanto, de um campo que transcende a Saúde e envolve setores como a educação, a assistência social, a habitação, o trabalho, a cultura, entre outros (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2010).

Com relação à formação, exalta-se a interdisciplinaridade, convocando diversos ministérios, principalmente os da Saúde e da Educação, a desenvolverem ações de princípio integral e intersetorial. A educação permanente, as reformas curriculares e o reconhecimento de saberes outros dos vários atores envolvidos são uma tônica que se mantém nessa conferência (SILVA, 2013).

A educação permanente segue como uma estratégia forte para o enfrentamento da má qualificação para o trabalho em saúde, agora sendo utilizada a terminologia EPS propriamente dita. As formas de educação permanente são aqui discriminadas como: reuniões clínicas, vivências na equipe, reuniões, matriciamento e supervisão clínico-institucional. Foi proposta também a criação de fóruns de discussão entre os diversos setores envolvidos na atenção à saúde mental. A intersetorialidade aparece, então, como ponto importante para a formação:

Promover, nas três esferas de governo, a educação permanente em saúde mental para os profissionais de saúde, educação, cultura, arte, esporte, lazer, previdência e assistência social, objetivando a articulação da rede de proteção social e promoção de ações de integração junto à comunidade (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2010, p. 51).

Falar de formação profissional em saúde mental implica, necessariamente, falar da formação de rede e de um coletivo heterogêneo de trabalhadores com formações, saberes e modos de trabalho distintos. Essa heterogeneidade marca a prática em saúde mental e tenciona os limites das especialidades dos profissionais que ali estão e da formação que receberam.

## 4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

### 4.1 Fundamentação teórica

O que entendemos por metodologia? Qual foi a metodologia utilizada neste trabalho? Que caminhos percorremos para atingir nossos objetivos? Essas são questões fundantes de todo trabalho científico. Aqui, primeiramente, tomamos como referência uma das mais importantes cientistas sociais da saúde no Brasil, a pesquisadora, Maria Cecília de Souza Minayo (2008, 2014), que concebe a metodologia não apenas no sentido de “como fazer”, mas também de “como pensar”. Então, qual foi o caminho do nosso pensamento neste trabalho?

Partimos do entendimento de que nosso objeto de pesquisa demandava uma metodologia qualitativa, entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Metodologia essa que visa, então, compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores sociais, na qual o universo de investigação é o cotidiano e as experiências do senso comum interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam (MINAYO, 2014).

Partimos também do princípio de que os participantes da pesquisa são homens e mulheres, que “sabem de si mesmos como seres que atuam”, seguindo a concepção do filósofo Hans-Georg Gadamer: “Aquele que atua lida, antes, com coisas que nem sempre são como são, pois que podem ser diferentes. Nelas descobre em que ponto pode intervir sua situação. Seu saber deve orientar seu fazer” (GADAMER, 1997, p. 468). É nesse sentido que tomamos a trajetória de formação dos trabalhadores da Saúde Mental de Betim.

Minayo (2014), seguindo Gadamer, mas também o filósofo Habermas, coloca que é inevitável o imbricamento entre conhecimento e interesse, entre condições históricas e avanço das ciências, entre identidade do pesquisador e seu objeto, e entre a necessidade indiscutível da crítica interna e externa na objetivação do saber. Para a pesquisadora, existe uma relação inseparável entre o mundo natural e o social; entre o pensamento e sua base material; entre o objeto e suas questões; entre a ação do ser humano enquanto sujeito histórico e as determinações que a condicionam. Sentimo-nos identificados com essas concepções, entendendo que também estamos imbricados no nosso objeto de estudo, mas isso não nos impede de refletir e buscar um conhecimento crítico sobre o mesmo.

Dentro da pesquisa qualitativa, optamos, então, pela pesquisa de cunho hermenêutico-dialético a partir de Minayo (2008, 2014). Segundo a pesquisadora, a perspectiva

hermenêutica de Gadamer e a dialética de Habermas, bem como as discussões e polêmicas entre esses dois filósofos, ajudam-nos a construir um caminho que perpassa pelo pensamento compreensivo e pelo pensamento crítico. Buscaremos, então, elucidar como essas perspectivas filosóficas nos iluminam no processo de pesquisa científica.

#### **4.1.1- A Hermenêutica como a arte da compreensão**

Para a hermenêutica, a compreensão é histórica. Nesse sentido, precisamos conhecer um pouco sobre a origem de nossos teóricos.

Gadamer nasceu em Marburg, na Alemanha, em 11 de fevereiro de 1900, e veio a falecer em Heidelberg, também na Alemanha, em 13 de março de 2002. Foi considerado um dos maiores expoentes da hermenêutica filosófica. Viveu na Polônia, onde frequentou a Universidade até 1919, voltando logo depois a Marburg, onde completou o doutorado em 1922, e depois atuou como professor. Entre 1923 e 1928, estudou e foi assistente de Martin Heidegger, de quem recebeu uma forte influência, principalmente com seu conceito de *dasein* (estar no mundo). Em 1939 assumiu o cargo de diretor do Instituto de Filosofia em Leipzig, e, em 1947, o cargo de reitor. No ano seguinte retornou ao ensino e à pesquisa em Frankfurt, e, em 1949, tornou-se o sucessor da cátedra de Karl Jaspers, em Heidelberg, até se aposentar como Professor Emérito em 1968.

Gadamer abordou a compreensão não como método, mas como parte constitutiva do ser humano. Questiona a condição do método e problematiza sua superdependência pela modernidade. Cabe aqui destacar que sua obra “Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica” (1997) foi um marco da filosofia contemporânea. A temática hermenêutica, presente em sua filosofia, destaca que, começando por Schleiermacher (1768-1834)<sup>61</sup>, através de Dilthey (1833-1911)<sup>62</sup> e Heidegger (1889-1976)<sup>63</sup>, as hermenêuticas se transformaram não somente em uma forma de leitura de textos, mas também numa descrição do entendimento humano em si (STANGA, 2014).

---

<sup>61</sup> Schleiermacher é considerado o pai da hermenêutica moderna; para ele, a tarefa da hermenêutica era “*entender o discurso também como o autor, e depois melhor que ele*”.

<sup>62</sup> Filósofo historicista alemão que deixou importante contribuição para a metodologia das Ciências Humanas. É considerado o criador do historicismo. Contestou a ampla influência que as doutrinas positivistas possuíam sobre as ciências humanas.

<sup>63</sup> Martin Heidegger, existencialista alemão, foi um dos maiores filósofos do século XX.



Gadamer (1997) nos diz que entender e interpretar textos não é somente um empenho da ciência, mas pertence ao todo da experiência do homem no mundo; perpassa tudo que diz respeito ao ser humano:

[...] O modo como vivenciamos uns aos outros, como vivenciamos as tradições históricas, as ocorrências naturais de nossa existência e do nosso mundo, é isso que forma um universo verdadeiro hermenêutico, no qual não estamos encerrados como entre barreiras intransponíveis, mas para o qual estamos abertos (GADAMER, 1997, p. 35).

Para o filósofo, a pretensão hermenêutica é integrar na unidade da interpretação de mundo feita na linguagem, o que aparece como incompreensível ou como não compreensível para todos, sendo que não há um conhecimento meramente objetivo, algo do ‘lado de fora’, além da linguagem humana, mesmo para as ciências, ramo do conhecimento que mais poderia evocar-se esse estatuto (SOMBRA, 2008). Acentua que “todo compreender é interpretar, e todo interpretar se desenvolve no médium de uma linguagem, que pretende deixar falar o objeto e é, ao mesmo tempo, a linguagem própria de seu intérprete” (GADAMER, 1997, p. 567).

Os principais conceitos que o autor trabalha no livro “Verdade e Método” (1997) são: tradição, autoridade, preconceito e história efetual.

Para Gadamer, a tradição é sempre determinante, pois nos encontramos perpassados e imersos por ela. No entanto, a tradição é múltipla, uma pluralidade de vozes nas quais ressoa o passado e se faz ouvir cada vez uma voz nova. Esse entendimento da tradição como múltiplas vozes é o que abre a possibilidade de trabalhar com o conceito como um momento de escolha e liberdade. Se a tradição nos falasse com uma voz única, o recurso à história transformar-se-ia em mera reprodução do hegemônico (ONOCKO CAMPOS, 2001).

A tradição sempre é um momento da liberdade e da própria história. Também a tradição mais autêntica e venerável necessita ser afirmada, assumida e cultivada. A tradição é, essencialmente, conservação e, como tal, sempre está atuante nas mudanças históricas:

[...] Inclusive quando a vida sofre suas transformações mais tumultuadas, como em tempos revolucionários, em meio a suposta mudança de todas as coisas conserva-se muito mais do que era antigo do que se poderia crer, integrando-se com o novo numa forma de validade. Em todo caso, a conservação representa uma conduta tão livre como a destruição e a inovação. Tanto a crítica à tradição como sua reabilitação romântica ficam muito aquém de seu verdadeiro ser histórico (GADAMER, 1997, p. 423).

A essência geral da tradição é: aquilo que se conserva do passado (clássico), como não passado, é que torna possível o conhecimento histórico. No “clássico” culmina um caráter

geral do ser histórico: o de ser conservação na ruína do tempo; é aquilo que se diferenciou destacando-se dos tempos mutáveis e dos gostos efêmeros (GADAMER, 1997). Para o filósofo, a tradição determina amplamente as nossas instituições e nossos comportamentos. Os costumes continuam sendo algo válido a partir da herança histórica e da tradição. Os costumes são adotados livremente, mas não criados por livre inspiração. A tradição dá validade aos costumes; o velho e o novo crescem sempre juntos para uma validade vital, sem que um e outro cheguem a se destacar explicitamente por si mesmos.

[...] O exemplo do clássico, em *Verdade e Método I*, quer ilustrar o quanto a mobilidade histórica está incluída na atemporalidade daquilo que se chama clássico (e que contém, todavia, um componente normativo, mas nenhuma caracterização de estilo), de tal forma que a compreensão se transforma e se renova constantemente. [...] (GADAMER, 2002, p. 22).

Ligado ao conceito de tradição tem-se o conceito de autoridade. Para Gadamer, o Iluminismo (*Aufklärung*) levou a uma grave deformação do conceito de autoridade. Sobre a base de um esclarecedor conceito de razão e liberdade, a autoridade passou a ser o contrário no conceito de obediência cega. Ele assim define a autoridade:

[...] Na verdade, a autoridade é, em primeiro lugar, um atributo de pessoas. Mas a autoridade das pessoas não tem seu fundamento último num ato de submissão e de abdicação da razão, mas num ato de reconhecimento e de conhecimento: reconhece-se que o outro está acima de nós em juízo e perspectiva e que, por consequência, seu juízo precede, ou seja, tem primazia em relação ao nosso próprio. Junto a isso dá-se que a autoridade não se outorga, adquire-se, e tem de ser adquirida se a ela se quer apelar. Repousa sobre o reconhecimento e, portanto, sobre uma ação da própria razão que, tornando-se consciente de seus próprios limites, atribui a outro uma perspectiva mais acertada [...] (GADAMER, 1997, p. 420)

O reconhecimento da autoridade da tradição é a motivação para manter e preservar as heranças. Existe alguma verdade preservada no interior da história que nós não possuímos ainda e isso justifica o retorno às fontes históricas da nossa tradição<sup>64</sup>. Para o autor, há em toda comunidade um *sensus communis* - acordo social, que pressupõe necessariamente elementos de autoridade cuja legitimidade não pode ser fundamentada racionalmente, mas que sempre já é assumida através do reconhecimento de sua efetividade e que, de algum modo, permanece um referencial até mesmo para as transformações (AQUINO, 2012).

Outro conceito importante de Gadamer é o de “preconceitos”. Ele reconhece nos preconceitos um aspecto positivo, e não a visão de irracionalidade dada pelo Iluminismo ao termo. São pré-

<sup>64</sup> Neste sentido, buscamos na trajetória de formação dos trabalhadores de Betim a “verdade” que sustenta o projeto de SM de Betim. Será que temos uma “autoridade” no sentido da forma mais legítima de cuidado? O que é reconhecido como legítimo no trabalho da SM? O que se mantém como tradição?

conceitos, permeados pelos juízos da tradição; resultam de nossa formação pessoal, de nossos valores, de nossa cultura, de nossa língua, de nossa história, do mundo em que vivemos.

Os preconceitos são as opiniões prévias e essas são indispensáveis para o acontecer da compreensão. São o solo histórico onde germina o sentido primeiro. As primeiras antecipações da compreensão não são criações individuais, mas expressões do pertencimento a um mundo histórico-social particular. Em muitos casos, os preconceitos de uma cultura são concepções prévias que ganham sua força e influência através de experiências contínuas, através da cadeia de transmissão de uma vida consistente que conecta gerações e gerações, ou seja, através da tradição (AQUINO, 2012).

[...] Os preconceitos não são necessariamente injustificados e errôneos, de modo a distorcer a verdade. Na realidade, o fato de os preconceitos, no sentido literal da palavra, constituírem a orientação prévia de toda nossa capacidade de experiência é constitutivo da historicidade de nossa existência. São antecipações de nossa abertura para o mundo, que se tornam condições para que possamos experimentar qualquer coisa, para aquilo que nos vem ao encontro possa nos dizer algo. [...] (GADAMER, 2002, p. 261).

No entanto, é preciso um trabalho de estudo para distinguir os preconceitos produtivos daqueles que dificultam a compreensão.

[...] Os preconceitos e opiniões prévias que ocupam a consciência do intérprete não se encontram à sua disposição enquanto tais. Este não está em condições de distinguir por si mesmo e de antemão, os preconceitos produtivos, que tornam possível a compreensão, daqueles outros que a obstaculizam, os mal-entendidos (GADAMER, 1997, p. 443).

Por fim, o conceito de história efetual. Para Gadamer, entender é, essencialmente, um processo histórico.

A consciência da história efetual é em primeiro lugar consciência da *situação* hermenêutica. [...] Nós estamos nela, já nos encontramos sempre numa situação, cuja iluminação é a nossa tarefa, e esta nunca pode se cumprir por completo. E isso vale também para a situação hermenêutica, isto é, para a situação em que nos encontramos face à tradição que queremos compreender. Também a iluminação dessa situação, isto é, a reflexão da história efetual não pode ser plenamente realizada, mas essa impossibilidade não é defeito da reflexão, mas encontra-se na essência mesma do ser histórico que somos. *Ser histórico quer dizer não se esgotar nunca no saber-se*. Todo saber-se procede de um dado histórico prévio, que chamamos, com Hegel, ‘substância’, porque suporta toda opinião e comportamento subjetivo e, com isso, prefigura e delimita toda possibilidade de compreender uma tradição em sua alteridade histórica. [...] (GADAMER, 1997, p. 451).

O termo “situação”, aqui, representa uma posição que limita as possibilidades de ver. Nesse sentido, o filósofo fala de “horizonte”, isto é, o âmbito de visão que abarca e encerra tudo o que é visível a partir de um determinado ponto. Assim, podemos falar de estreiteza de horizonte, da possibilidade de ampliar os horizontes, de abertura de novos horizontes. Ter

horizontes significa não estar limitado ao que há de mais próximo, mas poder ver para além disso. A elaboração da situação hermenêutica significa a obtenção do horizonte de questionamento correto para as questões que se colocam frente à tradição.

A vinculação a uma situação não significa de modo algum, que a pretensão de correção, que é inerente a qualquer interpretação, se dissolva no subjetivo ou ocasional. [...] Graças à sua linguisticidade, toda interpretação contém também uma possível referência a outros. Não existe falar que não envolva simultaneamente o que fala e o seu interlocutor. E isso vale também para o processo hermenêutico [...]. (GADAMER, 1997, p. 579).

Um pensamento verdadeiramente histórico tem de pensar ao mesmo tempo a sua historicidade; a relação da realidade da história com a realidade do compreender histórico. Ou seja, o estudo das interpretações produzidas por uma época, ou a história de suas recepções. Nela se torna claro que as obras, em determinadas épocas específicas, despertam e devem mesmo despertar diferentes interpretações.

Gadamer entende que a consciência da história efetual funciona como um princípio no processo de compreensão. A compreensão, a partir de uma compreensão objetivista guindada no viés metodológico, obnubila o entrelaçamento efetual-histórico que deve permear o processo hermenêutico. Melhor dizendo: a fé no processo metodológico acaba por obscurecer a própria historicidade (MELO, 2012).

[...] que se aprenda a conhecer-se melhor a si mesmo e se reconheça que os efeitos da história efetual operam em toda compreensão, esteja ou não consciente disso. Quando se nega a história efetual na ingenuidade da fé metodológica, a consequência pode ser até uma real deformação do conhecimento [...]. (GADAMER, 1997, p. 450).

O acesso aos textos, às realidades históricas, aos fenômenos em geral, nunca acontece sob a forma de um encontro sem expectativas, como um acesso direto à realidade. Nunca somos neutros. É inerente à estrutura da compreensão antecipar um horizonte global de sentido no interior do qual os fenômenos são integrados e interpretados (AQUINO, 2012).

A história efetual determina de antemão o que se mostra a nós de questionável e como objeto de investigação. É no reconhecimento da própria historicidade, no deslocar-se do horizonte do presente ao do passado, na fusão desses horizontes presumivelmente dados — porque não existem por si mesmos, mas na relação — que a história faz efeito e o conteúdo de um conceito pode ser destacado.

Nosso pertencimento a diversos contextos histórico-sociais revela em que medida estamos envolvidos pelo fluxo intenso do acontecer temporal da existência. A circunstancialidade da

condição humana torna impossível reconstruir completamente através do pensamento o que a história fez conosco desde que estamos aí no mundo. Ser histórico significa não ter condições de desvencilhar-se completamente do próprio acontecer histórico que nos constituiu (AQUINO, 2012).

A partir desses conceitos podemos buscar entender o que Gadamer propõe com sua hermenêutica filosófica: a compreensão. A hermenêutica desenvolvida por ele é um (re)pensar o universo da compreensão, já que o filósofo procura refletir sobre a questão da verdade nas ciências do espírito. É um afastamento dos modelos clássicos hermenêuticos, nos quais a exegese era considerada um conjunto de métodos (MELO, 2012).

A origem da palavra hermenêutica surge no mito grego de Hermes, que era um deus que transmitia as mensagens dos deuses para os mortais. Dessa forma ele exercia dois papéis muito importantes, a saber: trazer e anunciar aos homens a mensagem dos deuses; traduzi-la da linguagem divina, estranha, para uma linguagem humana; explicar a mensagem, considerando que a dificuldade do seu entendimento não reside apenas no fato de sua linguagem ser originalmente estranha, mas também no seu assunto (STANGA, 2014).

O processo de esclarecimento e de descoberta que a hermenêutica propicia pode ocorrer tanto com textos escritos quanto com mensagens, falas, filmes, mapas, desenhos, músicas, esculturas, pinturas, dados, enfim, com a própria natureza e sua realidade. A possibilidade da hermenêutica é interpretar o significado daquilo que se apresenta e considerar alguns elementos que podem interferir no significado de algo. E isso envolve o sujeito, o contexto e o intérprete. Parte-se de uma concepção geral da hermenêutica como teoria da interpretação, que, por sua vez, é originalmente interpretação de linguagem. A linguagem é geralmente vista como meio de comunicação e, inclusive, de constituição do pensamento. Para isso, necessita ser interpretada para superar mal-entendidos e elucidar o próprio pensamento.

A compreensão do falado deve ser pensada a partir da situação de diálogo, e isso significa a dialética da pergunta e da resposta, na qual nos entendemos e pela qual articulamos o mundo comum. O processo de pergunta e resposta desenrola-se também entre o texto e seu intérprete; o livro, por exemplo, aguarda pela resposta do leitor. É aberto ao diálogo (GADAMER, 2002).

Quando alguém compreende o que o outro diz, este algo não é apenas o que o outro tinha em mente, mas algo partilhado, comum<sup>65</sup>. Quem traz à fala um texto pela leitura, mesmo que seja sem qualquer articulação sonora, estará construindo seu sentido, na direção semântica que tem o texto, dentro do universo de sentido a que ele próprio está aberto. Segundo Gadamer (1997, 2002), todo compreender é interpretar.

[...] Onde, porém, alguém está disposto a escutar o que o outro tem a dizer, onde se deixa espaço para o postulado do outro, sem compreendê-lo de antemão e com isso limitá-lo, ali se adquire um autoconhecimento autêntico. É justamente neste ponto que se lhe revela algo. Não é, portanto, num compreender soberano que se dá uma real ampliação desse nosso eu, confinado à estreiteza da vivência, como pensa Dilthey, mas antes no encontro com o incompreensível. Talvez não compreendamos nunca tão bem nosso próprio ser histórico como quando somos atingidos por um halo de mundos históricos totalmente estranhos. [...] (GADAMER, 2002, p. 47).

Compreendemo-nos uns aos outros, à medida que conversamos, também quando nos desentendemos, e à medida que utilizamos as palavras que expõem diante de nós, compartilhadas, as coisas por elas referidas. A linguagem tem sua própria historicidade. Cada um de nós tem sua própria linguagem e, apesar disso, podemos nos compreender além dos limites dos indivíduos, dos povos e dos tempos. Isso, principalmente, porque as coisas, sobre o que falamos, apresentam-se diante de nós como algo comum, quando falamos sobre elas.

[...] O que entendemos por verdade-revelação, desocultação das coisas – tem, portanto, sua própria temporalidade e historicidade. Em todo o nosso esforço por alcançar a verdade, descobrimos admirados que não podemos dizer a verdade sem interpretação e sem resposta e assim, sem o caráter comum do consenso obtido. O mais admirável, porém, na essência da linguagem e do diálogo é que eu próprio não estou ligado ao que penso quando falo com outras pessoas sobre algo, e que nenhum de nós abarca toda a verdade em seu pensar, mas que a verdade no seu todo, no entanto, pode abarcar a todos nós em nosso individual. [...] (GADAMER, 2002, p. 71).

Frente à impossibilidade de chegarmos à “verdade”, ou seja, a uma “verdadeira” interpretação, temos de nos contentar com interpretações de mundo, o que também não é pouca coisa, visto que temos de dotar de sentido tais interpretações que também façam sentido aos outros. O processo da compreensão se move na esfera de sentido, mediada pela tradição linguística.

A compreensão começa onde algo nos interpela. Essa é a condição hermenêutica suprema. Por sua vez, a tarefa da hermenêutica é esclarecer as condições sob as quais surge a compreensão. A hermenêutica se propõe à tarefa de restabelecer o entendimento alterado ou

---

<sup>65</sup> Nesse sentido, posso colocar a minha posição como pesquisadora, mas também como alguém que partilha da história pesquisada. Aqui, é necessária uma posição de abertura à novidade e ao estranhamento. Dessa história, o que eu conheço e o que eu não conheço? O que o outro traz que me é comum e o que é diferente?

inexistente; só o malogro de considerar verdadeiro o que foi dito conduz ao esforço de compreender o texto. Existe uma polaridade entre estranheza e familiaridade, e é nessa tensão, com a atenção posta no que foi dito, na linguagem com que a tradição nos fala, no enredo que ela nos conta, que a hermenêutica tem que ocupar seu posto (ONOCKO CAMPOS, 2001).

Mas, então, quais são as trilhas do compreender? Gadamer (1997) começa por um exercício de negação: esclarece que não é buscando a intenção do autor, pois as palavras e discursos dizem muito mais do que quem o escreveu quis dizer. É importante ter em conta que cada individualidade é uma manifestação do viver total e, portanto, a compreensão se refere, ao mesmo tempo, ao que é comum, por comparação; e ao que é específico, como contribuição peculiar de cada autor. Ainda no exercício de negação diz que compreender não é contemplar, pois a auto-alienação na contemplação não aproxima o investigador da realidade histórica. Acrescenta que compreender não é um mero captar da vontade ou dos planos que as pessoas fazem, pois o sujeito não se esgota na conjuntura em que vive; e o que ele chegou a ser não foi apenas fruto de sua vontade, inteligência e personalidade (MINAYO, 2014).

A interpretação não pode ser considerada como um ato posterior e, oportunamente, complementar à compreensão; porém, compreender é sempre interpretar — como já nos dizia Gadamer (1997) — e, por conseguinte, a interpretação é a forma explícita da compreensão (STANGA, 2014).

A compreensão não é um comportamento reprodutivo, mas sempre produtivo. Compreender não é compreender melhor, nem saber mais, no sentido objetivo, em virtude de conceitos mais claros. Para Gadamer (1997), quando se ‘logra’ compreender, compreende-se de um modo diferente. A compreensão não é um procedimento mecânico e tecnicamente fechado - nada do que se interpreta pode ser entendido de uma vez só e de uma vez por todas.

Mas como se começa o esforço hermenêutico? Como podemos compreender, seguindo os passos do filósofo Gadamer?

Na hermenêutica existe uma regra básica, segundo a qual deve-se compreender o todo a partir do individual e o individual a partir do todo. É o círculo hermenêutico: a antecipação de sentido, na qual está entendido o todo, chega a uma compreensão explícita através do fato de que as partes que se determinam a partir do todo determinam, por sua vez, esse todo. O movimento da compreensão vai constantemente do todo à parte e desta ao todo. A tarefa é ampliar a unidade do sentido compreendido em círculos concêntricos. O critério

correspondente para a correção da compreensão é sempre a concordância de cada particularidade com o todo (GADAMER, 1997).

O círculo, portanto, não é de natureza formal. Não é nem objetivo nem subjetivo, descreve, porém, a compreensão como a interpretação do movimento da tradição e do movimento do intérprete. A antecipação de sentido, que guia a nossa compreensão de um texto, não é um ato da subjetividade, já que se determina a partir da comunhão que nos une com a tradição. Porém, essa nossa relação com a tradição, essa comunhão está submetida a um processo de contínua formação. Não se trata simplesmente de uma pressuposição, sob a qual nos encontramos sempre, porém nós mesmos vamos instaurando-a, na medida em que compreendemos, em que participamos do acontecer da tradição e continuamos determinando-o, assim, a partir de nós próprios. O círculo da compreensão não é, portanto, de modo algum, um círculo ‘metodológico’, pois isso sim, descreve um momento estrutural ontológico da compreensão (GADAMER, 1997, p. 440).

Segundo o filósofo, quando procuramos entender um texto ou uma pessoa numa conversação, precisamos nos deslocar, buscando a perspectiva sob a qual o autor ou a pessoa ganhou a sua própria opinião. “E isso não quer dizer outra coisa, senão que procuramos fazer valer o direito objetivo do que o outro diz” (GADAMER, 1997, p. 437). A compreensão não é uma comunhão misteriosa das almas, mas uma participação num sentido comum. O outro se torna compreensível em suas opiniões, a partir do momento em que se torna reconhecida sua posição e horizontes.

Uma consciência formada hermenêuticamente tem que se mostrar receptiva para a alteridade do texto. Mas essa receptividade não pressupõe nem neutralidade nem anulamento do investigador. Ela inclui a apropriação das opiniões prévias e preconceitos do mesmo. Para Gadamer, o que importa é dar-se conta das próprias antecipações, para que o próprio texto possa apresentar-se em sua alteridade.

O compreender significa, primeiramente, sentir-se entendido no texto e posteriormente destacar e compreender a opinião do outro como tal. A primeira condição hermenêutica é a pré-compreensão que surge de se haver com a coisa em questão. Tem que se partir do fato de que quem compreende está vinculado com aquilo que se quer compreender. Por outro lado, a consciência hermenêutica sabe que não pode estar vinculada àquilo em questão, de forma inquestionável e natural. Deve haver uma polaridade entre familiaridade e estranheza; entre a objetividade da distância, pensada historicamente, e a pertença a uma tradição. Tem que haver um deslocamento do investigador.

O que significa esse deslocamento? É preciso apartar o olhar de si mesmo e dirigir a vista a uma situação diferente; mas vai mais além.



[...] Nós temos que levar a nós mesmos até essa situação. Somente assim se satisfaz o sentido de ‘deslocar-se’. Se nos deslocamos, por exemplo, à situação de um outro homem, então vamos compreendê-lo, isto é, tornar-nos-emos conscientes de sua alteridade, e até de sua individualidade irreduzível, precisamente por nos deslocarmos à sua situação (GADAMER, 1997, p. 456).

O filósofo parte do princípio de que uma situação hermenêutica está determinada pelos preconceitos que trazemos conosco. Estes formam nosso horizonte. No entanto, nos alerta que precisamos estar receptivos para o que há de diferente no objeto de nosso estudo; manter-se aberto para outros pontos de vistas.

[...] Quando se ouve alguém ou quando se empreende uma leitura, não é necessário que se esqueçam todas as opiniões prévias sobre seu conteúdo e todas as opiniões próprias. O que se exige é simplesmente a abertura à opinião do outro ou à do texto. Mas essa abertura já inclui sempre que se ponha a opinião do outro em alguma relação com o conjunto das opiniões próprias, ou que a gente se ponha em certa relação com elas. Claro que as opiniões representam uma infinidade de possibilidades mutáveis (em comparação com a univocidade de uma linguagem ou de um vocabulário), mas dentro dessa multiplicidade do opinável, isto é, daquilo em que um leitor pode encontrar sentido e, enquanto tal pode esperar, nem tudo é possível, e quem não ouve direito o que o outro está dizendo, realmente, acabará por não conseguir integrar o mal-entendido em suas próprias e variadas expectativas de sentido. Por isso também aqui existe um padrão. *A tarefa hermenêutica se converte por si mesma num questionamento pautado na coisa*, e já se encontra sempre determinada por este. Com isso o empreendimento hermenêutico ganha um solo firme sob seus pés. Aquele que quer compreender não pode se entregar, já desde o início, à casualidade de suas próprias opiniões prévias e ignorar o mais obstinada e conseqüentemente possível a opinião do texto – até que este, finalmente, já não possa ser ouvido e perca sua suposta compreensão. Quem quer compreender um texto, em princípio, precisa estar disposto a deixar que ele diga alguma coisa por si. Por isso, uma consciência formada hermeneuticamente tem que se mostrar receptiva desde o princípio, para a alteridade do texto. [...] (GADAMER, 1997, p. 405).

Quem procura compreender está sujeito a errar por causa de suas opiniões prévias. É preciso fazer hipóteses que só devem ser confirmadas “nas coisas elas mesmas”. Neste sentido, Gadamer apoia-se na Fenomenologia — corrente de pensamento que se afasta da ideia de investigação do ‘ser’ numa abordagem filosófica essencialista para ir à busca de compreensão de como as coisas se apresentam e como acontecem os modos subjetivos de viver (MINAYO, 2014). Para ele, é preciso, primeiramente, elaborar uma opinião prévia a ser confirmada; tomar consciência de suas antecipações, a fim de controlá-las, e com isso alcançar a compreensão a partir das coisas elas mesmas.

#### **4.1.2 A dialética como a arte do estranhamento e da crítica**

A dialética, na antiguidade, dentro do pensamento grego, constituía-se como um método de busca da verdade pela formulação de perguntas e respostas, para trazer à baila as

incongruências das concepções falsas. Segundo Platão, significava a arte do diálogo, da discussão, mas também a arte de separar, distinguir as coisas em gênero e espécie e classificar as ideias para melhor analisá-las (MINAYO, DESLANDES, 2008).

No Ocidente, ao longo de toda a história da filosofia, o conceito de dialética assumiu muitos significados, frequentemente não relacionados ao seu sentido original. Descartes (1596 - 1650), por exemplo, via a dialética como uma lógica falsa e inadequada ao correto uso da razão. Foi com Hegel (1770-1831), em *A Fenomenologia do Espírito*, escrita em 1813, que a dialética recebeu um tratamento mais amplo e aprofundado. Para esse filósofo, a dialética é a forma mesma como a realidade se desenvolve, pois, no universo, tudo é movimento e transformação e nada permanece como é; o homem é essencialmente ativo e está sempre interferindo na realidade, sendo o trabalho a mola propulsora do seu desenvolvimento.

[...] Hegel percebe que o trabalho é a mola que impulsiona o desenvolvimento humano; é no trabalho que o homem se produz a si mesmo; o trabalho é o núcleo a partir do qual podem ser compreendidas as formas complicadas da atividade criadora do sujeito humano. No trabalho se encontra tanto a resistência do objeto (que nunca pode ser ignorada) como o poder do sujeito, a capacidade que o sujeito tem de encaminhar, com habilidade e persistência, uma superação dessa resistência (KONDER, 2008, p. 23).

Marx (1818-1883) apoiou-se nas ideias de Hegel relativas ao perene movimento universal e ao constante processo de transformação, bem como na importância do trabalho para o desenvolvimento humano, mas o fez invertendo os termos da reflexão desse autor. Hegel era um idealista e subordinava os movimentos da realidade material à lógica de um princípio que ele chamava de Ideia Absoluta. Para Marx, a dialética estava, então, de cabeça para baixo, e, assim, decidiu invertê-la. A dialética se transformou numa maneira dinâmica de interpretar o mundo, os fatos históricos e econômicos, assim como as próprias ideias, sob a égide do materialismo histórico. A dialética passa, portanto, a ser um método de transformação do real, que, por sua vez, modifica a mente criando as ideias.

A dialética, no marxismo, refere-se ao método de abordagem da realidade, reconhecendo-a como processo histórico em seu peculiar dinamismo, provisoriedade e transformação. A dialética é a estratégia de apreensão e de compreensão da prática social empírica dos indivíduos em sociedade, de realização da crítica das ideologias e das tentativas de articulação entre sujeito e objeto, ambos históricos.

Segundo Minayo (2014), o historicismo é o centro, o elemento motor desse método:

[...] Suas expressões: *vida material, condições materiais de existência, forças materiais de produção, transformação das condições materiais de produção* estão relacionadas com uma historiografia. Visam promover uma interpretação científica das transformações sociais que baixam do céu para a terra, isto é, das ideias como fonte, para o ser humano, a natureza e a sociedade como geradores. [...] (MINAYO, 2014, p. 109).

Nesse sentido, a primeira tese da dialética marxista é a especificidade histórica da vida humana: nada existe totalmente dado, eterno, fixo e absoluto. Toda vida humana está sujeita a mudanças e transformações, sendo finitas e podendo ser reconstruídas. A história não é sucessão de fatos no tempo. Ela é o real e o real é movimento incessante:

[...] o real não é um dado sensível nem um dado intelectual, mas é um processo, um movimento temporal de constituição dos seres e de suas significações, e esse processo depende fundamentalmente do modo como os homens se relacionam entre si e com a natureza. Essas relações entre os homens e deles com a natureza constituem as relações sociais como algo produzido pelos próprios homens, ainda que estes não tenham consciência de serem seus únicos autores (CHAUI, 2008, p. 22).

A dialética marxista concebe a consciência como um produto social da necessidade e da ação humana sobre a natureza, em relação aos outros seres humanos e dentro de determinadas condições de produção.

A categoria básica de análise da sociedade é o modo de produção historicamente determinado. A categoria mediadora das relações é o *trabalho*, a atividade prática. A ação humana faz a história e é determinada por ela. Do ponto de vista do processo de conhecimento, a atividade humana é seu critério decisivo:

É na práxis que o marxismo reconhece a possibilidade de emancipação subjetiva e objetiva do ser humano e a destruição da operação enquanto estrutura e transformação da consciência. Ou seja, as transformações das ideias sobre a realidade e a transformação da realidade, no pensamento dialético, caminham juntas (MINAYO, 2014, p. 120).

A lógica da dialética introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que explica o inacabado, o imperfeito e a transformação. A contradição é o princípio básico do movimento pelo qual os seres existem. Geralmente, confundem-se contradição e oposição, mas ambas têm conceitos diferentes. Na oposição existem dois termos, cada qual dotado de suas próprias características e de sua própria existência, e que se opõem quando, por algum motivo, se encontram. Na contradição só existe a relação, isto é, não podemos tomar os termos antagônicos fora dessa relação. São criados por essa relação e transformados nela e por ela. Além disso, a contradição opera com uma forma de negação interna. A negação é interna quando o que é negado é a própria realidade de um dos termos. Quando dizemos, por exemplo, “a canoa é a não árvore”, definimos a canoa

por sua negação interna; ela é a árvore negada, suprimida como árvore pelo trabalho do canoeiro. O trabalho do canoeiro consiste em negar a árvore como uma coisa natural, transformando-a em coisa humana ou cultural (CHAUI, 2001).

A contradição é um motor temporal, quer dizer, as contradições não existem como fatos dados no mundo, mas são produzidas. A produção e superação das contradições é o movimento da história e se realiza como luta, que, para Marx, é *luta de classes*.

O motor da dialética materialista é a forma determinada de produção de trabalho, isto é, das condições de produção e reprodução da existência social dos homens, forma que é sempre determinada por uma contradição interna, isto é, pela luta de classes ou pelo antagonismo entre proprietários das condições de trabalho e não proprietários (servos, escravos, proprietários assalariados) (CHAUI, 2001, p. 53).

A segunda tese da dialética marxista diz respeito ao princípio da totalidade da existência humana e, em consequência, à ligação inquestionável entre história dos fatos econômicos, sociais e das ideias. No processo de pesquisa de cunho dialético, busca-se reter a explicação do particular no geral e vice-versa:

A perspectiva *totalizadora* tal como pensada pelo marxismo é heurística e exige a compreensão de relações reais: (a) ao mesmo tempo que se observa a realidade objetiva como um todo coerente; (b) compreendem-se e analisam-se as partes do todo, formando correlações concretas de conjuntos e unidades que contêm determinações e condicionamentos gerais, afirmando-se a *complexidade* e as *diferenciações* presentes em todos os fenômenos, fatos e processos. [...] (MINAYO, 2014, p. 115).

O princípio da totalidade não é sinônimo de fechamento, de certezas absolutas. A fundamentação da abordagem dialética é o pensamento vivo e o caráter inacabado tanto da história como da ciência, levando a que o conhecimento da realidade “seja uma perpétua oscilação entre o todo e as partes que devem se esclarecer mutuamente” (GOLDMANN, citado por MINAYO, 2014, p. 115).

O terceiro princípio da dialética é o da *união dos contrários*, no interior das totalidades dinâmicas e vivas. A união dos contrários está presente nas totalidades e partes em vários movimentos de entrelaçamento e de conflitos: a) entre os fenômenos e sua essência, entre leis e o fenômeno; b) entre o singular e o universal, entre o particular e o geral; c) entre a imaginação e a razão; d) entre a base material e a consciência; e) entre teoria e prática; f) entre o objetivo e o subjetivo; g) entre indução e dedução.

O método histórico-dialético parte do que é abstrato ou mais simples ou mais imediato (o que se oferece à observação), percorre o processo contraditório de sua constituição real e atinge o concreto como um sistema de mediações e de relações cada vez mais complexas e que nunca

estão dadas à observação; ou seja, começa pelo aparecer social e chega, pela mediações reais, ao ser social (CHAUI, 2001).

Segundo Minayo, sinteticamente, são os seguintes os princípios com os quais o método dialético trabalha a partir das contribuições de Hegel e do marxismo (MINAYO, DESLANDES, 2008):

1. Cada coisa é um processo, isto é, uma marcha, um tornar-se. As coisas, as relações, as ideias estão submetidas à lei interna do movimento, contêm em si o passado, mas estão em plena realização; transformam-se em virtude das leis internas de seu autodinamismo.
2. Há um encadeamento nos processos: a flor se transformou em fruto, que se transformará em árvore, e que um dia morrerá, recompondo o ciclo dos outros momentos vitais de mudanças. Mas nunca será a mesma flor, ou o mesmo fruto, nem a mesma árvore, pois os processos se dão em espiral, isto é, não de forma linear nem de forma circular. O que vem é uma promessa; poderá ou não acontecer, mas nunca será uma mera repetição.
3. Cada coisa traz em si sua contradição, sendo levada a transformar-se em seu contrário. O vivo marcha para a morte porque vive; a felicidade contém a dor que virá; e assim por diante. Uma coisa é ao mesmo tempo ela própria e seu contrário. Qualquer coisa que se concretiza é apenas um momento, uma síntese de sua afirmação e de sua negação.
4. A quantidade se transforma em qualidade. Nos processos de transformação, as mudanças são quantitativas e concomitantemente qualitativas. Ou seja, sob o ângulo da dialética, as qualidades perdem a natureza fixa e estável que lhes são atribuídas nas concepções clássicas da física e da lógica. São estados ou situações momentâneas, em transformação incessante, motivada por mudanças interiores. Assim, a oposição entre ambas é dialética e complementar: a quantidade se apresenta sempre como uma distinção no interior da qualidade; e a qualidade está sempre presente nas quantidades, sendo a quantidade, em si mesma, uma qualidade do objeto ou da realidade.

#### **4.1.3 Dialética e Hermenêutica — o debate entre Habermas e Gadamer**

Para Minayo (2008, 2014), o debate sobre Hermenêutica e Dialética, entabulado por Habermas e Gadamer a partir dos anos 60, veio beneficiar as discussões sobre métodos em Ciências Sociais e Humanas, na medida em que esses dois filósofos buscaram formas de

objetivar a práxis de produção de conhecimento. Este debate foi marcado por textos escritos por Habermas, a partir da obra maior de Gadamer (*Verdade e Método I*, 1997), e respondido por ele em *Verdade e Método II* (2002).

Habermas e Gadamer vêm de “lugares” diferentes na filosofia. Habermas foi assistente de Adorno, um dos expoentes da escola de Frankfurt, estudou a economia marxista, a psicanálise de Freud e a sociologia de Weber, Durkheim e Parsons. Buscou, em toda a sua vida, um diálogo com a ciência, particularmente as ciências sociais. Gadamer, como vimos, vem de uma herança diferente. Ele é um filólogo, que remonta sempre à tradição do pensamento ocidental, passando por experiências fundamentais como a filosofia grega e o humanismo cristão. Acima de tudo, assume sua dívida com pensadores como Dilthey, Husserl e Heidegger (SOMBRA, 2008).

O diálogo entre Habermas e Gadamer desencadeou uma ampla discussão em torno da tensão insuperável entre a nossa pertença constitutiva a uma história particular e a necessidade de posicionamento crítico-racional diante das tradições herdadas.

É preciso ressaltar, a título de advertência, que o debate entre Habermas e Gadamer não pode ser demarcado sob a forma da confrontação entre um conservador tradicionalista, antimoderno, e um neoiluminista, reformador e progressista. Para evitar uma polarização demasiado simplificadora, é necessário perceber que a tensão entre tradição histórica e crítica racional é reconhecida e tematizada pelos dois filósofos, recebendo unicamente diferentes avaliações. Trata-se, em última instância, não apenas de uma diferença a respeito do grau de influência mútua entre reflexão crítica e tradição histórica, mas de uma diferença oriunda dos interesses que animam as análises apresentadas. De um lado, temos na hermenêutica filosófica a pretensão descritiva de captar o que acontece conosco na experiência hermenêutica; de outro, temos com Habermas, a pretensão prescritiva de determinar teoricamente o que deveríamos ser por meio da crítica desmascaradora da ideologia que permeia a sociedade instituída (AQUINO, 2012, p. 59).

Habermas inicia o debate com Gadamer dizendo que a hermenêutica avalia mal “a força da reflexão que se desenvolve na compreensão”. Para ele, é preciso reconhecer que a consciência hermenêutica não é apenas descritiva, que a sua própria presença altera a relação com a tradição, transformando-a numa relação crítica. O ato mesmo de revisão das antecipações, realizado em cada volta do círculo hermenêutico, implica um exame crítico das opiniões prévias, dos preconceitos: “... o substancial do historicamente pré-dado não fica intocado ao ser assumido na reflexão. A estrutura preconceitual que se tornou transparente não pode mais funcionar a maneira de preconceito...” (HABERMAS, 1987, p. 17).

Para Habermas, a autoridade da tradição não é apenas confirmada através do reconhecimento, mas também questionada e derrubada. Toda tradição viva transforma-se em função do poder de alteração que todo presente exerce diante do herdado.

[...] A substancialidade se esvai na reflexão, porque esta não apenas ratifica, mas também rompe ou derruba poderes dogmáticos. Autoridade e conhecimento não se convergem. Não há dúvida que o conhecimento se enraíza em tradição (Überlieferung) fática; ele permanece ligado a condições contingentes. Mas a reflexão não trabalha na faticidade das normas transmitidas (überlieferten) sem deixar vestígios. Ela é condenada a chegar depois, mas, ao olhar para trás, desenvolve uma força retroativa. Nós só podemos nos voltar para as normas interiorizadas depois de termos aprendido cegamente a segui-las sob um poder que se impôs de fora. À medida, porém, que a reflexão recorda aquele caminho da autoridade, no qual as gramáticas dos jogos de linguagem foram exercitadas dogmaticamente como regras da concepção do mundo e do agir, pode ser tirado da autoridade aquilo que nela era pura dominação, e ser dissolvido na coerção sem violência da intelecção e da decisão racional (HABERMAS, 1987, p.18).

Nesse caso, a hermenêutica, segundo esse filósofo, poderia examinar mais detidamente o potencial de questionamento e de reflexão crítica já inscrita da circularidade hermenêutica e explorar seus possíveis impactos na vida sócio-histórica (AQUINO, 2012).

Ele entende que o pensamento não é somente compreensão do sentido herdado, pois trabalha também em função de novo posicionamento crítico diante da tradição, que não esteja baseado nem seja resultado do próprio movimento do acontecer da história. Não apenas ressalta o fato de que todo conhecimento depende de interesses, mas pressupõe a formulação de um interesse emancipatório, sustentado por um tipo específico de conhecimento capaz de analisar os antagonismos sociais, de dissolver a falsa consciência ideológica e de detectar nas situações fáticas as possibilidades de libertação e autonomia.

Habermas pontua que a hermenêutica filosófica de Gadamer sofre de um idealismo lingüístico, ao desconsiderar a conexão entre a metainstituição da linguagem e os processos sociais concretos, especialmente econômicos e políticos. Nesse sentido, afirma:

[...] Linguagem *também é medium* de dominação e poder social. Ela serve à legitimação de relações de violência organizada. Na medida em que as legitimações não manifestam (*aussprechen*) a relação de violência, cuja institucionalização possibilitam, e na medida em que isso apenas se exprime (*ausdrückt*) nas legitimações, a linguagem *também é ideológica*. (...) A experiência hermenêutica que topa com uma tal dependência do contexto simbólico com referência às relações fáticas passa a ser crítica da ideologia (HABERMAS, 1987, p. 21).

Habermas é duro ao dizer que, além de não aproveitar o potencial crítico que permeia as constantes revisões das antecipações de sentido no movimento circular da compreensão, a hermenêutica não apresenta nenhuma sensibilidade para a dimensão social e política que transpassa as significações da linguagem. Nesse sentido, ele argumenta que a tarefa da

interpretação não consiste apenas na captação do sentido herdado, na sua incorporação às perspectivas de compreensão atuais, mas de questionar criticamente qual o lugar desse sentido na teia de relações de poder e de exploração que permeiam a história humana (AQUINO, 2012). Assim, a tarefa de uma filosofia crítica consiste em desmascarar os interesses subjacentes ao empreendimento do conhecimento.

Podemos dizer que Habermas traz à cena a noção de dialética para repensar a hermenêutica no debate com Gadamer. Melo (2012) sintetiza alguns elementos básicos da dialética concebidos por Habermas em sua reflexão, a saber:

- 1) A razão humana possui uma força transcendental que se exerce na crítica e consegue ultrapassar preconceitos. A mesma razão que compreende, esclarece e reúne, também contesta e dissocia.
- 2) A estrutura do “significado” presente na linguagem é apenas um fator na totalidade do mundo real, que para Habermas se compõe de trabalho, linguagem e poder. A linguagem também é vista como meio de dominação e de poder social.
- 3) Um trabalho crítico busca um método no qual a interpretação seja transformação e vice-versa, o que implica o reconhecimento de um engajamento em todo o processo de compreensão.
- 4) Ressalta o condicionamento histórico do pensamento, da reflexão e dos determinismos materiais da ideologia (MELO, 2012).

Gadamer (2002), a partir das críticas de Habermas, reconhece certos limites da hermenêutica filosófica, mas reconhece também a possibilidade de um diálogo produtivo com a ciência social crítica. Não pretendendo ser a única, nem a definitiva abordagem do universo de sentido da compreensão, sua hermenêutica não se contrapõe às pretensões de crítica da ciência social. Sugere que o ponto de vista hermenêutico pode contribuir para a superação do positivismo na sociologia através da ênfase na articulação linguística da compreensão. O enriquecimento da sociologia pela hermenêutica, reconhecida também pelo próprio Habermas, demonstra a existência de uma posição própria da hermenêutica filosófica desde onde se pode, inclusive, submeter a ciência social a uma reflexão hermenêutica (AQUINO, 2012).



#### 4.1.4 Metodologia hermenêutica-dialética

Segundo Stein (1983), dialética e hermenêutica são dois caminhos que pensam metodologicamente a produção da racionalidade, através da convergência entre filosofia e ciências humanas. Foi, portanto, a histórica controvérsia Gadamer-Habermas que deu origem ao confronto entre o método crítico-dialético e o método hermenêutico. Confronto que, no entanto, mostrou-se não excludente, mas antes complementar.

Para compreendermos melhor essa polaridade entre crítica e hermenêutica convém entender o que significa reflexão. Reflexão tem como propriedade ser em si enquanto se relaciona com o outro; produzir identidade justamente na oposição. A consciência de algo é, ao mesmo tempo, consciência de si e, a consciência humana de maneira geral só se sustenta e mantém sua unidade se constantemente se relaciona com conteúdos estranhos a ela. Os dois aspectos da relação consigo e da relação com o outro constituem, de certa forma, a estrutura da reflexão que está na base da consciência. Enquanto reflexão, unidade e oposição subsistem inseparados. É desta estrutura polar da reflexão que nos vem uma indicação de como a *crítica e hermenêutica* podem ser pensadas a partir do ato da reflexão. E é a partir dessa estrutura polar da reflexão que poderemos entender como crítica e hermenêutica se servem de seus respectivos métodos para convergirem de modo divergentes sobre o mesmo, isto é, o nosso tempo. Se a crítica se afirma basicamente na diferença e no contraste com aquilo sobre o que reflete, a hermenêutica visa primeiramente a mediação e a unificação com o mesmo. Ambos, porém, *diferença e mediação*, podem ser distinguidos no ato de reflexão, que, de acordo com sua natureza, estabelece uma relação entre lados separados e por isso sempre, ao mesmo tempo, *une e separa*. [...] (STEIN, 1983, p. 24).

Para Stein (1983), o método crítico se apresenta como um instrumento que busca detectar a ruptura do sentido, enquanto o método hermenêutico busca nos muitos sentidos a unidade perdida. Esses constituem momentos necessários na produção da racionalidade e dessa maneira os dois métodos operam indissolúvelmente como elementos de uma unidade. Método, aqui, é pensado não como procedimentos, mas, filosoficamente, como caminhos do pensamento.

[...] Hermenêutica e dialética representam, de maneira única e privilegiada, o travejamento de um tipo de forma de vida do pensamento que não descola do mundo e da práxis vivida e, por isso, representa uma forma de vida que poderíamos caracterizar como procedendo a toda ciência e trabalho científico [...] (STEIN, 1983, p. 44).

Por possibilitarem uma reflexão que se funda na práxis, o casamento das duas abordagens é fecundo na condução do processo ao mesmo tempo compreensivo e crítico de análise da realidade social.

Minayo (MINAYO; DESLANDES, 2008) assinala as aproximações e as diferenciações das duas abordagens, buscando, de antemão, ressaltar suas potencialidades complementares:

1) Enquanto a hermenêutica busca essencialmente a compreensão, a dialética estabelece uma atitude crítica. Habermas expressa essa diferenciação afirmando que a razão humana pode mais que simplesmente compreender e interpretar. Ela permite exercer crítica e superar prejuízos.

2) O marxismo reafirma que toda a vida humana é social e está sujeita às leis históricas, raciocínio no qual a lógica dialética se assemelha à fundamentação hermenêutica de Gadamer. Assim, o exercício dialético considera como fundamento da comunicação as relações sociais historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias entre classes, grupos e culturas. Ou seja, entende a linguagem como um veículo de comunicação e de dificuldade de comunicação, pois seus significantes com significados aparentemente iguais para todos escondem e expressam a realidade conflitiva das desigualdades, da dominação, da exploração e também da resistência e da conformidade. Uma análise compreensiva hermenêutica-dialética busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório, considerando que os indivíduos, vivendo determinada realidade, pertencem a grupos, classes e segmentos diferentes; que são condicionados por tal momento histórico; eles podem ter, simultaneamente, interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem. Sendo assim, a orientação dialética de qualquer análise diz que é fundamental realizar a crítica das ideias expostas nos produtos sociais (textos, monumentos, instituições) buscando, na sua especificidade histórica, a cumplicidade com seu tempo, e nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, ao conhecimento e às transformações.

3) Enquanto a hermenêutica busca as bases do consenso e da compreensão na tradição e na linguagem, o método dialético introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que se explica na transformação.

4) Na medida em que nada se constrói fora da história, qualquer texto (em sentido amplo) necessita estar referido ao contexto no qual foi produzido, porque só poderá ser entendido na totalidade dinâmica das relações sociais de produção e reprodução nas quais se insere. Mais que isso, o cientista que analisa as questões sociais nunca poderá se esquecer de que os seres humanos não são só objeto de investigação, mas também sujeitos de relações: na defesa dessa posição a hermenêutica de Gadamer se aproxima da dialética marxista.

5) A dialética marxista, em seu viés articulador dos polos da objetividade e da subjetividade, considera que a vida social é o único valor comum que reúne todos os seres humanos e de

todos os lugares, coincidindo com a hermenêutica, que proclama o terreno da intersubjetividade como o locus da compreensão. Nesse sentido é possível haver um diálogo de ambas as abordagens preconizando: a) a compreensão da consciência e das atitudes fundamentais dos indivíduos e dos grupos em análise, em face dos valores da comunidade e do universo; b) a compreensão das transformações do sujeito da ação dialética ser humano/natureza/sociedade, numa busca de síntese entre passado, presente e projeção para o futuro; c) a compreensão das ações humanas de todos os tipos e dos diferentes lugares e dos acontecimentos inevitáveis ligados a elas, sejam quais forem as intenções dos atores sociais e os significados que atribuem aos eventos e a seu próprio comportamento; d) a compreensão de que as estruturas que condicionam os seres humanos em seu processo individual ou coletivo são construções humanas objetivadas; e) a compreensão de que a liberdade e a necessidade se condicionam mutuamente no processo histórico.

Assim, como ressalta Stein (1983), as duas abordagens trazem em seu núcleo a ideia fecunda das condições históricas de qualquer manifestação simbólica, de linguagem e de trabalho do pensamento. Partem do princípio de que não há observador imparcial, nem há ponto de vista fora da realidade do ser humano e da história, considerando, portanto, o investigador como partícipe da realidade que investiga. As duas abordagens questionam o tecnicismo como caminho capaz de realizar a compreensão e a crítica dos processos sociais. Ambas se referem à práxis e desvendam as condicionantes da produção intelectual, marcada tanto pela tradição, pelos pré-juízos, como pelo poder, pelos interesses e pelas limitações do desenvolvimento histórico.

A hermenêutica nos recorda que, no caso da investigação social, *o objeto de nossas investigações é ele mesmo um território pré-interpretado*. O mundo sócio-histórico não é apenas um campo-objeto que está ali para ser observado, mas também um *campo-sujeito* que é construído, em parte, por sujeitos que, no curso rotineiro de suas vidas quotidianas, estão constantemente preocupados em compreender a si mesmos e aos outros, e em interpretar as ações, falas e acontecimentos que se dão ao seu redor (THOMPSON, 1995). O trabalho de Gadamer nos mostrou a importância de se ver o processo de compreensão não como um procedimento especializado, empregado pelo analista na esfera sócio-histórica, mas antes como uma característica fundamental dos seres humanos como tais: compreender é algo que nós, enquanto seres humanos, já fazemos todo o tempo, inevitavelmente.

Se a hermenêutica nos recorda que o campo-objeto da investigação social é também um campo-sujeito, ela também nos recorda que *os sujeitos que constituem o campo-*

*sujeito-objeto são, como os próprios analistas sociais, sujeitos capazes de compreender, de refletir e de agir fundamentados nessa compreensão e reflexão...*  
(THOMPSON, 1995, p. 359)

A hermenêutica nos recorda também que *os sujeitos que constituem parte do mundo social estão sempre inseridos em tradições históricas*. Os seres humanos são *parte da história* e não apenas observadores ou espectadores; tradições históricas e a gama complexa de significado e valores que são passados de geração a geração são partes constitutivas daquilo que os seres humanos são. Esse ponto que foi fortemente desenvolvido por Gadamer, cuja concepção de compreensão como uma fusão de horizontes históricos, como uma produção criativa de significado que aproxima, implicitamente, das fontes das tradições, ajudou a enfatizar o fato de que os seres humanos são sempre parte de contextos sócio-históricos mais amplos e que o processo de compreensão é sempre mais que um encontro isolado entre mentes. A experiência humana é sempre histórica; uma nova experiência é sempre assimilada aos resíduos do que passou. Mas há outro aspecto referente à historicidade da experiência humana, aspecto abordado por Habermas: os resíduos do passado podem servir, em circunstâncias específicas, para esconder, obscurecer ou mascarar o presente. Além disso, muitas tradições com as quais estamos familiarizados são, na verdade, tradições *inventadas* de data relativamente recente, mesmo que elas se tenham estabelecido tão firmemente na imaginação coletiva que pareçam ser mais antigas do que realmente são. Por isso, enquanto a hermenêutica está certa ao enfatizar o fato de que os seres humanos estão sempre inseridos nas tradições históricas, é também importante reconhecer que os resíduos simbólicos que incluem as tradições podem ter características e usos ideológicos. É essa convicção que ajuda a criar o espaço para um enfoque hermeneuticamente informado da análise da ideologia (THOMPSON, 1995).

Por entendermos que a hermenêutica e a crítica das ideologias são importantes formas de pensar a práxis cotidiana, optamos pela confluência dessas duas metodologias nesse estudo.

## 4.2 Por onde caminhamos...

### 4.2.1 Caracterização do campo

O cenário do estudo foi o município de Betim/MG. Com uma população estimada pelo IBGE (2019) de 439.340 habitantes está localizado a 30 km de Belo Horizonte, capital do estado.

A história de Betim remonta ao século XVIII, quando o Brasil, ainda colônia de Portugal, vivia o auge do ciclo do ouro. A região fazia parte de uma importante rota de bandeirantes que vinham de São Paulo a Pitangui. Assim como várias cidades surgiram nas trilhas das tropas e nas rotas dos bandeirantes, Betim fazia parte desse cruzamento de caminhos, sendo passagem e pousada de tropeiros. Nos anos 40-50 do século XX, a região passou a ser um polo de atração de indústrias devido a uma oferta privilegiada de infraestrutura, tendo duas funções econômicas no estado: a industrialização de base, representada pelas siderúrgicas, e a produção de alimentos para o abastecimento local. Em 1958, é asfaltada a rodovia Fernão Dias, o que reforça os loteamentos ao longo do novo eixo de expansão industrial da Região Metropolitana (BETIM, 2019).

Na segunda metade da década de 60, surge o primeiro grande empreendimento industrial no município - a Refinaria Gabriel Passos - implantado em 1968 e responsável pelo desenvolvimento de muitas atividades complementares, como o comércio atacadista de combustíveis.

Com a criação do Distrito Industrial Paulo Camilo, na segunda metade da década de 70, e com a implantação da Fiat Automóveis S/A, em 1976, e suas indústrias-satélites, Betim torna-se, na época, o segundo polo industrial automobilístico do país.

No início dos anos 80, a população cresce vertiginosamente. A partir da década de 90, passa a atrair novas indústrias, em decorrência da saturação de áreas industriais em outras regiões e da necessidade de adequação do parque industrial aos padrões de concorrência impostos pelo mercado externo, como programas de qualidade total e processos de terceirização. Assim, nos últimos 30 anos, o parque industrial de Betim cresceu e se diversificou. Hoje, além de polo petroquímico e automotivo, a cidade também abriga importantes empresas nos setores de metalurgia, alumínio, mecânica, serviços e logística (BETIM, 2019).

Podemos afirmar que Betim é um caso típico do capitalismo brasileiro, pois a alocação de grandes empresas refletiu no território e na vida das pessoas que ali habitam, trazendo grandes

desigualdades sociais e econômicas. Houve uma densa e desordenada ocupação de determinados pontos da cidade, como, por exemplo, no entorno da Refinaria Gabriel Passos e da Fiat Automóveis S/A, onde se formou um extenso aglomerado, conhecido como Jardim Teresópolis, um dos maiores do estado de Minas Gerais e do país (NUNES, 2009).

Entretanto, houve um aumento do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), entre 1991 e 2010. O IDHM do município passou de 0,450, em 1991, para 0,749, em 2010, enquanto o IDHM de MG como um todo passou de 0,478 para 0,731. No município, o índice que mais cresceu em termos absolutos foi o da educação (com crescimento de 0,460), seguido dos índices de longevidade e de renda (ATLAS BRASIL, 2013).

Apesar das grandes desigualdades sociais existentes no município e dos vários problemas causados pela crescente industrialização, esse tem se tornado uma referência para seu entorno na área do ensino superior e no atendimento à saúde (NUNES, 2009). Betim possui diversas instituições de ensino de nível superior, incluindo distintos cursos da área de saúde, e é a cidade líder do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba (CISMEP). Dessa forma, sua rede de saúde tem uma abrangência regional.

Além do Hospital Público Regional (HPRB), Betim conta com o Hospital Orestes Diniz, que pertence ao complexo da Casa de Saúde Santa Izabel, administrada pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Ademais, possui duas maternidades, uma localizada no próprio HPRB, e outra no bairro Jardim Teresópolis — a Maternidade Pública Municipal de Betim Haydée Espejo Conroy; quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h); 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com equipes do programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo que nem todas têm Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); um Centro de Referência em Reabilitação; um Centro de Referência em Especialidades de diversas áreas; o Serviço de Prevenção e Assistência em Doenças Infecciosas (SEPADI); entre outros (BETIM, 2019).

A RAPS do município é composta por três CERSAMs para atendimento de adultos, dois dos quais tipo CAPS III (atendimento 24 horas) e um tipo CAPS I; um CAPS ad, tipo III; um CERSAMI ou CAPSi, para atendimento de crianças e adolescentes. O funcionamento 24 horas dos CERSAM(s) e do CAPSad permite dar cobertura às situações de crise não só dos betinenses, mas dos moradores de outros municípios. Conta também com um Centro de Convivência e três Serviços Residenciais Terapêuticos, ou moradias protegidas. Em 2017, quando iniciamos a pesquisa, havia 13 profissionais de SM lotados na Atenção Básica,

referenciando 17 unidades. Atualmente, são 23 profissionais.<sup>66</sup> Esse número tem sofrido variações devido a contratos temporários. Dessa forma, a rede de Saúde Mental do município busca assegurar a integralidade do atendimento e a universalidade de acesso, oferecendo as várias linhas de cuidado requeridas pelo portador de sofrimento mental em momentos distintos de seu percurso, de forma regionalizada, descentralizada e intersetorial, numa perspectiva interdisciplinar.

#### **4.2.1.1 A história da Saúde Mental em Betim/MG**

A intenção de construir uma rede de atendimento às pessoas com sofrimento mental partiu da organização de um grupo de trabalhadores em Betim/MG que atuavam no campo da saúde mental, no início da década de 1990, em acordo com a gestão da cidade: a “Frente Betim popular”, liderada pela prefeita Maria do Carmo Lara, do Partido dos Trabalhadores (PT). Logo nos primeiros anos, a Secretaria Municipal de Saúde realizou o primeiro concurso público, com vagas para diversas categorias da saúde.

Até esse momento, a oferta de atendimentos era organizada em torno da proposta ambulatorial, em consonância com as propostas vigentes no estado de Minas Gerais, na década de 1980. Como consequência, as pessoas com sofrimento mental eram encaminhadas aos hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte.

O cenário de abertura política e de mudanças tornava-se propício para que os profissionais apresentassem um projeto de Saúde Mental para o Município em 1993, partindo de um diagnóstico da realidade da cidade, onde se constatava a insuficiência dos serviços ambulatoriais para o atendimento à demanda da população, a inexistência de serviços de urgência psiquiátrica no município, bem como o número alto de consultas e internações em hospitais psiquiátricos em Belo Horizonte/MG (NUNES, 2009).

A primeira proposta apresentada continha cinco itens básicos:

- 1) Criação de dois Centros de Referência em Saúde Mental, nas regiões mais populosas ou mais complexas;
- 2) Criação de quatro equipes de saúde mental para Unidades Básicas de Saúde, em regiões mais populosas ou complexas, com prioridade para as regiões do Teresópolis, de Citrolândia, do PTB e do Centro de Betim;

---

<sup>66</sup> Dados informados pela referência técnica de Saúde Mental de Betim.

- 3) Estruturação do Serviço de Urgência Psiquiátrica no Pronto Socorro do Hospital Público Regional de Betim;
- 4) Criação de 10 leitos psiquiátricos no Hospital Público Regional de Betim;
- 5) Criação de vários dispositivos de reabilitação psicossocial, tais como os Centros de Convivência da comunidade Betinense, em parceria com a Fundação Artística de Betim (FUNARBE); Associação de Familiares e Usuário; Pensões Protegidas; Trabalho Protegido e Cooperativas de trabalho (SOUZA, 1996; citado por ZENHA, 2001).

Em novembro de 1993, a Secretaria Municipal de Saúde de Betim realizou um concurso público para a contratação de trabalhadores para implantar a Rede de Assistência em Saúde Mental. Foram contratados psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos, entre outros.

A partir de janeiro de 1995, a gestão de Betim passou a contar com a assessoria do Laboratório de Planejamento e Administração, do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de Campinas — LAPA/UNICAMP. A partir das discussões produzidas pelas oficinas de Planejamento Estratégico, a proposta inicial sofreu algumas alterações. Abriu-se mão do Pronto-Socorro Psiquiátrico e da Enfermaria Psiquiátrica no Hospital Regional de Betim. A Equipe de SM optou por localizar a urgência e a observação psiquiátricas no próprio CERSAM (ZENHA, 2001).

O CERSAM foi eleito como um dispositivo privilegiado e chave na configuração do projeto do município. Durante a implantação da Rede, esse foi o equipamento mais importante para a contenção do fluxo de internações de betinenses portadores de sofrimento mental em hospitais psiquiátricos da Região Metropolitana de Belo Horizonte:

[...] até 1993 não havia em Betim uma política definida de assistência em saúde mental, mesmo havendo alguns poucos profissionais trabalhando isoladamente em algumas instituições da cidade. Ao ser implantada a rede em 1994, Betim registrava um total de 624 internações em manicômio por ano, sendo que, após essa implantação, o número reduziu para 14 por ano em 1995 (SILVA, 2013, p. 35).

Também em 1995, Betim passou a fazer parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba (CISMEP), integrando-se em uma rede que abrangeu diversos municípios da região: Bonfim, Brumadinho, Crucilândia, Rio Manso, Ibirité, Mário Campos, Sarzedo, Florestal, Juatuba, Mateus Leme, Esmeraldas, Igarapé, São Joaquim de Bicas e Betim (ZENHA, 2001). No decorrer dos anos, foi variando o número de municípios pertencentes ao



Consórcio, mas Betim continua sendo referência para as crises psiquiátricas de vários municípios pequenos da região.

No município foram realizados eventos importantes para a SM do país, tais como o II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em 1995 e o V Encontro Nacional de Usuários e Familiares em 1998 (AMARANTE, 2015). Também foi implantado o primeiro CAPSi do país: o Centro de Referência Infantojuvenil (CERSAMI).

Durante os anos, no entanto, houve diversos entraves devido às frequentes mudanças políticas e à falta de investimento no projeto de SM, não se realizando todos os dispositivos pensados anteriormente, principalmente com relação aos dispositivos de inserção social (trabalho protegido, cooperativas): apenas um Centro de Convivência foi implantado na cidade. Assim, logo apareceram as dificuldades em relação ao projeto de Atenção Psicossocial: “Com o aumento do número de pessoas atendidas no CERSAM, as atividades realizadas tendem a se restringir àquelas que podem ser realizadas no próprio CERSAM, em detrimento de passeios, esportes e outras atividades de lazer” (ZENHA, 2001: 63). No entanto, “apesar dos desafios e impasses impostos pelo jogo político, sobretudo no que se refere à alternância do poder, a ‘rede’ almejada tornou-se realidade e ainda mantém atuante” (NUNES, 2009, p. 145).

Como citado anteriormente, a RAPS de Betim/ MG é composta por três CERSAMs. O CERSAM Suzana Nara Ozório, reconhecido por CERSAM Betim Central, funcionou como ambulatório até julho de 1994, quando se tornou de fato um serviço específico de saúde mental; o CERSAM Jefferson Peres Pereira, ou CERSAM Teresópolis, foi inaugurado em agosto de 1995; o CERSAMI Bárbara Jeumon Ferreira Silva foi inaugurado em julho de 1994. Os outros serviços da rede de saúde mental foram inaugurados mais tarde: o CERSAM César Campos, ou CERSAM Citrolândia, foi inaugurado em 29/09/2006; já o Centro de Convivência Estação dos Sonhos foi criado em 23/08/2001, e as Moradias Protegidas do bairro Angola e do Citrolândia (Serviços residenciais terapêuticos) em agosto de 2002 e setembro de 2006, respectivamente. Por fim, os serviços mais recentes são o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas Roberto Pereira (CAPSad), inaugurado em 24/02/2012, e um serviço residencial terapêutico criado na região central há cerca de quatro anos.

A trajetória da SM de Betim já rendeu aos profissionais e ao município o reconhecimento de diversos setores, como, por exemplo, a seleção do projeto de saúde mental do município como um dos três representantes brasileiros na Mostra de Trabalhos e Experiências no Campo da

Reabilitação Psicossocial, em Rotherdam, em abril de 1996, durante o *Vth Congress Word Association for Psychosocial Rehabilitation*; a premiação do projeto com o Prêmio Pi, oferecido pelo Instituto Phillipe Pinel do Rio de Janeiro, em outubro de 2000 (NUNES, 2009); a experiência da SM na Atenção Básica do bairro PTB e o trabalho dos agentes de saúde desta unidade ganharam o concurso estadual José César de Moraes, cujo objetivo foi premiar as 10 experiências de maior êxito em Saúde Mental na Atenção Primária do estado de MG em 2006 (DRUMMOND JUNIOR, 2009). A experiência do CERSAMI ganhou também o concurso cultural “Somos parte do SUS que dá certo”, sendo uma entre as 10 experiências premiadas em Brasília, em novembro de 2013, compondo um vídeo institucional da Política Nacional de Humanização (PNH)<sup>67</sup>.

#### **4.2.1.1.1 O pioneirismo dos trabalhadores na formação**

Um aspecto importante sobre a trajetória de Betim/MG refere-se à recorrência de profissionais de outros municípios mineiros em busca de subsídios técnicos e teóricos para a implantação de seus próprios serviços de SM. Os trabalhadores da rede foram responsáveis pela difusão de conhecimentos, percepções e práticas (NUNES, 2009), seja de forma informal ou através de trabalhos científicos. Vários desses trabalhadores desenvolveram estudos sobre suas experiências. Há dissertações e teses sobre a rede de Betim desenvolvidas por eles. Podemos citar:

AKERMAN J. Estratégias de segregação na infância e adolescência: problemas e impasses do encaminhamento para tratamento em instituições de saúde mental [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 1998.

SILVEIRA RD. Cidadania do louco: da utopia à possibilidade [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; Faculdade de Educação; 2000.

COSTA MN. Análise das consequências para a saúde da interrupção prematura do acompanhamento de usuários cadastrados no CERSAM Betim Central, 1997 a 2000 [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; Faculdade de Medicina; 2001.

---

<sup>67</sup> <http://redehumanizasus.net/cersami-a-clinica-feita-por-muitos/>

ZENHA RO. CERSAM: um novo paradigma na assistência em saúde mental [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2001.

SOUZA, ME. Os novos movimentos sociais — organização política dos usuários em saúde mental rompendo preconceitos e expandindo a vida — Outros segmentos da sociedade civil organizada [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal De Minas Gerais; Faculdade de medicina; 2002.

SILVA ME. O Analista Gestor: um estudo sobre a prática de um analista de orientação lacaniana como coordenador de um serviço público de Saúde Mental [dissertação]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica De Minas Gerais; Faculdade de Psicologia; 2006.

GENEROSO CM. Psicose, Desinserção e Laço Social: um debate entre a psicanálise e o campo da saúde mental [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2014.

SILVA ER. A atividade de trabalho no CAPS — Centro de Atenção Psicossocial: pois é José... [dissertação]. Belo horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais; Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2010.

SILVA ER. O gesto profissional em psiquiatria: o Centro de Atenção Psicossocial como território de trabalho [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; Faculdade de Educação; 2016.

MORAIS RAR. O cuidado prestado às crianças e adolescentes nas situações de urgência e de crise: Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de Betim/MG [dissertação]. Belo Horizonte: Instituto René Rachou — FIOCRUZ/MG, 2018.

Também vários outros pesquisadores se interessaram pela experiência de Betim. Citaremos, como exemplo, a dissertação de Karla Gomes Nunes, do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Universidade de Santa Cruz do Sul/ Rio Grande do Sul, transformada em livro (NUNES, 2009), e a dissertação de Marcelo Drummond Junior (2009) “Ações de saúde mental por agentes comunitários de saúde investigando uma experiência de saúde mental na atenção básica”, que investiga a experiência desenvolvida numa UBS de Betim. Com relação à experiência em educação em saúde mental, temos a dissertação de Silva

(2013), “A extensão universitária em saúde mental: por uma formação crítica” e a de Lima (2016), sobre as Residências Multiprofissionais em Saúde Mental.

Silva (2013), na dissertação supracitada, destaca dois projetos de estágios históricos do CERSAM Betim Central, marcando a inclinação da rede de saúde mental da cidade à formação dos futuros profissionais de saúde.

[...] Mesmo antes da promulgação da Lei 10.216/2001 e sob forte influência da Lei Estadual 11.802/1997 – a Lei Carlão –, já é possível discernir a intencionalidade do município em se aproximar da formação e serviços substitutivos. Toda a argumentação presente no documento chamado *Projeto de estágio no Centro de Referência em Saúde Mental CERSAM Betim Central* (Betim, 1997) está vinculada à superação das internações nos manicômios, visando uma assistência multiprofissional, comunitária e contra a segregação do louco. Nesse modelo sustentado pelo CERSAM Betim Central, a subjetividade é tomada como central no trato com o louco, sendo que a assistência deixa de ter um caráter estritamente médico, passando para uma abordagem com novos contornos sociais. [...] (SILVA, 2013, p. 38).

O projeto de estágio em questão foi redigido naquela época para alunos de psicologia, desenvolvido pela Fundação Municipal para Educação Comunitária (FUMEC), em parceria com os trabalhadores desse serviço.

Segundo Silva (2013), há documentos de outro projeto de estágio, redigido pelos próprios trabalhadores da Rede nessa época. O público-alvo era graduandos de psicologia, de medicina, de enfermagem, de assistência social e de terapia ocupacional, mostrando-se assim um projeto de estágio multiprofissional. Com uma carga horária total de 80 horas, o projeto de estágio visava realizar atividades de acolhimento, referências técnicas de casos e construção de projetos terapêuticos, participação em atividades coletivas e na permanência-dia, participação de plantões/reuniões de equipe e visitação em outras instituições comunitárias. As supervisões seriam diárias, com professores de instituições de ensino superior e/ou profissionais técnicos pertencentes à rede de saúde mental de Betim. Nesse sentido, o autor destaca a concepção dos serviços de SM como também responsáveis pela formação de trabalhadores, desde o início do projeto em Betim.

Em 2000, sob a coordenação de um professor da PUC Minas Betim, que também fora trabalhador da rede de SM do município, é iniciado um programa de extensão em saúde mental do curso de psicologia, em parceria com a Prefeitura de Betim. Assim, vários serviços da rede passam a acolher estagiários de psicologia num processo de integração ensino serviço que durou mais de 10 anos.

Em 2010, é criado, em Betim, um programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM) e um ano depois o programa de Residência em Psiquiatria (RP). De 2010 a 2013 essa residência esteve vinculada à Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESPMG) como instituição formadora. De 2013 a 2016 a instituição responsável passou a ser a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/Minas). Já a RP, nos primeiros anos, esteve integrada à RMSM, mas sempre teve como proponente a Prefeitura de Betim.

A RMSM foi executada até 2016, quando foi encerrada em decorrência de impasses políticos e financeiros. No período de transição entre a ESPMG e a PUC/Minas, os trabalhadores de Betim assumiram todas as funções: tutoria, preceptoria e coordenação. No Projeto Político-Pedagógico, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Betim em parceria com a PUC/Minas, fica explícito o grande envolvimento da rede municipal com o programa (LIMA, 2016).

A RMSM de Betim aconteceu na perspectiva da educação permanente, considerando os residentes como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho, organizando nesses moldes as suas atividades teóricas e práticas, através da utilização de metodologias participativas, como problematização, discussão de casos clínicos e situações-problema, apresentação e discussão de textos (LIMA, 2016).

Quando as atividades teóricas foram realizadas na ESPMG eram abertas também para os profissionais da RAPS de Betim, num compromisso com a educação permanente dos mesmos. E a RMSM era integrada à RP. Quando mudou a instituição formadora, isso já não foi possível. A RP passou, então, a ser inteiramente promovida pelos profissionais da Rede, o que acontece até os dias atuais.

#### **4.2.2 - Estratégias metodológicas**

Em nossa pesquisa de campo foram utilizadas duas estratégias metodológicas: entrevistas narrativas e grupo focal.

As entrevistas narrativas se caracterizam como ferramentas não estruturadas, visando à profundidade de aspectos específicos, a partir das quais emergem histórias de vida. Elas permitem a combinação de histórias de vida com contextos sócio-históricos, tornando possível a compreensão dos sentidos que produzem mudanças nas crenças e valores que motivam e justificam as ações dos informantes (MUYLAERT et al., 2014).

Ao propor que o entrevistado discorra livremente a partir de uma questão aberta<sup>68</sup>, a investigação possibilita o não condicionamento das respostas, o que propicia para o sujeito da pesquisa a construção gradativa de uma história com tendências próprias, em que os conteúdos implícitos possam emergir com maior naturalidade e comprometimento com a realidade cotidiana.

A narratividade é uma forma artesanal de comunicação cujo objetivo é veicular conteúdos a partir dos quais as experiências subjetivas podem ser transmitidas. Nas narrativas, o autor não informa sobre sua experiência, mas conta sobre ela, tendo com isso a oportunidade de pensar algo que ainda não havia pensado. Podemos entender, então, a pesquisa como um processo de reflexão e elaboração da experiência também para os participantes da mesma (MINAYO; DESLANDES, 2008), conforme já apontava Habermas (1987).

Assim, as entrevistas narrativas nos permitiram ir além da transmissão de informações ou conteúdo, fazendo com que as experiências dos trabalhadores de SM de Betim fossem reveladas, envolvendo aspectos fundamentais para compreensão tanto dos participantes como do contexto em que estão inseridos.

O grupo focal, por sua vez, visa apreender percepções, opiniões e sentimentos frente a um tema determinado num ambiente de interação. Trabalha a reflexão expressa da “fala” dos participantes, permitindo que eles apresentem seus conceitos, impressões e concepções no grupo (TRAD, 2009).

As duas técnicas foram complementares, produzindo dados tanto num nível subjetivo quanto no nível coletivo. Assim, pudemos compreender melhor o que era consensual e o que era contraditório, bem como o que era específico e o geral.

Foram entrevistados 22 profissionais de diferentes categorias e organizados dois grupos focais. O primeiro grupo focal foi realizado com nove participantes, inseridos em diferentes locais de trabalho. Importante mencionar que os locais de trabalho não foram identificados para assegurar o anonimato dos participantes, conforme acordado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O critério de inclusão dos participantes envolveu ser trabalhador efetivo da RAPS de Betim. Buscamos convidar trabalhadores de diversos serviços e distintas categorias profissionais. Foram, então, entrevistados profissionais de nível superior e técnico, com mais de 15 anos de

---

<sup>68</sup> No nosso caso foi a seguinte questão: Como você se formou para trabalhar em SM?

trabalho em SM, em sua maioria. O grupo focal foi também composto por profissionais de diferentes categorias, variando o tempo de serviço e local de trabalho<sup>69</sup>. Tentamos realizar outro grupo focal, com trabalhadores mais novos nos serviços de Betim, mas não obtivemos quórum, embora, com a confirmação dos membros e acordo com os gerentes. Entendemos que houve dificuldades dos trabalhadores para saírem do local de trabalho, dada a conjuntura difícil da SM de Betim e também por conta das inúmeras demandas dos serviços. Deste modo, optamos, então, por realizar entrevista individual com a pessoa que compareceu ao encontro.

As entrevistas foram realizadas presencialmente, no local de trabalho. Apenas duas foram realizadas na residência do trabalhador, a pedido dos mesmos. O contato com as pessoas entrevistadas foi realizado pessoalmente ou por meio telefônico, após aprovação da pesquisa pelos Comitês de Ética da prefeitura de Betim e do Instituto René Rachou. As entrevistas foram realizadas entre 2017 e 2018. Os trabalhadores foram convidados a narrarem suas histórias de formação, livremente, após assinarem o TCLE. No primeiro momento, só fazíamos perguntas para esclarecimento ou aprofundamento do que estava sendo falado. Ao final, quando os entrevistados terminavam suas narrativas e ainda faltavam alguns dados importantes para a pesquisa, eram colocadas questões mais diretivas (Apêndice 4).

Também no primeiro grupo focal utilizamos de um roteiro elaborado previamente (Apêndice 4). Foram levantadas questões sobre o tema “Formação em Saúde Mental” para mobilizar a discussão. O grupo foi realizado no final de 2017, com a participação de duas pesquisadoras (uma como mediadora do grupo e a outra como observadora), com duração de duas horas. Contou com nove participantes de diferentes categorias e serviços, com a falta de representante apenas das residências terapêuticas, embora uma trabalhadora tenha sido convidada e por motivo de doença não pôde participar.

Durante o processo de pesquisa, foi utilizado o critério de saturação, finalizando a coleta quando os temas se tornaram repetitivos e as informações suficientes para a investigação (MINAYO, 2014). Assim, à medida que fomos realizando as entrevistas e o grupo focal, esse material era transcrito, facilitando-nos o contato e sua avaliação, ou seja, se os dados eram ou não suficientes para responder nossas perguntas, se as informações já estavam se tornando repetitivas, ou se era necessário ampliar o número de entrevistados para atingir nossos objetivos. Foram transcritas 11h32min de entrevistas e 1h57min do grupo focal. As

---

<sup>69</sup> O quadro 3 com as características dos participantes está no final desse capítulo.

transcrições foram realizadas pela própria pesquisadora. Cada participante entrevistado recebeu por email a cópia da transcrição, com a possibilidade de fazer alguma correção. No entanto, não recebemos nenhuma modificação.

As entrevistas e o grupo focal foram transcritos, buscando ser o mais fiel possível à forma como cada participante se expressou. Em seguida, foram realizadas várias leituras de todo esse material, buscando entender os textos “neles mesmos” (GADAMER, 1997; MINAYO, 2014). Esse exercício permitiu apreender as ideias centrais e elencar os temas abordados. Alguns temas se referiam diretamente ao nosso objeto de estudo, a EPS, e outros sobre o processo de trabalho, o cuidado em SM, as dificuldades vivenciadas pelos serviços, as mudanças ao longo dos anos e os sentimentos dos trabalhadores relativos ao trabalho.

Organizamos o material, para a análise, primeiramente a partir da estratégia metodológica (entrevistas narrativas, grupo focal), a partir também da categoria profissional, e depois do conteúdo do material (temas abordados). Elaboramos quadros para descrever e organizar as falas, bem como nossa interpretação das mesmas, agrupando as diferentes concepções dos entrevistados a partir de temas elencados. No final da tese, segue alguns recortes (Quadros 4,5,6 e 7) como exemplos dessa organização (Apêndice 5).

Após o trabalho de análise minucioso de todo material, foram construídas categorias, tais como: Construção do processo de trabalho: aspectos históricos e atuais; Trabalho em equipe e repercussões nas profissões; Desafios e contradições do trabalho; Formação em Saúde Mental; As concepções do cuidado na Atenção Psicossocial e O cuidado no corpo a corpo.

A partir desse trabalho de análise, foi construída uma narrativa comum de todos os participantes a partir do que compreendemos de suas histórias<sup>70</sup>, portanto, a mesma traz a nossa interpretação do que nos foi apresentado. Essa narrativa foi apresentada ao segundo grupo focal, em julho de 2019, para validação, com a participação de 11 trabalhadores. Convidamos todos os participantes da pesquisa para esse encontro final, no entanto, menos da metade compareceu. Os integrantes desse grupo discutiram, retificaram e validaram a narrativa construída. Assim, coube a esses participantes interpretar e legitimar o material produzido, constituindo o que Gadamer (1997) conceitua de “círculo hermenêutico”. Essa narrativa também foi encaminhada via e-mail para os demais participantes que não compareceram ao segundo grupo focal, sendo convidados a avaliá-la. Somente um

---

<sup>70</sup> Aqui, nos reportamos ao trabalho de Onocko Campos et al. Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: HUCITEC, 2013.



participante retornou, enviando sugestões, que foram incluídas na narrativa final. Essa será apresentada no capítulo seguinte.

Buscamos no processo de análise compreender os aspectos históricos da constituição da SM de Betim, a partir das narrativas desses trabalhadores, bem como as contradições e dificuldades enfrentadas por eles.

Finalmente, foi possível dialogar com outros trabalhos científicos e com nossos referenciais teóricos. A partir desse diálogo, construímos três artigos que serão apresentados como resultados da presente tese.

Importante destacar que o referencial teórico, apresentado anteriormente, foi também sendo constituído seguindo o referencial da hermenêutica-dialética, ou seja, buscamos resgatar historicamente o conceito de Educação Permanente no campo da educação e, posteriormente, no campo da saúde. Procuramos compreender a fundamentação teórica desses conceitos, bem como os contextos nos quais surgiram. Buscamos, por fim, compreender as críticas de diferentes autores sobre esses conceitos e sobre as propostas realizadas a partir deles. Portanto, foi nesse movimento contraditório que nos referenciamos para compreender nossos dados.

**Quadro 3: Caracterização dos Participantes**

Símbolo	Profissão	Sexo	Tempo de serviço na SM	Entrevista narrativa	Grupo Focal	Grupo focal 'narrativo'
A1	Auxiliar de enfermagem	Feminino	10 anos	X	X	
A2	Auxiliar de enfermagem	Feminino	22 anos	X		
A3	Auxiliar de enfermagem	Feminino	16 anos	X		
A4	Aux. de enf. oficinaira	Feminino	4 anos	X	X	X
AH1	oficineira	Feminino	22 anos	X		X
T1	Técnico de enfermagem	Feminino	10 anos	X		
T2	Técnico de enfermagem	Feminino	5 anos		X	
E1	Enfermeira	Feminino	10 anos	X		
E2	Enfermeira	Feminino	22 anos	X		
E3	Enfermeira	Feminino	23 anos		X	
AS1	Assistente Social	Feminino	9 anos	X		
AS2	Assistente Social	Feminino	24 anos	X		
AS3	Assistente Social	Feminino	18 anos		X	X
AS4	Assistente Social	Feminino	6 anos	X		
P1	Psicólogo	Feminino	9 anos	X	X	X
P2	Psicólogo	Masculino	20 anos	X		X
P3	Psicólogo	Feminino	23 anos	X		X
PA1	Psiquiatra	Feminino	14 anos	X		
PA2	Psiquiatra	Masculino	21 anos	X		X
PA3	Psiquiatra	Feminino	23 anos		X	
PA4	Psiquiatra	Masculino	21 anos	X		
TO1	Terapeuta Ocupacional	Feminino	22 anos	X		X
TO2	Terapeuta Ocupacional	Feminino	10 anos	X		
TO3	Terapeuta Ocupacional	Masculino	8 anos		X	X
TO4	Terapeuta Ocupacional	Feminino	6 anos	X		X
F1	Farmacêutico	Feminino	21 anos	X		
F2	Farmacêutico	Feminino	9 anos	X		
F3	Farmacêutico	Feminino	10 anos		X	

Fonte: Dados da pesquisa

## 5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa serão apresentados em forma de artigos. Primeiramente, no entanto, incluímos a narrativa construída e aprovada pelos trabalhadores no segundo grupo focal, para melhor elucidação da tese. Logo a seguir virão os três artigos produzidos e submetidos a revistas científicas, sendo que o primeiro já foi aprovado pela Revista de Saúde Coletiva Physis (Apêndice 6).

O primeiro artigo apresenta os resultados da compreensão do objeto da pesquisa propriamente dita: a EPS. Enfatizamos a trajetória de formação dos trabalhadores da SM de Betim, desde a construção dos primeiros serviços substitutivos ao manicômio até os tempos atuais, com suas conquistas e desafios.

O segundo artigo destaca as novas formas de organização do trabalho em SM e as repercussões nas diferentes profissões do trabalho coletivo, multi e interprofissional.

O terceiro artigo enfatiza as formas de cuidado em SM no modelo da Atenção Psicossocial, bem como a concepção de clínica ampliada e os desafios atuais para desenvolvê-la na atual conjuntura do SUS Betim.

## 5.1 Narrativa Construída

### Trajatória de formação dos trabalhadores de Saúde Mental de Betim/MG

#### *Como aprendemos a trabalhar na Saúde Mental de Betim*

No início da construção dos serviços substitutivos ao manicômio em Betim — a partir de 1994 — havia um projeto, aliado a um movimento político, que visava garantir ao cidadão o direito a um sistema público de saúde de qualidade. Iniciamos nesses serviços através de concurso, portanto, somos trabalhadores efetivos da rede. Muitos estão nos serviços desde sua origem; outros entraram depois, mas a maioria de nós tem mais de 10 anos de trabalho em saúde mental.

Quando chegamos não tínhamos formação específica (com poucas exceções). No início dos CERSAMs, somente os psiquiatras e alguns psicólogos tinham experiência em atendimento a pacientes psicóticos; mesmo assim, em hospitais psiquiátricos ou ambulatórios. No entanto, já havia um grupo de profissionais com uma formação mais crítica e engajada na luta antimanicomial (alguns fizeram especialização em SM na Escola de Saúde de MG e alguns psiquiatras vinham da residência do Hospital Raul Soares, que tinha uma influência grande da psicanálise e dos movimentos de reforma psiquiátrica). A maioria dos técnicos (não médicos), no entanto, não tinham formação nem proposta de trabalharem nesta área, mas “abraçaram” a causa, ou por necessidade de se adaptarem ao trabalho, ou por identificarem com os ideais da luta antimanicomial e da proposta dos serviços substitutivos.

A construção dos nossos serviços foi, então, marcada por muita invenção, reflexão e formação. Fomos criando dispositivos a partir das necessidades das pessoas em sofrimento mental do município e de suas demandas, bem como das condições reais e ao que era possível conseguir em cada gestão. Assim, constituímos os serviços substitutivos de Betim (CERSAMs, CERSAMI, equipes de SM na Atenção Básica, Centro de Convivência, residências terapêuticas, e mais tarde o CAPS AD).

Muitos de nós, quando chegamos, trazíamos uma visão do senso comum em relação a pessoas consideradas “*doidas*”, outros já tinham alguma vivência pessoal com as mesmas, o que facilitou a adaptação aos novos serviços. A partir do trabalho, fomos mudando nossa concepção sobre a loucura e os loucos. Passamos a ter uma relação mais horizontal, respeitando-os enquanto pessoas e cidadãos, perdendo o medo instalado em nós.

Embora não tivéssemos formação específica e/ou experiência em serviços substitutivos ao manicômio, buscamos nos formar, individual ou coletivamente. Ao longo dos anos, fomos buscando respaldo na literatura e em cursos de especialização para nossas práticas. Alguns participaram de grupos de estudos ou de grupos de pesquisa ligados a universidades. Vários trabalhadores conseguiram integrar sua formação na graduação ou pós-graduação com o trabalho que estava iniciando na SM.

Também nos formamos dentro dos próprios serviços, num processo de educação permanente. Criamos espaços de discussão e reflexão, tais como as reuniões de equipe, os fóruns, oficinas e supervisões, num processo de construção da SM do município: *“A equipe estava muito junto na construção do projeto”*.

Havia uma preocupação com a inserção dos novos trabalhadores nas equipes; os colegas ajudavam no desenvolvimento das funções, incentivando e motivando o investimento pessoal no trabalho. Tínhamos formações promovidas pelos trabalhadores mais experientes: em vários momentos, colegas se dispuseram a ensinar os demais através de demonstrações práticas ou discussões teóricas. Organizamos seminários, cursos e outras estratégias de educação permanente com temas eleitos pelo coletivo da SM. Também recebíamos convidados engajados na luta antimanicomial e de serviços substitutivos de outros municípios, que foram pioneiros em sua implantação (tais como Santos, Campinas, Belo Horizonte, entre outros). Também havia participação nos eventos promovidos por este movimento. Portanto, fomos protagonistas no processo de construção do projeto de SM de Betim e na nossa formação.

As reuniões de equipe (semanais) foram, e ainda são, espaços privilegiados para discussão e construção coletiva de casos clínicos e projetos terapêuticos. São, portanto, espaços de formação clínica, de construção de conhecimento coletivo, bem como de construção de posicionamentos políticos importantes para estabelecer mudanças nos processos de trabalho. Nos CERSAMs, outro momento importante para essa construção coletiva e aprendizado dos trabalhadores é a passagem de plantão. Atualmente, é necessário valorizar esses espaços junto aos trabalhadores mais jovens, que ainda não têm a dimensão de sua importância: ali, os trabalhadores compartilham saberes e ajudam a aumentar o cabedal de atuação.

Também as supervisões foram essenciais para nossa formação: aquelas realizadas individualmente, por investimento do próprio profissional, e as viabilizadas pela gestão. Nós as reconhecemos como um importante dispositivo de educação permanente, pois nos ajuda a

clarear os casos clínicos estudados e nos fornece subsídios para outros casos, integrando a teoria e a prática.

Ao longo de nossa trajetória, as supervisões ajudaram, principalmente, a apurar a capacidade de escuta subjetiva. Num processo contínuo, de discussão de casos e de supervisões — além de leituras teóricas —, as equipes buscavam compreender melhor os sujeitos em sofrimento, construindo o caso clínico e, a partir daí, buscando atuar de forma mais eficiente. Nesse processo, percebemos o quanto é importante que os supervisores se expressem numa linguagem acessível a todos, pois em muitos momentos os termos usados por eles utilizados dificultaram a compreensão de parte da equipe — nem todos tinham formação em psicanálise (geralmente, nossos supervisores eram psicanalistas).

Nos últimos anos, sentimos falta desse dispositivo tão importante para a nossa formação. Somente um dos nossos serviços tem conseguido supervisões devido à parceria ensino-serviço: essas são promovidas por um professor universitário em contrapartida aos estágios ali realizados.

Os fóruns intersetoriais também foram, e ainda são, espaços ricos de discussão e formação, nos quais participam diversos atores da rede para discutirem os casos mais complexos. O “Fórum AD”, por exemplo, constituiu um espaço de formação importante para a questão de álcool e outras drogas.

Nessa trajetória, reconhecemos, ainda, a importância da integração ensino-serviço para a formação dos alunos e para o processo de educação permanente dos trabalhadores. A maioria dos nossos serviços tem recebido estagiários e residentes ao longo dos anos. Alguns profissionais participaram de projetos de EPS, promovidos pelo Ministério da Saúde, como o Pró-Saúde e o PET Saúde. Os trabalhadores que se envolveram diretamente nesses projetos de formação avaliam que aprenderam muito ao *“estudar e se preparar para acompanhar os alunos e dar supervisões”*. Aprenderam também com os questionamentos levantados por eles: eram *“pessoas de fora”* que traziam questões, muitas vezes importantes, para a reflexão do trabalho realizado. Assim, entendemos esse lugar de formador como um lugar também de aprendiz: *“ao ensinar você aprende, pois precisa responder pelo que faz. Precisa refletir sobre seu trabalho para sustentar sua posição”*. A presença de estagiários e residentes nos serviços faz com que os profissionais respondam da melhor forma possível às demandas e se esmerem naquilo que fazem, sendo mais cuidadosos e refletindo como estão realizando o

próprio trabalho. Nesse sentido, a integração ensino-serviço é um importante dispositivo para a formação de todos.

A residência em psiquiatria e a multiprofissional em saúde mental foram também importantes estratégias de formação para a sustentação do projeto de SM em Betim. Infelizmente, a multiprofissional não se sustentou por muito tempo. Lamentamos a sua perda, pois formou vários profissionais que, hoje, estão ocupando cargos de coordenação e gerência em Betim e em outros municípios, demonstrando uma boa formação. A residência multiprofissional, além de formar novos profissionais para o trabalho a partir da realidade do SUS, buscava uma escuta qualificada e o trabalho em equipe, mobilizando também os trabalhadores da rede a continuarem estudando, num processo de educação permanente. Os preceptores puderam participar das aulas teóricas durante os anos, possibilitando uma formação rica para os serviços.

Percebemos, então, que as residências tiveram um impacto importante na SM de Betim, mobilizando os trabalhadores no lugar de quem transmite um saber construído sobre o próprio trabalho e também promovendo a educação permanente. Os preceptores tiveram a oportunidade de refletir sobre os saberes adquiridos na prática e a sistematizá-los de alguma forma. Também foram possíveis trocas com os estudantes, permitindo um olhar mais crítico e abrindo novas possibilidades de atuação.

A residência em psiquiatria vem construindo uma preceptoria mais horizontal: o preceptor é *“um servidor público, trabalhando na equipe juntamente com o residente”*. Busca-se uma relação mais próxima, na qual ambos atuam e compartilham suas clínicas, num processo coletivo: *“O preceptor não é um supervisor, mas alguém com um pouco mais de experiência, que está aprendendo junto”*.

Por outro lado, a formação do pessoal de nível médio tem-se dado mais no cotidiano do trabalho, com os usuários e com os colegas. No serviço residencial terapêutico, por exemplo, aprende-se fazendo, no dia a dia: *“Não tem um guia para auxiliar nas condutas, nem mesmo um prontuário que dá direções”*. Ali, o profissional precisa ter jogo de cintura e analisar, cada momento, a melhor conduta. Portanto, a aprendizagem do trabalho se dá na experiência direta com os usuários (são geralmente pacientes crônicos, muitas vezes, com anos de estadia no manicômio e com laços sociais empobrecidos). Precisa-se, então, *“escutar o morador para aprender com ele; ouvir, observar, perceber as brechas que ele dá”* e lidar com cada situação, a partir da experiência. Não há “escolas” para se trabalhar nestes lugares tão cheios de

novidades. No entanto, a formação/experiência que tiveram nos CERSAMs ajuda muito nesse manejo.

Todos nós da SM estamos sempre aprendendo, seja com os usuários, seja com os colegas. Aprendemos no dia a dia, conversando, negociando, manejando situações. Aprendemos no contato pessoal, na relação com o outro, no retorno de cada um. Cada paciente demanda um projeto específico e implica ações múltiplas e articulações junto à rede intrasetorial e intersetorial. O trabalho nunca é repetitivo: cada um traz sua novidade. É preciso pensar a singularidade de cada caso; é preciso estabelecer vínculos. Logo, mais que um trabalho técnico, é relacional.

Também as reuniões de matriciamento têm sido espaços de formação importantes sobre saúde mental para a rede em geral. Buscamos com elas fazer com que o paciente com sofrimento mental possa circular e ser atendido na Atenção Básica. Essas reuniões têm-se mostrado potentes na formação de trabalhadores das Equipes da Saúde da Família. Além de discutir os casos que precisam ser atendidos ali, aprendemos que é possível trabalhar de forma menos pedagógica, possibilitando a expressão de sentimentos dos profissionais em relação aos usuários e das angústias produzidas pelo próprio trabalho. Neste sentido, ainda, temos muito a aprender.

### ***Falando um pouco do que essa história nos ensinou***

Todos nós, desde a equipe de enfermagem, que lida diretamente e todos os dias com os usuários, bem como os técnicos de nível superior, os oficineiros e demais membros da equipe, aprendemos que a abordagem às pessoas com quem trabalhamos tem que se dá “*a partir da palavra*”. Aprendemos também que precisamos conhecê-las: suas histórias, seus delírios, seus projetos terapêuticos, seu território. No dia a dia dos serviços e nos dispositivos de atendimentos, precisamos “*ter tato*”, “*ter um olhar para o paciente*”, “*avaliando cada situação de forma cuidadosa*”, considerando o outro e como ele se apresenta em cada momento, sendo flexível e negociando as condutas. É necessário, portanto, estar atento ao desejo da pessoa e ao tempo de cada uma, abordando-a sem preconceitos.

A equipe de enfermagem, por exemplo, na lida com os usuários, aprendeu a negociar e a “*ter jogo de cintura*”, ou seja, manejar diversas situações dirimindo conflitos. Para tanto, entendeu que é importante conhecer os pacientes, suas singularidades e idiosincrasias. Isto se dá a partir da abertura para ouvir o outro, entendê-lo e aceitá-lo como se apresenta e discutir os



casos com os técnicos de referência e demais membros da equipe. Muitas vezes, esse trabalho exige tranquilidade e muita paciência diante de delírios e agitações, o que não é nada fácil, podendo se tornar muito cansativo.

Como a equipe de enfermagem está mais presente no cotidiano dos serviços, lidando diretamente com os pacientes, consegue perceber detalhes de suas singularidades, que, muitas vezes, os demais profissionais não percebem. O contato constante traz proximidade e confiança (formação de vínculo), facilitando o manejo e o cuidado. Esse manejo, então, é proveniente da atenção ao paciente e da convivência diária: *“É preciso escutar, observar, estar atendo às sutilezas das pessoas”*; é o que nos dizem esses profissionais.

Ao longo dos anos, fomos entendendo que trabalhar na SM requer, além de saberes técnicos, habilidades relacionais, dinamicidade, capacidade para aprender com as experiências, simplicidade no trato e abertura para ouvir o outro como alguém semelhante (empatia). Também compreendemos que relações mais horizontais e o contato cotidiano promovem a confiança, permitindo que diferentes profissionais estabeleçam vínculos importantes para a sustentação de projetos terapêuticos singulares.

Aprendemos que o trabalho em SM implica um olhar amplo (não apenas para a doença) e uma flexibilidade para atuar em diferentes papéis. Precisamos *“saber escutar, ouvir o outro, falar menos e se permitir encontrar com o diferente”*; inclusive a diferença em nós mesmos. Aprendemos a sair das caixinhas de nossas profissões.

Entendemos que nosso trabalho é dinâmico e que precisamos o tempo recriá-lo. Isso exige inventividade e aprendizagem constante. Mas, ao mesmo tempo, exige muita tolerância à frustração, pois nem sempre é possível realizar aquilo que se idealiza. É necessário ter resiliência, capacidade de se remontar, recriar.

Nosso trabalho é complexo e pode trazer inúmeras dificuldades. O convívio muito próximo e constante com o sofrimento mental pode se tornar muito pesado, principalmente se as condições de trabalho não favorecem. Aprendemos que é preciso estabelecer algumas medidas de autoproteção, como, por exemplo, rodízio nas atividades diárias e discussão sobre o trabalho. Alguns serviços se organizam de forma a permitir que os profissionais saiam, por um tempo, de algumas atividades, e realizem outros projetos. Esta flexibilidade enriquece o trabalho e possibilita uma ‘oxigenação’ no trabalhador.

O trabalho de cuidar em SM é extremamente cansativo e exige muito de quem cuida, principalmente, subjetivamente. Estamos o tempo todo lidando com a dor do outro. Sabemos que na SM é necessária uma implicação pessoal, algo que nos movimenta, nosso próprio desejo: *“É este desejo que o impulsiona a buscar junto com o paciente construir outros caminhos, outras possibilidades”*. Mas *“estar motivado para esse trabalho nem sempre é fácil”*. E, muitas vezes, traz sofrimentos e até adoecimentos. No entanto, quando percebemos sentido naquilo que fazemos, quando reconhecemos a importância do nosso trabalho, algo se renova e nos permite continuar sustentando este projeto.

É, sem dúvida, o desejo pessoal que nos leva a envolver no trabalho. Embora isso não seja sem angústia. Muitos estão em um único serviço já há vários anos e alguns ainda não perderam o entusiasmo, a paixão pelo projeto. No trabalho da SM é possível sair do lugar comum das profissões, do fazer padronizado pelas universidades, e inventar novas formas de atuar. Isso traz incômodos, mas também gratificações.

Em Betim, os enfermeiros, por exemplo, puderam ampliar seu trabalho, saindo do lugar formal de supervisores das equipes de enfermagem e ocupando o lugar de Técnico de Referência, acolhendo, escutando e articulando junto à família e equipe projetos terapêuticos singulares. Isto trouxe satisfação para esses profissionais. Mesmo profissões mais tradicionais, como a psiquiatria, puderam modificar seu fazer, atuando em outros dispositivos de cuidado, tais como oficinas e módulos terapêuticos, e participando de uma equipe ampliada, com quem pode dividir as responsabilidades.

O trabalho em equipe possibilitou o compartilhamento das funções no cotidiano dos serviços e os psiquiatras aprenderam a delegar, endossar e dividir casos, numa atitude menos médico-centrada. Aprenderam também a necessidade de uma clínica para além do saber médico, buscando a interlocução com outros conhecimentos. Para os nossos psiquiatras, medicar não tem trazido grandes desafios, mas a clínica sim. *“E a clínica da SM se aprende em equipe, construindo com o outro. É, portanto, uma construção coletiva a partir do que o paciente aponta como possibilidades”*. Mas isso ainda é um desafio, muitas vezes, se espera do médico e da medicação uma solução para os problemas.

Os nossos assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais modificaram suas formas de trabalho. Muitos, agora, se identificam como “trabalhadores da Saúde Mental” e desempenham funções comuns, tais como: acolhimento, plantão, referência de casos, oficinas e outros dispositivos coletivos. Também os farmacêuticos sofreram influência do trabalho

multiprofissional. Suas funções, geralmente, são mais técnicas, pois lidam mais com o controle dos medicamentos: *“É um trabalho que dá suporte para as demais atividades”*. Mas, ao estar dentro dos serviços de SM, atuando numa equipe, participando das discussões e reuniões, mesmo nessa função mais “dura”, ampliaram suas visões sobre o cuidado e passaram também a escutar as pessoas de forma diferenciada. Em alguns momentos, foi possível a este profissional realizar um trabalho, junto aos usuários e/ou seus familiares, para uma maior autonomia no uso da medicação.

Percebemos, então, na trajetória de Betim, que o trabalho profissional na SM se diversificou, a partir do momento que se compartilhou o fazer com uma equipe multiprofissional: *“uma profissão não faz o trabalho da outra, não substitui a outra, mas se complementam no cuidado àquele que sofre”*. Há, portanto, trocas de saberes entre nós. Esse trabalho implica um fazer compartilhado. Algo que não aprendemos na faculdade. As reuniões, por exemplo, são dispositivos importantes para pactuarmos propostas e dividirmos responsabilidades entre nós. Para tanto, é preciso saber escutar o outro trabalhador e respeitar suas posições. O que não é, muitas vezes, sem conflitos.

O trabalho em equipe implica delegar funções, endossar condutas dos colegas, partilhar responsabilidades e ônus com diversos profissionais. Aprendemos a trabalhar dessa forma no cotidiano dos serviços. O nosso trabalho implica articular o caso em rede, discutir o projeto terapêutico com os profissionais da saúde e, muitas vezes, com a rede intersetorial. Portanto, é complexo e demanda vários olhares e saberes. Para esse fazer compartilhado não fomos preparados em nossas universidades.

Foi também nos serviços que aprendemos a referenciar casos e sermos Técnicos de Referência (TR). O TR é aquele que articula o projeto terapêutico, a partir da escuta de cada usuário e constrói com ele possibilidades, ou seja, *“articula as ações de assistência clínica e de inclusão social a partir da própria demanda da pessoa e do que ela dá conta, do que é possível para ela”*. O TR deve também criar pontes entre o usuário e o território, oportunizando sua inclusão e sua autonomia, mas sempre considerando o sujeito, sua demanda e suas possibilidades. Entendemos que os diversos profissionais da equipe podem ser TR. No entanto, é preciso formação para que ocupem essa função, o que ocorre de várias maneiras, como foi salientado anteriormente.

### ***Desafios atuais***

*“A gente construía coisas mirabolantes com os pacientes. ... É... Com o tempo isso foi acabando. Com o tempo isso foi minguando [...]”.*

Durante nossa trajetória encontramos inúmeros desafios, mas estes têm se acentuado nos últimos anos. Em alguns serviços, estamos vivenciando relações de conflitos entre nós, trabalhadores, dificultando o trabalho em equipe. A equipe se divide: *“gente de dentro, gente de fora”*, *“equipe da PD, equipe dos técnicos de nível superior”*, *“a turma antimanicomial, a turma que não é, os psiquiatras, os enfermeiros [...]”*. Vivenciamos dificuldades de diálogo entre os colegas, voltamos as nossas “especificidades” e os projetos coletivos estão desaparecendo. Alguns estão se sentindo ameaçados com os questionamentos sobre o processo de trabalho.

As reuniões estão perdendo seu papel de organizador do serviço, de espaço de aprendizagem e de compartilhamento de saberes. Constatamos que além de perder as supervisões, corremos o risco de perder esses espaços históricos de formação. São espaços de discussão de casos que, muitas vezes, não estão sendo priorizados.

A equipe de enfermagem (principalmente os técnicos e auxiliares de enfermagem) tem se sentido desvalorizada, sem reconhecimento. Muitas vezes, não sabem informações importantes dos projetos terapêuticos dos usuários, retornando ao modelo antigo no papel de vigiar: *“olhar por olhar”*. Sentem falta de uma formação específica para seu trabalho. Os trabalhadores de nível médio têm buscado se graduar e os serviços têm se beneficiado, mas não há reconhecimento no Plano de Cargos e Salários atual. Também falta investimento na formação de outros saberes fora da saúde, como, por exemplo, na cultura, nas artes, dentre outros importantes saberes para a SM.

Aqueles profissionais que estão há mais tempo nos serviços vivenciaram momentos de muito entusiasmo com a construção do projeto: *“Faltava muita coisa, mas havia disposição para conseguir realizar o trabalho”*. Neste momento, sentem-se exauridos. Os mais novos, que estão chegando, parecem mais passivos diante das más condições de trabalho: *“só queixam”*. Percebemos diferentes posturas entre antigos e novos profissionais trazendo conflitos no dia a dia.

Também estamos adoecendo com mais frequência: *“eu chego aqui nesse serviço e esse serviço está um horror. Isso aqui não é luta antimanicomial. Isso pra mim precisa refazer, precisa refazer isso aqui...”*.

O projeto de Saúde Mental está em risco. Há problemas gerais, uma crise no país que reflete na política pública do SUS. Houve também pouco investimento de gestões municipais na SM, impactando diretamente nossos serviços. Há um aumento de demandas e uma sobrecarga de trabalho, o que tem prejudicado nossa clínica. Também não estamos conseguindo construir a inserção social dos usuários. Temos atuado mais no cuidado a crise: “*em apagar incêndios*”. A equipe está com poucos profissionais e estes estão desmotivados e, muitas vezes, em conflitos.

De modo geral, não estamos conseguindo fazer a integração da rede: os usuários, muitas vezes, ficam sendo atendidos nos ambulatórios dos CERSAMs e CAPS ad. Há uma centralização dos atendimentos e dificuldades de inserção dos usuários no território. Em alguns casos conseguimos uma maior integração entre a Atenção Básica (AB) e o CERSAM, mas a equipe da AB ainda está à margem, sendo por vez pouco reconhecida no seu trabalho.

Devido à sobrecarga e às condições precárias de trabalho, sentimos que estamos deixando de fazer o que consideramos importante para os usuários. Em outros momentos, fizemos um trabalho melhor. Deixamos de realizar dispositivos importantes, a saber, as rodas de conversa sobre medicação, as atividades de horta, atividades fora dos serviços, passeios. Está difícil trabalhar e nos mantermos motivados: estamos cansados e incomodados por não estarmos conseguindo realizar o cuidado integral dos usuários, por sabermos que poderíamos fazer algo melhor e que não estamos fazendo por falta de condições adequadas de trabalho. Percebemos com sofrimento a precariedade do cuidado com os usuários e com os próprios trabalhadores.

O projeto da SM é também um projeto político, de cidadania, implica engajamento e integração de diferentes políticas públicas. No entanto, tem havido desmobilização nos últimos anos por parte dos movimentos sociais que historicamente lutaram para conquistas destas políticas. O gestor das políticas públicas, no atual momento, não está respondendo por suas responsabilidades de forma democrática. Os usuários continuam passivamente transferindo suas responsabilidades para os trabalhadores. Nós, por outro lado, estamos desorganizados e nostálgicos em relação à capacidade coletiva de resistência do movimento da luta antimanicomial.

Ao longo dos anos, fomos perdendo nossa militância, envolvidos em construir os serviços, o que nos demandou muito investimento. O momento atual é de retrocesso. Estamos perdendo direitos e investimentos conquistados. Alguns, ainda, acreditam que seja necessária a retomada da atuação política, mobilizando usuários e trabalhadores: “*É preciso sair da*

*inércia, ser mais ativo. O trabalhador da SM precisa trabalhar também com os usuários seu papel político”. Outros pensam que precisamos ensinar os mais novos: “vamos parar pra ensinar, entende? Os novos que estão chegando... Formar o psiquiatra pra esse serviço aqui, formar o psicólogo pra esse serviço aqui”. Neste sentido, vivemos um momento crucial para a sustentação do projeto também em Betim.*

## **5.2 Artigo 1 - Educação Permanente em Saúde: narrativa dos trabalhadores de Saúde Mental de Betim/Minas Gerais/Permanent Health Education: narrative of the Mental Health workers of Betim / Minas Gerais**

### Resumo

A criação dos serviços substitutivos ao manicômio trouxe inúmeros desafios, entre eles, a formação de seus trabalhadores. Frente a esse desafio foi necessário a formação em ato, nos próprios serviços. O presente estudo busca compreender esse fenômeno, a partir da trajetória dos trabalhadores de Saúde Mental do município de Betim, Minas Gerais. O referencial metodológico se baseou na pesquisa qualitativa orientada pela hermenêutica-dialética. Os instrumentos de coleta de dados foram entrevistas narrativas e grupo focal. Compreendemos que os trabalhadores aprenderam a trabalhar na atenção psicossocial dentro dos próprios serviços, a partir da equipe multiprofissional e dos seguintes dispositivos: reuniões, fóruns, oficinas. Foram atores ativos, promovendo seminários e encontros diversos; bem como tiveram, em certos momentos, supervisões clínico-institucionais. A integração ensino-serviço também favoreceu a Educação Permanente dos trabalhadores. No entanto, nos últimos anos, tem havido dificuldades para sustentar tal formação.

Palavras chave: educação permanente em saúde; saúde mental; pesquisa qualitativa

### **Abstract**

The creation of services to replace asylums has brought numerous challenges, including the training of its workers. Faced with this challenge, it was necessary training in the services themselves. The present study seeks to understand this phenomenon, from the trajectory of Mental Health workers in the city of Betim, Minas Gerais. The methodological framework was based on qualitative research guided by dialectical hermeneutics. The data collection instruments were narrative interviews and focus group. We understand that workers learned to work in psychosocial care within their own services, from the multiprofessional team and the following devices: meetings, forums, workshops. They were active actors, promoting seminars and various meetings; as well as having, at times, clinical and institutional supervision. The teaching-service integration also favored the permanent education of the workers. However, in recent years there have been difficulties in sustaining such training.

Keywords: permanent health education; mental health; qualitative research

## **Introdução**

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é produto de um movimento social. Em um contexto de lutas por democracia, fortaleciam-se as reivindicações por saúde pública e pelo tratamento em liberdade. Trabalhadores, intelectuais e familiares se uniram contra os manicômios, marcados pelos horrores do descaso e da violência.

Esse movimento contestatório foi reforçado pelas presenças de personalidades como Basaglia, Castel, Goffman e Foucault, que traziam suas ideias e denúncias contra as instituições totais (AMARANTE, 2015). Nesse contexto, a “Luta Antimanicomial” terá, nas décadas de 80 e 90, sua efervescência.

Os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos foram criados, inicialmente, em algumas cidades brasileiras, sendo referência nacional a intervenção feita em Santos (SP), em 1989. Esses serviços emergem dentro do recém-implantado Sistema Único de Saúde (SUS), com novas formas de trabalho, novas ideias e a necessidade de novos conhecimentos e práticas. Mas a realidade era outra: os trabalhadores não tinham formação para esse fim. Ferreira Neto (2017) aponta que, embora o SUS constitua, a partir da década de 1990, um significativo mercado de trabalho para os profissionais da saúde, os cursos de graduação mantinham uma tradição formativa calcada na clínica liberal-privada.

Neste sentido, era preciso capacitar em ato, no próprio trabalho. “Abriu espaço para o desenvolvimento de certa tradição de uma ‘formação em serviço’, bastante frequente em todos os municípios e secretarias de estado do país” (FERREIRA NETO, 2017, p. 144). Esta tradição esteve também presente na construção da política de “recursos humanos” para o SUS, através do conceito de Educação Permanente.

O termo Educação Permanente estava sendo utilizado na América Latina pela UNESCO desde a década de 70 (GRILLO, 2012). Mas é a partir da Conferência de Alma Ata (1978), com o novo paradigma de cuidado da saúde, focado na Atenção Primária, e com a necessidade de mudanças nos processos de trabalho e na educação dos trabalhadores, que este termo se afirma no campo da saúde.

As discussões sobre a Educação Permanente em Saúde (EPS) ocorreram no Brasil sob os auspícios da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com foco no processo de trabalho, na valorização das vivências e práticas em saúde dos sujeitos sociais, com uma



proposta de reorientação dos processos educacionais em saúde, tendo em vista a aprendizagem no trabalho (CAMPOS, SENA e SILVA, 2017).

A OPAS estabelece a educação permanente como uma proposta educativa realizada nos serviços para refletir e intervir sobre o processo de trabalho, visando melhorar a qualidade desses serviços e suas condições de trabalho (OPAS, 1992). A atividade é considerada como mola propulsora da aprendizagem.

O protagonista principal da EPS deve ser a equipe, que, por sua vez, deve ser multidisciplinar e desenvolver um trabalho interprofissional. Os trabalhadores devem ser capazes de analisar seu contexto de trabalho, identificar os problemas emergentes do serviço, promover a participação e tomar decisões. Resumidamente, a EPS seria constituída por: educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho; pedagogia da problematização; participação ampliada; enfoque estratégico e interprofissionalidade (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018).

No Brasil, a EPS entrou oficialmente para a agenda do SUS como política pública, no início dos anos 2000. Temos documentos governamentais importantes que trazem a concepção dessa época. A Norma Operacional Básica em Recursos Humanos (NOB/SUS-RH), em sua última versão (BRASIL, 2005), a define como um processo de permanente aquisição de informações e conhecimentos, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele, tendo como objetivo melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe e da instituição em que trabalha.

Em 2004, a EPS ganhou a condição de “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” (BRASIL, 2004), sendo considerada como a realização do encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, no qual o aprender e o ensinar deveriam se incorporar ao cotidiano das organizações de saúde.

Para os autores desse documento, a EPS requereria ações no âmbito da formação técnica, da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde, bem como com o controle social - Quadrilátero da Formação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). A proposta era envolver os diferentes atores na mudança de rumos das políticas públicas do setor.

No documento “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” (BRASIL, 2009), a EPS é reafirmada como aprendizagem no trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem.

Silva et al. (2019) identificam diferentes discursos que retratam o processo histórico da EPS no Brasil: o discurso da centralidade do trabalho (adestramento, instrumentalização e educação profissional para atender às demandas dos serviços) convivendo com o discurso da centralidade dos sujeitos (expresso na educação popular e na identificação das necessidades dos sujeitos para o processo de aprender). Identifica-se também o discurso político-institucional do ordenamento e mudança da formação, no qual o Estado é o regulador na formulação das políticas públicas no campo da saúde e da educação. Neste sentido, podemos acentuar o caráter múltiplo do conceito de EPS no Brasil.

Considerando o exposto, este estudo tem como objetivo compreender a trajetória de formação dos trabalhadores de Saúde Mental de Betim/MG, um dos municípios pioneiros da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

### **Percurso metodológico**

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa orientada pela hermenêutica-dialética, a partir da concepção de Minayo (2008, 2014). Para a autora, a combinação entre a hermenêutica e a dialética faz a síntese dos processos compreensivos e críticos.

O cenário do estudo foi o município de Betim/MG. Com uma população de 427.146 habitantes está localizado a 30 km de Belo Horizonte. A partir da década de 90, teve um papel pioneiro na Reforma Psiquiátrica brasileira pela implantação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, constituindo uma experiência que teve destaque nacional (SILVA, 2013).

A rede de Saúde Mental de Betim busca oferecer as várias linhas de cuidado a pessoa com sofrimento mental, conforme preconizado pela Rede de Atenção Psicossocial–RAPS (BRASIL, 2011). Em 2017, havia três CAPS para atendimento de adultos, dois dos quais tipo III e um tipo I, um CAPSad tipo III, um CAPSi, um centro de convivência e três moradias protegidas. Ademais, contava também com 13 profissionais na Atenção Básica, referenciando 17 unidades.

Foram utilizados entrevistas narrativas e grupos focais como estratégias metodológicas. Segundo Onocko Campos et al. (2013), as narrativas dão um sentido às histórias vividas, buscando sua compreensão. Foram entrevistados profissionais de diferentes categorias e locais de trabalho, bem como realizados dois grupos focais, conforme especificado na tabela 1 (em anexo).

As entrevistas foram realizadas presencialmente, no local de trabalho, pela primeira autora, entre 2017 e 2018. Os trabalhadores foram convidados a narrar livremente sobre sua formação em Saúde Mental (SM). O primeiro grupo focal foi realizado no final de 2017, em um espaço próprio para reuniões da rede de Betim, com a participação de duas pesquisadoras (uma como mediadora do grupo e a outra como observadora).

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

Foram realizadas várias leituras do material, buscando entender os textos “neles mesmos” (MINAYO, 2014). Esse exercício permitiu apreender as ideias centrais e elencar temas abordados, como organização do trabalho, formação em saúde mental, desafios e contradições do trabalho em SM. Em seguida, foi construída uma narrativa comum a partir desses temas, narrativa esta apresentada em julho de 2019, no segundo grupo focal, sendo que todos os participantes da pesquisa foram convidados. Com isto, possibilitou aos integrantes do grupo retificar, discutir e validar esta narrativa, assim como coube a esse grupo interpretá-la e legitimá-la, constituindo o que Gadamer (1997) conceitua de “círculo hermenêutico”. Nesse processo, os sujeitos da pesquisa “passaram duas vezes pelo mesmo lugar, mas o fizeram em atitudes diversas, compreendendo de maneira sempre ampliada” (ONOCKO CAMPOS, 2013, p.270).

A pesquisa “Trajetória da Formação dos Trabalhadores de Saúde Mental do município de Betim/MG” foi desenvolvida no âmbito de investigação de doutorado da primeira autora. Foi aprovada pelos comitês de ética da Prefeitura de Betim/MG, em 09 de Julho de 2017, e do Instituto René Rachou-FIOCRUZ/MG, em 14 de Junho de 2017 (CAAE-68499517.6.0000.5091), não havendo conflitos de interesses e nem financiamento externo.

## **Resultados e discussão**

### **Primeiros anos – protagonismo dos trabalhadores e da gestão**

A maioria dos trabalhadores, quando chegou aos serviços de Betim, não tinha formação específica em SM, com poucas exceções. No início, somente os psiquiatras e alguns psicólogos tinham experiência na assistência a pacientes psicóticos, contudo, em hospitais psiquiátricos ou ambulatórios. Os entrevistados relataram a existência de “um grupo de profissionais militantes que, junto a uma gestão mais progressista, se dispuseram a construir uma rede de serviços de SM do município” (Grupo focal 2).

Esse grupo tinha uma formação diferenciada: alguns psicólogos com especialização em SM na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESPMG) e alguns psiquiatras oriundos do Programa de Residência Médica do Instituto Raul Soares. Foram os alunos desse Programa de Residência, por exemplo, os responsáveis pela organização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1979, tendo como convidados Robert Castel e Franco Basaglia. Nessa oportunidade, houve diversas denúncias sobre a realidade dos hospitais psiquiátricos mineiros, especialmente do Hospital Colônia de Barbacena (ARBEX, 2013).

Em 1986, a ESPMG também inicia um curso de especialização em Saúde Mental visando capacitar profissionais para sustentar projetos alternativos à lógica manicomial. Consolidava-se o movimento pela Reforma Psiquiátrica no estado e no Brasil (NUNES, 2009). Alguns trabalhadores de Betim surgem então, dessa formação.

*Minha residência foi no Raul Soares. Eu entrei num momento em que se pregava a desconstrução do hospital. Estava num momento de muita luta. No Raul, ainda existia um movimento de Antipsiquiatria. Apesar de ser algo já antigo, existia. Foi uma residência de muita briga, de muita luta, e muito em volta da luta antimanicomial. PA1*

A grande maioria dos trabalhadores, no entanto, não tinha como proposta trabalhar na área de SM - aqueles que entraram em meados de 1994-1995 e também aqueles que chegaram anos depois, uma vez que os concursos realizados eram para o SUS de forma geral.

Embora os profissionais não tivessem formação específica e/ou experiência em serviços substitutivos ao manicômio, quando entraram na rede buscaram se formar, individualmente ou no coletivo. No início, buscaram amparo teórico para suas práticas em grupos de estudos, grupos de pesquisa, especializações e outras pós-graduações.

Os próprios trabalhadores se mobilizaram em busca de formação. Sentiam-se implicados com o processo de construção dos serviços. Mesmo aqueles que não eram militantes se envolveram nesse processo, seduzidos pela proposta ou até mesmo para se adaptarem ao grupo.

*Eu acho que a equipe, de um modo geral, não estava preparada, mas a equipe estava muito junto. Esse processo de reunião de equipe possibilitava a quem tinha um percurso maior, ou na militância ou propriamente com os casos mais graves, ajudasse os demais... A gente estava sempre numa construção, né?! TO1*

Podemos concordar com Merhy, quando fala da necessidade de uma pedagogia da implicação, ou seja, “implicação ético-política do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe” (MERHY, 2005, p. 174).

Em suas narrativas, os entrevistados descreveram a preocupação com a inserção de novos trabalhadores. Os colegas ajudavam no desenvolvimento das funções, incentivando o investimento pessoal no trabalho, bem como estimulando a busca de novos conhecimentos. A formação se dava a partir da equipe e/ou nela própria.

*Todos nós viemos sem saber o que íamos encontrar, eu aprendi com eles. Com o pessoal que estava aqui, o pessoal mais antigo. A1*

*Eu considero que a minha formação se deu a partir da minha entrada em Betim, que foi o primeiro CAPS 24 horas, onde eu comecei a trabalhar e de fato a lidar com essa clínica, no corpo a corpo. Fui aprendendo a trabalhar nessa questão de equipe. Na época, claramente, sem uma hierarquia vertical, mas uma coisa mais horizontalizada. Em termos de responsabilização pelos casos, de condução partilhada. Uma coisa que não existe na escola de medicina e nem mesmo nas residências tradicionais. [...] Eu preciso aprender o que esse povo está fazendo. Eu não aprendi isso na escola, nem na residência. Foi aí que eu fui buscar outros espaços de interlocução, de conversa com outros campos de saber fora da medicina; porque eu vi que o que aprendi não bastou. PA2*

Podemos comprovar a força da equipe no processo de EPS: a equipe de trabalho se converte em veículo para a reorganização de significados e práticas, transformando o “capital passivo” do conhecimento (conhecimento científico, sistemático e relevante) em “capital ativo”, expressado em conhecimento significativo a partir da reflexão sobre a ação (HADDAD; ROSCHKE e DAVINI, 1994). Assim, podemos dizer que os trabalhadores de Betim vivenciaram a EPS, considerando o trabalho como fruto da interação dos profissionais da equipe entre si e com os usuários, sendo esse ‘entre’, como aponta Cavalcanti e Guizardi (2018), o principal dispositivo dos processos educacionais.

Os próprios trabalhadores assumiram o papel de formadores: organizavam seminários, cursos, encontros e outras estratégias de educação mais participativas (oficinas, fóruns) com temas eleitos pelo coletivo. Nesse sentido, a formação foi se integrando aos serviços (BRASIL, 2004)

O município também recebeu convidados engajados no Movimento da Luta Antimanicomial e/ou profissionais de outros serviços (tais como os de Santos, Campinas). Vale lembrar que Belo Horizonte foi um importante foco de influência para os serviços de SM em Betim, tanto pela proximidade quanto pelo fato de alguns profissionais com jornada de 20 horas trabalharem concomitantemente nos dois municípios. Em 1995, Betim sediou o II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial e, em 1998, o V Encontro Nacional de Usuários e Familiares (AMARANTE, 2015). Foi uma década de muito protagonismo já relatada por outra pesquisadora:

[...] a intenção de construir uma rede de atendimento ao portador de sofrimento psíquico partiu da organização de um grupo de trabalhadores. Neste sentido, foi um marco para o desenvolvimento de Betim e região o compromisso assumido entre o governo municipal e os trabalhadores que atuavam no campo da saúde mental, no início da década de 1990, em construir uma rede de atendimento – orientada pelos princípios do SUS e do movimento pela Reforma Psiquiátrica – que evitasse a internação e a cronificação de pessoas em hospitais psiquiátricos. [...] (NUNES, 2009, p.117).

Anos mais tarde o contexto é outro. Com a implantação nacional da política de SM (BRASIL, 2001), houve também em Betim uma expansão dos serviços e, em 2006, é realizado, novamente, um grande concurso e um número significativo de profissionais é inserido na rede de SM, muitos deles despreparados para esse trabalho.

*Não pensei que de fato eu ia parar na SM. Quando eu fiz concurso, eu estava ainda na graduação, eu fiz para a saúde de uma forma geral em Betim e não imaginava que seria chamada e poderia estar escolhendo entre urgência ou inserir em serviços de SM. [...] eu sinto até hoje uma ausência, uma falta, uma falha, vamos dizer assim, de capacitação específica pra trabalhar em SM. (AS4)*

*Minha experiência em SM era bem restrita aos estágios obrigatórios, pouca coisa eu fiz em SM. (TO4)*

Os trabalhadores, de forma geral, continuam chegando sem preparação para o trabalho em SM, que demanda uma equipe multiprofissional, ultrapassando, portanto, a educação uniprofissional geradora de especialistas. Demanda uma Educação Interprofissional, entendida como o aprendizado compartilhado com estudantes e profissionais de diversas áreas, na perspectiva do trabalho integrado (PEDUZZI, 2017). A formação em serviço continua sendo essencial, bem como a integração ensino-serviço. Mas como ela acontece na SM? Que dispositivos são importantes?

### ***O trabalho como espaço de formação***

Todos os participantes consideraram que foi, principalmente, dentro dos serviços que aprenderam a trabalhar em SM, num processo de educação permanente.

*Aprendi muito. O que mais eu aprendi de SM foi no trabalho... Na convivência com o paciente e na discussão com os colegas... Eu aprendi muito com colega assim, no conversar, informal: “Isso é o quê?”. A crise, a questão das patologias, a medicação também, tudo que eu sei de medicação não foi em Pós, foi dentro do serviço, com colegas... A gente vai trocando experiência com a especialidade de cada um. ASI*

Merhy (2015) destaca o cotidiano do trabalho como uma escola permanente na qual há não só produção de novos conhecimentos construídos coletivamente, como também novos processos de formação, sem que se tenha formalmente designado esse como lugar de capacitação do trabalhador para o exercício das suas funções, fato verificado nas narrativas dos trabalhadores.

Os profissionais estão sempre aprendendo, seja com os usuários, seja com os colegas. Aprendem no dia a dia, conversando, negociando, manejando situações. Aprendem no contato pessoal, na relação com o outro, no retorno de cada um. Cada usuário demanda um projeto específico e implica ações múltiplas e articulações junto à rede intrasetorial e intersetorial.

*Esse é o maior aprendizado, porque os próprios pacientes vêm com uma característica muito própria do caso deles. Os nossos casos são muitos ricos. Têm casos que a gente tem que discutir e acompanhar junto ao CRAS, têm casos de crianças, têm que acompanhar com o CREIAS, tem caso com interface com a família acolhedora, a gente está lá fazendo reunião com a família acolhedora. Tem caso que vai pro hospital, que é caso mais grave. A gente tem que discutir lá essa questão médica, essas questões todas. [...] a gente pensa em Centro de Convivência, para poder fazer paralelo ao tratamento no CAPS. Então acaba que a gente vai circulando muito porque o caso geralmente é muito rico. TO4*

As reuniões de equipe (semanais) foram avaliadas como espaços privilegiados para discussão e construção coletiva dos casos clínicos e projetos terapêuticos. Constituíram-se como espaços de formação clínica, de construção de conhecimento coletivo, bem como de posicionamentos políticos importantes para estabelecimento de mudanças nos processos de trabalho. Neste sentido, podemos reconhecer a concepção de EPS tal como foi colocada pela política nacional (BRASIL, 2004).

Dentro do contexto, a ‘passagem de plantão’ também foi citada como um momento importante para essa construção coletiva e aprendizado dos trabalhadores, favorecendo a integralidade das ações.

*Eu acho que tem um ganho na SM que é a participação na reunião de equipe. A participação do plantão como um todo, essa coisa de estar junto, discutindo quais os pacientes que deveriam ser buscados naquele dia; a participação da equipe na construção do caso. Entender por que o técnico de referência optou por colocar o paciente na permanência dia, né! Eu acho que a equipe de enfermagem tem algo que é do olhar cotidiano, de ver aquele paciente todo dia, e poder dizer coisas... que é desse observar. Às vezes, percebemos coisas que o técnico de referência não consegue pelo curto tempo que ele está com aquele paciente. T1*

Em alguns serviços, principalmente nos CAPS III - nos quais há um número maior de profissionais, especialmente da enfermagem - observamos diversos desafios para sustentar esses dispositivos, em razão da dificuldade de reunir toda a equipe, pois muitos trabalham em turnos distintos; pelas inúmeras demandas dos serviços e pela própria desmotivação dos trabalhadores.

*Eu tenho ficado angustiada com isso. É um espaço de formação constante que eu acho que é esta reunião de equipe. Porque é um horário protegido. Aqui em Betim acontece nas sextas-feiras. Mas aí o que acontece? Tudo o que vai acontecer no município é na sexta-feira. E então a gente sai várias vezes desta reunião, ela não acontece muitas vezes. E na verdade este horário não é protegido para todos. Como os nossos serviços são muito inchados está muito difícil para todo mundo parar e estar ali. [...]. A reunião não consegue ter tempo suficiente para discutir todos os casos. Para falar da especificidade de cada caso, para você aprender o que está acontecendo. Tem que passar um monte de informação: uma mudança do horário da prefeitura, do horário de não sei o quê... A reunião não é mais suficiente e isso tem me angustiado muito. Eu acho que gente perdeu muito em espaços de formação e a gente percebe isso se deteriorando no serviço [...] F3*

Embora reconheçam a importância desses espaços, estão impotentes diante da grande demanda de trabalho e da burocratização desses dispositivos, não se reconhecendo mais como protagonistas desse processo no cotidiano.

Os fóruns intersetoriais também foram citados como espaços de discussão e formação: neles participam diversos atores da rede intrasetorial e intersetorial para discutir os casos mais complexos. No início, foi uma iniciativa dos próprios trabalhadores; eles mesmos os coordenavam e organizavam, num movimento instituinte.

*Nos fóruns se elegia um caso e os atores daquele caso - escola, centro de reabilitação, CRAEI - sentava mesmo para discutir e era muito bacana, muito importante mesmo. Estava médico, quem acompanhava como Técnico de Referência, a escola... Era uma discussão muito rica. E1*

Atualmente, os fóruns intersetoriais foram instituídos oficialmente como dispositivos da RAPS Betim. Uma vez por mês, os profissionais da SM se dirigem para outros serviços nas diversas regiões da cidade, reunindo-se com os demais trabalhadores da rede. A proposta é a integração dos diferentes serviços para atender aos casos mais complexos no próprio território e a formação dos trabalhadores da Atenção Básica em saúde mental.

As supervisões também foram apontadas como essenciais para a formação dos trabalhadores de Betim - aquelas realizadas individualmente, em um modelo mais clássico, por investimento do próprio profissional, ou as viabilizadas pela gestão municipal ou federal, denominadas “supervisão clínico-institucional”, como dispositivo estratégico originado das necessidades concretas do novo modelo de atenção psicossocial (DELGADO, 2013).



Constatamos que os fóruns e as supervisões clínico-institucionais de Betim caminham na direção da proposta da Política de EPS (BRASIL, 2004), constituindo-se como espaços para a discussão e a mudança do processo de trabalho da equipe de saúde mental, conforme analisado em outras pesquisas (SAMPAIO et al., 2011; SILVA et al., 2013).

A supervisão clínico-institucional, segundo Radke e Ceccim (2018), objetiva qualificar a prática dos profissionais que atuam diretamente na ponta, no atendimento ao usuário, e promover o debate, a construção e avaliação da rede de atenção psicossocial. Geralmente, é escolhido um caso que traz questões para o serviço, possibilitando um cuidado mais adequado às suas necessidades. Para isto, é convidado um profissional de fora, com experiência e formação em saúde mental, para orientar na discussão do projeto terapêutico. Os profissionais de Betim reconhecem esse dispositivo como importantíssimo para o trabalho, na construção dos casos estudados e concedendo subsídios para outros, integrando a teoria e a prática.

*As supervisões clínicas, clínico-institucionais, foram um marco muito importante neste meu percurso. (...) Ainda que fosse sobre um viés muito diferente, a psicanálise, que não era minha formação, mas eu acho que as supervisões clínico-institucionais foram apurando a minha escuta [...]. TO2*

Nesse processo, reconhecem a importância dos supervisores se expressarem numa linguagem acessível a todos, pois, em muitos momentos, os termos por eles utilizados, ancorados na teoria psicanalítica, dificultaram a compreensão de parte da equipe, como observamos nos depoimentos a seguir.

*Nos cinco anos que fiquei no Cersami (CAPSi) a gente teve supervisões interessantes. Complicadas, às vezes. Como a minha formação não é tão específica, tinha termos, tinha algumas coisas assim que eu não entendia. T1*

*Na época do estágio em SM eu tinha essa mesma sensação de estrangeira, porque as supervisões no CERSAM Santa Tereza {Belo Horizonte} eram todas em psicanálise e não era uma psicanálise acessível que vim a ter depois. Era uma psicanálise de desenhar matema no quadro, para uma equipe que tinha técnico de enfermagem. Então, aquilo não servia, não entrava pra mim. ... É isso. Entrei na cara e na coragem na SM aqui de Betim. TO2*

Em Minas Gerais, observa-se uma forte influência da psicanálise lacaniana. Muitos dos supervisores eram psicanalistas, o que contribuiu para uma escuta subjetiva de cada usuário e para o atendimento de pacientes psicóticos, apontando para projetos terapêuticos singulares, abertos à constante revisão e atentos para a imprevisibilidade permanente dessa condição (VASCONCELOS, 2009). Contudo, segundo Ferreira Neto (2017), essa hegemonia da psicanálise dificultou o debate interdisciplinar no campo da saúde mental, sendo que a ênfase na dimensão clínica levou à sobrevalorização da intervenção intrassubjetiva, em detrimento de práticas ampliadas de intervenção no campo de interação entre os sujeitos e nos seus

territórios. Observamos, em Betim, dificuldades no trabalho de inserção social dos usuários - talvez devido ao centramento nessa perspectiva subjetiva e/ou porque as próprias condições de trabalho têm dificultado a ampliação do cuidado. Esse é um tema que merece ser aprofundado em futuros estudos.

*[...] a nossa clínica perdeu muito nos últimos anos; essa possibilidade de outro viés de trabalho. Você precisa de tempo para construir uma inserção social de um paciente, após uma ruptura psicótica ou de outra ordem no campo da saúde mental. E, hoje, a gente fica muito apagando incêndios. A equipe mínima... muita gente já vem desmotivada. Então, é difícil você fazer isso. Eu não gosto deste termo reabilitação social. Isto eu aprendi na Psicanálise: o indivíduo, principalmente o psicótico, vai construir, ao longo de sua vida, alguns pontos de suplência que dão uma certa ancoragem. E cada crise quando há aquilo que claudica, falha, ele tem que construir o novo. Então, é sempre uma inserção social... , uma nova inserção desse sujeito no contexto, seja social, familiar, laborativo. PA2*

Nos últimos anos, os profissionais reconhecem a falta das supervisões empobrecendo a formação e a clínica. O que se tem alcançado, em alguns serviços, são supervisões esporádicas em parceria com o curso de medicina do município, que são promovidas por um professor como contrapartida ao internato ali realizado, o que demonstra a importância da política de integração ensino-serviço do município, mas também sua insuficiência.

Esses dados reafirmam o que já havia sido levantado em 2013, pela pesquisa “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial dos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo”, realizada pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sobre o fato das supervisões clínico-institucionais não terem se consolidado como recurso de qualificação dos CAPS. Tal pesquisa “aponta para as dificuldades não apenas da consolidação desta importante metodologia de acompanhamento da clínica no território, mas igualmente para a própria fragilidade da rede de atenção psicossocial” (DELGADO, 2013, p. 26); o que se constatou em Betim/MG.

### ***Integração ensino-serviço***

Os serviços de SM do município têm recebidos estagiários e residentes ao longo de sua história, numa proposta de integração ensino-serviço. A partir das iniciativas da Política Nacional, alguns profissionais participaram de projetos, como o Programa Nacional de Reorientação Profissional para a Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), mais especificamente o PET- Saúde Mental, Crack e outras drogas. Esses programas visavam impulsionar mudanças na formação para o trabalho em saúde pública e em saúde mental, injetando recursos financeiros e estimulando o desenvolvimento de atividades de formação e estágios, complementares àquelas da estrutura

curricular pré-existente, e promovendo uma aproximação real com os campos de formação e os serviços (BRASIL, 2008; 2009).

Os trabalhadores de Betim reconhecem a importância da integração ensino-serviço não só para a formação de estudantes, mas também para o próprio processo de educação permanente. Aqueles que se envolveram diretamente nesses projetos de formação avaliam que aprenderam muito ao “*estudar e se preparar para acompanhar os alunos e dar supervisões*”<sup>P2</sup>. Os alunos são representados como “*pessoas de fora*” que trazem questões importantes para a reflexão do trabalho realizado. Entendem esse lugar de formador como um lugar também de aprendiz: “*ao ensinar você aprende, pois precisa responder pelo que faz. Precisa refletir sobre seu trabalho para sustentar sua posição*”<sup>TO1</sup>.

A residência em psiquiatria, que inicia no município em 2012, e a residência multiprofissional em saúde mental, que se desenvolveu de 2010 a 2016, em parceria com a Escola de Saúde Pública (ESPMG) ou com a PUC Minas, foram importantes estratégias de formação interprofissional. Infelizmente, a multiprofissional não se manteve. Observamos, novamente, um recuo na formação em saúde mental no município, reflexo da falta de investimento na saúde pública. Os trabalhadores reconhecem e lamentam a extinção desse dispositivo.

*Esse momento da residência foi fundamental. Você cria uma formação para as pessoas estarem na rede. Um estudo e uma prática. Você aprende a trabalhar, fazendo. Aprende trabalhando. Eu vi muitos residentes passarem por aqui e a forma positiva que eles falam de aprender fazendo. É outra história! P2*

Esses dados confirmam a recente pesquisa “Residência Integrada de Saúde Mental de Belo Horizonte”, na qual constatou-se que essas experiências de residências constituem um espaço privilegiado de formação para o SUS, sustentando uma formação teórica vinculada às práticas e pautada no trabalho em equipe na lógica interdisciplinar, com grande potencialidade para o fortalecimento da atenção psicossocial, por meio da efetivação da interprofissionalidade e das práticas colaborativas entre trabalhadores (LIMA; PASSOS, 2019).

Verificamos que essas residências, além de formarem novos profissionais para o trabalho a partir da realidade do SUS, buscando uma escuta qualificada e o trabalho em equipe, mobilizaram também os trabalhadores da rede a continuarem neste processo de educação permanente. Os participantes puderam participar das aulas teóricas durante os anos de parceria com a ESPMG.

*Depois veio a formação na ESPMG, a formação aprofundada em SM, que foi ligada à residência multiprofissional. Eu acho que aí mudou totalmente o meu percurso.*

*Impressionante tanto que agregou, foi uma formação muito profunda, de 800hs. TO2*

*Tivemos a oportunidade de começar a participar dos seminários; foi um convite ao trabalhador para estar participando das turmas. Nossa! Pra mim foi maravilhoso estar lá. ... Discutindo temas teóricos e práticos. Os residentes levavam a visão que tinham dos serviços para serem discutidos e as situações que rolavam com os pacientes e também tinha teoria, os casos clínicos... Foi riquíssimo! Uma oportunidade maravilhosa para minha formação. E1*

Os trabalhadores também puderam refletir sobre o próprio processo de construção do conhecimento e da educação para o SUS:

*A residência, eu acho que foi um momento importante. Depois de muitos anos no trabalho eu fui participar primeiro da residência como preceptora e depois como coordenadora. Isso me fez pensar muito no processo de formação: como deve ser a formação do profissional para o SUS? E para a SM? O que é necessário saber? O que é importante? Que conhecimentos a gente têm acumulado nesses anos que precisa ser transmitido? Esse saber que a gente constrói na prática, que é fundamental, e que, muitas vezes, entra em choque com o que a academia pensa de um saber mais teórico, de uma forma mais sistematizada, dentro dos autores e tal. Foi um momento que me fez refletir muito sobre isso. A gente tem um saber, a gente construiu um saber, coletivamente... E daí a importância de se transmitir isso, para que quem chega não comece do zero. A residência foi um momento assim, que mexeu com isso. TO1*

Amarante (2015) afirma que a reforma psiquiátrica tem várias dimensões, entre elas uma dimensão teórico-conceitual ou epistêmica. Aponta que tal dimensão é muito importante, no entanto, é muito pouco abordada. Esse autor considera que é necessário que as pessoas que atuam na área da saúde mental aprendam a refletir sobre os conceitos e processos que definem o que é ciência, como se produzem conhecimentos, como estes se legitimam, além das relações entre saber e poder. A experiência da residência multiprofissional em Betim possibilitou tal dimensão.

Percebemos, também, ressonâncias desse processo na atual organização da residência de psiquiatria. Essa vem construindo uma preceptoria mais horizontal, sendo o preceptor “*um servidor público, trabalhando na equipe juntamente com o residente*” PA2. Busca-se uma relação mais próxima, na qual ambos estão atuando e compartilhando suas clínicas, num processo conjunto: “*O preceptor não é um supervisor, mas alguém, com um pouco mais de experiência, que está aprendendo junto*” PA2. Neste sentido, os trabalhadores reconhecem a importância de se ter uma metodologia mais participativa e menos prescritiva no processo ensino-aprendizagem.

O apoio matricial, ainda, não é consolidado em Betim, devido ao pouco número de trabalhadores de SM nas Unidades Básicas de Saúde, responsáveis pelo matriciamento. No entanto, nas unidades nas quais ele ocorre, tem se mostrado potente na formação dos

trabalhadores de forma geral. Uma das profissionais envolvidas aponta a importância de se trabalhar de forma menos pedagógica possível, possibilitando a expressão de sentimentos dos profissionais em relação aos usuários e às angústias produzidas pelo próprio trabalho.

Nunes et al. (2008) identificaram a coexistência de três modelos de cuidado em SM: o modelo biomédico humanizado, o psicossocial com ênfase na instituição e o psicossocial com ênfase no território, revelando pontos de conflito na forma de vislumbrar a Reforma Psiquiátrica desejada e o alcance das práticas.

Podemos avaliar que em Betim, embora haja movimentos para sair dos CAPS, como os fóruns intersetoriais e o apoio matricial, o modelo continua centrado nesse dispositivo. Assim, há que se avançar na inovação e na criatividade de estratégias e mecanismos para manter vivo o movimento de desinstitucionalização. As experiências de EPS apontadas neste estudo podem contribuir para disparar e sustentar esse processo.

### **Considerações finais**

A história de construção dos serviços de Betim foi marcada por invenção, reflexão e formação. Os trabalhadores foram criando dispositivos a partir das necessidades das pessoas em sofrimento mental do município e de suas demandas, bem como das condições reais e ao que era possível nos diferentes contextos políticos. Em vários momentos, realizaram-se propostas importantes de formação, com a participação maior dos trabalhadores. Em outros, identificou-se a vulnerabilidade trazida pelas mudanças de gestão, desconstruindo projetos educativos de gestões anteriores, tal como a residência multiprofissional.

Os trabalhadores conseguiram, ao longo dessa trajetória, sustentar alguns espaços de discussão, análise e reflexão de suas práticas e de seus referenciais teóricos. Foram atores ativos, saindo da condição de “recursos humanos” para o estatuto de atores implicados e comprometidos com a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Percebemos, no entanto, que esses trabalhadores conviveram ao longo dos anos com oscilações de investimentos no SUS e com a desvalorização de suas funções enquanto servidores públicos, se sentindo responsabilizados pela resolutividade dos serviços, mas convivendo com inúmeros desafios.

Atualmente, temos um aumento importante na demanda, bem como na complexidade dos casos, todavia, nacionalmente, estamos vivendo um processo acelerado de desmonte dos

avanços alcançados pela reforma psiquiátrica, acarretando também perdas importantes nos dispositivos de formação, enfraquecimento de práticas coletivas e colaborativas de reflexão do trabalho e de Educação Permanente.

Observamos que em Betim houve uma aproximação entre a universidade e a Saúde Mental, através de estágios ou de programas do Ministério da Saúde, como o Pró-Saúde e o PET-Saúde, propostas de educação interprofissional importantes para o trabalho no SUS. É necessário continuar fortalecendo esse vínculo, pois, ainda, é preocupante a formação dos novos trabalhadores, que se mantém centrada no modelo liberal, formando especialistas, de forma uniprofissional, sem articulação com as outras disciplinas.

Com a trajetória de formação dos trabalhadores de Betim, constatamos que a integração ensino-serviço pode ser uma ferramenta importante não apenas para os estudantes, mas também para a educação dos profissionais do SUS: ela pode favorecer a formação e a reflexão crítica do próprio trabalho e a universidade pode trazer elementos ricos para essa reflexão.

Também as supervisões são importantes dispositivos de EPS. Mas é importante que a “linguagem hermética” da psicanálise dê lugar a um esforço de comunicação entre as pessoas de diferentes formações.

Entendemos que esse estudo pode contribuir para demonstrar a importância da Educação Permanente, bem como da integração ensino-serviço, como uma estratégia de resistência e de fortalecimento do modelo de Atenção Psicossocial.

### **Referências<sup>71</sup>:**

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

ARBEX, D. *Holocausto brasileiro*. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 ab. 2001. Seção 1. p.2.

---

<sup>71</sup> As referências dos artigos seguem as normas das revistas nas quais foram submetidos. As referências finais da Tese estão padronizadas conforme orientação do Programa de Saúde Coletiva do IRR/FIOCRUZ/MG.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.98 p. – (Série Cadernos Técnicos – CNS) – (Série J. Cadernos – MS)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 Ago2008.Seção 1, p. 27.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde– Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p.88 (Série C. Projetos, Programas e Relatório).

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 dez. 2011.

CAMPOS, K.F.C.; SENA, R.R.; SILVA, K.L. Educação permanente nos serviços de saúde. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2017. Disponível <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452017000400801&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400801&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 16 de julho de 2019.

CAVALCANTI, F.O.L; GUIZARDI, F.L. Educação Continuada ou Permanente em Saúde? Análise da Produção Pan-Americana da Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 99-122, 2018.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER,L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

DELGADO, P.G.G. Supervisão Clínico-Institucional: conceito e história. In: Augusto Nunes Filho. (Org.). *Supervisão em Saúde Mental*. 1º. ed. Belo Horizonte: ESPMG, 2013, p. 18-27.

FERREIRA NETO, J.L. *Psicologia, Políticas Públicas e o SUS*. 2ª. ed. Ampliada. São Paulo: Escuta, 2017.

GADAMER, H. *Verdade e método*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

GRILLO, M.J.C. *Educação Permanente em Saúde: espaços, sujeitos e tecnologias na reflexão sobre o processo de trabalho*. 222fl. Tese (Doutorado em enfermagem). Escola de Enfermagem, UFMG, Belo Horizonte, 2012.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M.A.L.C; DAVINI, M.C. *Educación Permanente de Personal de Salud*. Washington: Organización Panamericana de La Salud, 1994, 247 p. (Série Desarrollo de Recursos Humanos nº100).

LIMA, I. C. B. F; PASSOS, I.C.F. Residências Integradas Em Saúde Mental: Para Além Do Tecnicismo. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n.2, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462019000200512&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200512&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso 15 jun. 2019.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.9, n.16, p.172-177, set.2004/fev.2005.

\_\_\_\_\_ Educação Permanente em movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Saúde em Redes*. Porto Alegre, v.1, n.1,p. 07-14, 2015. Disponível em:<<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309>> .Acesso em 01 jul. 2019.

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F. (orgs.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.



NUNES, K.G. *Reforma psiquiátrica no Brasil: Um estudo sobre a trajetória de Betim, Minas Gerais*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009.

NUNES, M. et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 188-196, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100019)>.

Acesso em 30 jul. 2019.

ONOCKO CAMPOS, R. et al. *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade*. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. *Educación permanente ensalud: informes finales de tres grupos de trabajo: Rol de La Universidad*. Washington, 1992: Monitoreo de procesos educativos, Antigua, 1992. Washington, D.C.: OPAS, 1993. 54 p. (Seriadesarrollo de recursos humanos; 94).

PEDUZZI M. Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In TOASSI R.F. (org.). *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* [recurso eletrônico]. 1. ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. P. 40-48. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>>. Acesso em 15 nov. 2019.

RADKE, M.B.; CECCIM, R.B. Educação em saúde mental: ação da reforma psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 4, n.2, p. 19-36, 2018. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/845/279>>. Acesso em 30 jul. 2019.

SAMPAIO, J.J.C. et al.. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4685-4694, 2011. Disponível: <[www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/17.pdf)>. Acesso: 24 jul. 2019.

SILVA, C.R. *A extensão universitária em saúde mental: por uma formação crítica*. 199 fl. Dissertação (Mestrado em de Psicologia Social). Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte, 2013.

SILVA, K.L.et al. Análise dos discursos referentes à educação permanente em saúde no Brasil (1970 a 2005). *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v.17, n.2, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462019000200200&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200200&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso 15 jun. 2019.

SILVA, N.S. et al. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1142-1151, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400033](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400033)>. Acesso: 26 jul. 2019.

VASCONCELOS, E.M. *Abordagens psicossociais: história, teoria e trabalho no campo*. 2ª.ed. São Paulo: Hucitec, 2009. V. 1. (SaúdeLoucura; v.24).

### **5.3 Artigo 2 - Saúde Mental e Interprofissionalidade: experiência de Betim, Minas Gerais, Brasil/Mental Health and Interprofessionality: Betim experience, Minas Gerais, Brazil/Salud mental e interprofesionalidad: Betim experience, Minas Gerais, Brasil**

#### **Resumo**

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

Palavras chave: saúde mental; educação permanente; equipe interdisciplinar de saúde.

#### ***Abstract***

*The Psychosocial Care model brought new forms of work organization in mental health. The aim of this study was to understand the dynamics of multiprofessional teamwork developed at Betim / MG services. The methodological framework was based on qualitative research. Narrative interviews and focus group were conducted. Under the guidance of dialectical hermeneutics, three categories of analysis were constructed: construction of the work process - historical and current aspects; teamwork and repercussions on the professions; job challenges. The work in mental health has been developed by multidisciplinary teams, in a proposal of interprofessional organization. Workers were able to reconstruct identifiable places distinct from their specific categories. Although they recognize that teamwork and collective reflection devices are essential to support the model, there are challenges that compromise care and cause suffering in workers, indicating the need for investment in Permanent Health Education.*

*Keywords: mental health; permanent education; interdisciplinary team of saúde.*

### **Resumen**

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

*Palabras clave: salud mental; educación permanente; equipo interdisciplinario de saúde.*

### **Introdução**

O modelo de Atenção Psicossocial trouxe uma inversão na organização do processo de trabalho em Saúde Mental (SM). Com a Reforma Psiquiátrica, passou-se ao desenvolvimento do trabalho em equipe, com uma dinâmica interdisciplinar e horizontal, primando pela construção coletiva dos processos de trabalho (SAMPAIO et al., 2011).

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

Sampaio et al. (2011) concebem a interdisciplinaridade como consequência da complexidade do conhecimento, observando que as saídas dos impasses e das fragmentações dos saberes especializados se efetivam por meio de um corpo coletivo de trabalho, atuando sob uma lógica integrada. Reconhecem também que os saberes e as habilidades adquiridas durante a formação profissional, embora ofereçam as principais tecnologias disponíveis, não se

mostram suficientes para os desafios enfrentados pela Rede de Atenção Psicossocial — RAPS (BRASIL, 2011).

A interdisciplinaridade pressupõe a coexistência de ações técnicas privativas das diversas categorias, denominadas “núcleo” e a execução de outras ações comuns a todos os profissionais, dentro do “campo” da saúde mental (MEIRELHES et al., 2011). Núcleo e campo são conceitos-ferramentas elaborados por Campos (2000). O núcleo demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional, e o campo, um espaço de limites imprecisos no qual cada disciplina e profissão buscam, em outras, apoio para cumprirem suas tarefas teóricas e práticas. As atividades relacionadas ao campo são de caráter interdisciplinar; tanto o núcleo quanto o campo são mutantes e se influenciam mutuamente.

Em paralelo ao conceito de interdisciplinaridade temos o de interprofissionalidade, definido por Ceccim (2017) como uma condição de práticas colaborativas entre os profissionais da saúde. Citando Campos e sua definição de campo e de núcleo, Ceccim nos fala de um “núcleo comum” às profissões.

A interprofissionalidade incluiria tudo aquilo que podemos desenvolver como “núcleo comum”, tudo aquilo que podemos realizar mediante apoio ou aquilo para o qual não temos autonomia, exceto quando executado junto a outros membros de uma equipe. Assim, o “núcleo comum” reúne as categorias profissionais em grupos de compartilhamento, submetido a práticas colaborativas emergentes em cada agrupamento real, cada singular processo de construção de trocas, apoio, compromissos e estratégias visando ao maior acolhimento e maior resolutividade. A sobreposição, a intersecção e mesmo a identidade entre os conhecimentos e fazeres das várias categorias desenham interprofissionalidades “globais” (o comum das profissões) e “locais” (o comum emergente do agir protegido entre pares da ação do trabalho), somente “reais” no mundo do trabalho.

A colaboração interprofissional é, essencialmente, “co-laboração”, ou seja, é trabalho com e entre muitos, não sendo “algo simples”. Para o funcionamento efetivo em equipe, baseado em profunda colaboração interprofissional, a deliberada vontade e orientação de seus integrantes é necessária, mas não suficiente. É fundamental a instauração de ambiente democrático e de mecanismos institucionais que garantam espaços intraequipes, que permitam o florescimento de práticas fundadas na cooperação entre saberes e ações (FURTADO, 2007).

Frente ao exposto, buscou-se neste estudo compreender a dinâmica de trabalho em equipes

multiprofissionais desenvolvida em serviços de saúde mental do município de Betim/MG.

### **Percurso metodológico**

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

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

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

Foram utilizadas duas estratégias metodológicas: entrevistas narrativas e grupo focal. Foram entrevistados 22 profissionais de diferentes categorias e realizado um grupo focal com nove participantes, inseridos em diferentes locais de trabalho (CAPS III, CAPS I, CAPS ad, CAPSi, Centro de Convivência, Residência Terapêutica, Unidade Básica), conforme especificados na Tabela 1. Importante mencionar que os locais de trabalho não foram identificados para assegurar o anonimato dos participantes, conforme acordado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Tabela 1: Caracterização dos Participantes**

Símbolo	Profissão	Sexo	Tempo de serviço na SM	Entrevista narrativa	Grupo Focal
A1	Auxiliar de enfermagem	Feminino	10 anos	X	X
A2	Auxiliar de enfermagem	Feminino	22 anos	X	
A3	Auxiliar de enfermagem	Feminino	16 anos	X	
A4	Aux. de enf. Oficineira	Feminino	4 anos	X	X
AH1	Oficineira	Feminino	22 anos	X	
T1	Técnico de enfermagem	Feminino	10 anos	X	
T2	Técnico de enfermagem	Feminino	5 anos		X
E1	Enfermeira	Feminino	10 anos	X	
E2	Enfermeira	Feminino	22 anos	X	
E3	Enfermeira	Feminino	23 anos		X
AS1	Assistente Social	Feminino	9 anos	X	
AS2	Assistente Social	Feminino	24 anos	X	
AS3	Assistente Social	Feminino	18 anos		X
AS4	Assistente Social	Feminino	6 anos	X	
P1	Psicólogo	Feminino	9 anos	X	X
P2	Psicólogo	Masculino	20 anos	X	
P3	Psicólogo	Feminino	23 anos	X	
PA1	Psiquiatra	Feminino	14 anos	X	
PA2	Psiquiatra	Masculino	21 anos	X	
PA3	Psiquiatra	Feminino	23 anos		X
PA4	Psiquiatra	Masculino	21 anos	X	
TO1	Terapeuta Ocupacional	Feminino	22 anos	X	
TO2	Terapeuta Ocupacional	Feminino	10 anos	X	
TO3	Terapeuta Ocupacional	Masculino	8 anos		X
TO4	Terapeuta Ocupacional	Feminino	6 anos	X	
F1	Farmacêutico	Feminino	21 anos	X	
F2	Farmacêutico	Feminino	9 anos	X	
F3	Farmacêutico	Feminino	10 anos		X

Fonte: Dados da pesquisa

O critério de inclusão dos participantes exigiu ser funcionário efetivo da RAPS de Betim, com um percurso na mesma. Foram, então, entrevistados profissionais de nível superior e técnico, com mais de 15 anos de trabalho em SM, em sua maioria. O grupo focal foi também composto por profissionais de diferentes categorias, variando o tempo de serviço. As entrevistas foram realizadas presencialmente, no local de trabalho, pela primeira autora. O contato com as pessoas entrevistadas foi realizado pessoalmente ou por meio telefônico. As entrevistas foram realizadas entre 2017 e 2018. Os trabalhadores foram convidados a narrarem, livremente, sobre sua formação em Saúde Mental. O grupo focal foi realizado no final de 2017, com a participação duas pesquisadoras (uma como mediadora do grupo e a outra como observadora), com duração de duas horas. Foram levantadas questões sobre o tema “Formação em Saúde Mental” para mobilizar a discussão.

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

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

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

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

As categorias de análise foram definidas a partir do diálogo entre os conteúdos e a revisão de literatura, sendo: 1) Construção do processo de trabalho: aspectos históricos e atuais. 2)



Trabalho em equipe e repercussões nas profissões. 3) Desafios do trabalho. O tema interprofissionalidade apareceu como um eixo transversal, perpassando as três categorias e será o objeto de discussão neste artigo.

A pesquisa aqui apresentada se desenvolveu no âmbito de investigação de doutorado da primeira autora e foi aprovada pelos comitês de ética da Prefeitura de Betim/MG e do Instituto René Rachou-FIOCRUZ/MG (CAAE- 68499517.6.0000.5091), não havendo conflitos de interesses e nem financiamento externo.

## **Resultados e Discussão**

### ***Construção do Processo de Trabalho: Aspectos Históricos e Atuais***

No município implantou-se uma lógica de organização do trabalho a partir do acolhimento, definição de Técnicos de Referência (TR), discussão coletiva de casos clínicos de maior complexidade e trabalho em rede intersetorial. Isso se iniciou em 1994, quando foi criado o primeiro CAPS; “[...] com o processo de discussão da Reforma Psiquiátrica, o CERSAM... começou a ser referenciado com esse nome: CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental) [...] a própria SM foi se formatando de uma forma do modelo {do município} de Santos, que era todo mundo atender.”(AS2).

Segundo Amarante (2012), a Reforma Psiquiátrica assumiu repercussão nacional com a intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos na Casa de Saúde Anchieta, em 1989, e a subsequente criação de dispositivos antimanicomiais na cidade. A experiência santista se tornou a mais importante do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, inspirando várias experiências conduzidas por todo o país e o projeto de lei Paulo Delgado (FERREIRA NETO, 2010). Betim/ MG foi um dos municípios brasileiros a implantarem serviços substitutivos ao manicômio inspirado nessa experiência.

Os serviços no município foram constituídos por equipes multiprofissionais, com atividades que deveriam ser desempenhadas por todos os técnicos de nível superior (acolhimento, plantão, atendimento à crise, referência técnica de usuários, discussão e construção de projetos terapêuticos, entre outros). Os profissionais passaram a ter um “núcleo comum” de atividades, necessitando de colaboração para realizar suas novas funções, numa perspectiva de trabalho integrado e interprofissional, como apontado por Ceccim (2017).

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

O cuidado em SM foi compreendido pelos trabalhadores na relação entre usuários e profissionais, na intersubjetividade, no “corpo a corpo”, isto é, no contato próximo e cotidiano, sendo necessária a escuta subjetiva de cada um, pela equipe. Nesse sentido, os trabalhadores aprenderam que é necessário que todos tenham “tato” (A1), “manejo” (A2): “saber escutar, ouvir... se permitir encontrar com o outro” (T2). Para tanto, se faz necessário estabelecer relações horizontais, como nos narra uma oficinaira: “o usuário conta coisas que no consultório do psicólogo ele não conta.” (AH1). Ou seja, diferentes espaços e diferentes relações produzem diversas formas de cuidado.

Podemos compreender o trabalho em SM como interdisciplinar e interprofissional. Interdisciplinar, na medida em que pressupõe a coexistência de ações específicas de cada categoria e interprofissional, pois também pressupõe a co-laboração entre os trabalhadores, o fazer compartilhado.

Segundo Abrahão et al. (2017), o encontro entre os trabalhadores, entre os diferentes saberes em circulação produz cuidado e também novos conhecimentos, uma vez que conseguem extrair da experiência aprendizado e inovações tecnológicas. Tal dinâmica foi observada neste estudo.

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

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

### ***O Trabalho e as Repercussões nas Profissões***

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

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

*[...] eu não tinha formação em psicologia, então eu não sentia apta a fazer atendimentos dos casos. Eu acolhia os casos, eu participava dos plantões, mas eu tinha o meu campo de atividades que eram as reuniões de família, atividades com os pacientes, atividades extramuros, contato com o Centro de Convivência, em reunião de familiares. E os acolhimentos na urgência, que eu participava como plantonista. Mas eu não atendia casos. As vezes eu me colocava como técnico de referência, isso passou ser até discussão, então teve gente que falava assim: “Então você vai ser técnico de referência e o caso é com o psicólogo”. Isso, obviamente, gerava uma grande confusão, porque o projeto do caso se mistura na escuta do atendimento e acaba que não dava muito certo. Depois apareceu: “Os casos de oligo pode ser dela”. Eu falei: “Espera aí. Eu não vim aqui pra atender oligo. Eu vim pra ser assistente social”. Eu ia sempre marcando um pouco esse lugar da minha profissão. (AS2)*

Para muitos entrevistados, o trabalho se estabelece num limite impreciso entre a especificidade, a identidade profissional e os papéis atribuídos ao coletivo da equipe. Eles se identificam, muitas vezes, como “trabalhadores da SM”. O terapeuta ocupacional, por exemplo, já não se reconhece como aquele profissional responsável por manter o paciente ocupado, como era nos hospitais psiquiátricos:

*O SUS me contratou para eu ser uma terapeuta ocupacional. E eu vim com esta intenção, com esta ideologia. Hoje, eu não me sinto mais terapeuta ocupacional... Eu acho que eu fui. (...) E isto traz uma série de questões pra mim, porque existe um papel que é esperado do terapeuta ocupacional, que é o papel de quem vai ajudar a pessoa a ser autônoma nas atividades concretas do dia a dia. Espera-se que o terapeuta ocupacional faça oficina produtiva com os pacientes. (...) Hoje, uma oficina de produção não é o que eu sei dar de melhor. (TO2)*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Segundo Koda e Fernandes (2007), o trabalhador sofre uma experiência de desenraizamento ao ver sua identidade profissional ser colocada em questão. Ao construir um trabalho mais articulado com profissionais de outras áreas, resignificando o seu próprio saber, rompe com práticas tradicionalmente instituídas e reproduzidas nos cursos de formação e suas referências identificatórias são questionadas. As fragilidades suscitadas podem ser vividas como ameaças.

Neste contexto, podemos pensar que a multidisciplinaridade e interprofissionalidade podem trazer conflitos internos e levantar resistências na equipe, o que deve ser trabalhado em dispositivos de Educação Permanente, como, por exemplo, em supervisões.

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

*visão do cuidado, da escuta e passa a ser um elemento desta escuta também. [...] eu participo das discussões de casos com a equipe”. (F3).*

Também o psicólogo ampliou seu cabedal de atuação: *“Durante muito tempo a gente fez um trabalho muito individual. A gente atendia no ambulatório [...]. Depois de algum tempo a gente começou a fazer umas práticas em grupo. Uma pessoa foi fazer assembléia, eu fui fazer oficinas.” (P2).* O psicólogo passou a atender casos graves, crises, que muitas vezes ficavam, exclusivamente, a cargo da psiquiatria.

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

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

*[...] aquela angústia que eu tinha no início de achar que eu não conseguiria contribuir com o caso porque eu não sou psicóloga, né? Então assim, isso também é uma coisa que tem um processo de amadurecimento meu, de saber que minhas contribuições também podem gerar um processo de mudança naquele sujeito. (AS2).*

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

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

Os achados permitem constatar a existência das duas matrizes de atuação na trajetória dos assistentes sociais participantes do estudo, que foram juntamente com outros profissionais, construindo um lugar híbrido de “trabalhadores da SM”. Com isso, podemos considerar a existência de uma contínua reconstrução das identidades profissionais, conforme já nos apontava Oliveira et al. (2009).

### ***Desafios do Trabalho***

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

*Hoje em dia a gente tem uma demanda gigante e o mesmo RH. A gente está num momento de sobrecarga... Eu acho que a gente antes preocupava em discutir na região. A gente tinha tempo pra isso. Hoje a gente não discute caso nenhum, só quando é... um caso mais grave. [...] a gente perdeu todas as parcerias: por exemplo, a secretaria de esportes tinha oficinas aqui... Tinha oficina na biblioteca pública. Então a gente foi perdendo todas essas parcerias. E ao mesmo tempo aumentando a demanda. Isso vai desgastando muito o trabalhador. (TO4).*

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

Os estudos de Ramminger e Brito (2008), Oliveira et al. (2009), Ribeiro (2015), Anjos Filho e Souza (2017) apontaram que a implantação da rede substitutiva ao manicômio não se constituiu prioridade nos orçamentos públicos, com reflexos na estrutura das instituições e nas condições de trabalho, trazendo sofrimento para os trabalhadores.

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

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

Merhy (2013) descreve o trabalho nos CAPS como algo árduo, com intensa demanda de múltiplos cuidados, o que faz o trabalhador experimentar sentimentos intensos e antagônicos, cobrando de si mesmo e da equipe uma disponibilidade e abertura permanentes, difícil de se sustentar, sobretudo para aqueles que ofertam seu trabalho vivo para vivificar o sentido da vida do outro.

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

*E outro espaço, que eu acho que a gente tem que valorizar muito, porque cada vez mais eu vejo um risco disso acabar, com estas novas turmas que vem, é o espaço da reunião clínica. Ouço muito pessoal falando: “Para que é que existe esta reunião? Vamos trabalhar que é melhor”. Então assim, as pessoas mais novas não têm esta dimensão de como que este espaço é importante para a formação, tanto clínica e de um conhecimento coletivo mesmo, construção de casos e tal, quanto de ações políticas. (P3)*

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

Um ponto importante, que também deve ser considerado, segundo Ramminger e Brito (2008), é o campo de disputas políticas em que os trabalhadores exercem suas atividades: “o discurso médico-psiquiátrico versus o discurso da reforma psiquiátrica”. Essa disputa levou os trabalhadores de SM de Betim a exercerem “uma militância” para defenderem um novo modo de relacionar com a loucura. Ao longo dos anos, com a ampliação e com a entrada de profissionais formados em períodos em que os movimentos de reforma já se encontravam institucionalizados nos serviços, apareceram dificuldades de integração entre esses trabalhadores.



Sabemos que na Atenção Psicossocial são imprescindíveis momentos de reflexão e de avaliação para a integração e clareza do trabalho desenvolvido, bem como para o desenvolvimento profissional. Verificamos, no entanto, que os espaços reflexivos conquistados, outrora, estão sendo fragilizados. Parece haver uma tensão entre a demanda crescente e a necessidade de discussão e planejamento. O excesso de trabalho tem concorrido para um clima de impaciência entre os trabalhadores. Embora tenhamos encontrado profissionais com trajetória de investimento na formação e no trabalho, contraditoriamente, os percebemos desgastados e em sofrimento.

Assim, os achados deste estudo indicam que é fundamental o investimento em ações de educação permanente e o reforço do movimento político que sustenta o modelo de atenção psicossocial.

### **Considerações Finais**

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

A história recente tem trazido diversos desafios: enquanto há um aumento importante na demanda, bem como na complexidade dos casos, vive-se, por outro lado, uma crise no financiamento das políticas públicas, especialmente, da saúde, acarretando perdas importantes de dispositivos de inclusão social, número insuficiente de trabalhadores, enfraquecimento de práticas coletivas e colaborativas de reflexão do trabalho e de Educação Permanente.

Entendemos que este trabalho pode contribuir para demonstrar a importância do investimento no trabalho interprofissional e na Educação Permanente, como uma estratégia de fortalecimento do modelo de Atenção Psicossocial.

### **Referências**

Abrahão, A. L., Azevedo, F. F. M., Gomes, M. P. C. (2017). A produção do conhecimento em Saúde Mental e o processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial. *Trabalho Educação Saúde*, 15(1), 55-71.

Almeida, D. T., Trevisan, E. R. (2011). Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. *Interface*, 15(36), 299-307.

Amarante, P. D. C. (2012). Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. Em L. Giovanella (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ed. (pp. 635-655) Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Anjos Filho, N. C., Souza, A. M. P. (2017). A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface*, 21(60), 63-76.

Ayres, J. R. C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade* [online], 13(3), 16-29. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>

Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230.

Ceccim, R. B. (2017). Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. Em R. F. C. Toassi (org.). *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* [recurso eletrônico]. 1.ed. (pp. 49-67). Porto Alegre: Rede Unida. Recuperado de: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/183942/001064798.pdf?>

Ferreira Neto, J. L. (2010). A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 30(2), 390-403.

Furtado, J. P. (2007). Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface*, 11(22), 239-255.

Gadamer, H. G. (1997). *Verdade e método*. Petrópolis: Vozes.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), (2017). *Brasil em Síntese / Minas Gerais*. Brasília: IBGE.

Koda, M. Y., Fernandes, M. I. A. (2007). A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1455-1461.

Meirelhes, M. C. P., Kantorski, L. P., Hypolito, A. M. (2011). Reflexões sobre a interdisciplinaridade no processo de trabalho de centros de atenção psicossocial. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 1(2), 282-289.

Merhy, E. E. (2013). Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. Em T. B. Franco, E. E. Merhy. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde – Textos reunidos*. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec.

Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 3.088. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 30 dez.

Oliveira, T. T. S. S., Leme, F. R. G., Godoy, K. R. G. (2009). O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. *Mental*, 7(12), 119-138.

Peduzzi, M. (2017). Educação Interprofissional para o Desenvolvimento de Competências Claborativas em Saúde. Em R. F. C. Toassi (org.) *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* [recurso eletrônico]. 1.ed. (pp. 49-67). Porto Alegre: Rede Unida.

Ramminger, T., Brito, J. C. (2008). O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. *Revista brasileira de saúde ocupacional*, 33(117), 36-49.

Ribeiro, M. C. (2015). Trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de Alagoas, Brasil: interstícios de uma nova prática. *Interface*, 19(52), 95-107.

Robaina, C. M. V. (2010). O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. *Serviço Social e Sociedade*, 102, 339-335.

Sampaio, J. J. C., Guimarães, J. M. X., Carneiro, C., Garcia Filho, C. (2011). O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(12), 4685-4694.

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

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

Silva, S. S., Diniz, A. S., Costacurta, M. R. R., Bueno, S. M. V. (2009). O enfermeiro na promoção da saúde mental dos indivíduos: aspectos históricos. *Revista de Enfermagem Herediana*, 2(2), 99-104.

### **5.4 Artigo 3 - O Cuidado na Atenção Psicossocial de Betim/MG: Potencialidades e Desafios**

#### **Resumo**

O presente estudo teve como objetivo compreender como os/as profissionais de Betim/MG concebem o cuidado a partir de suas experiências na Rede de Atenção Psicossocial, contando como referencial teórico a Saúde Coletiva e a Saúde Mental. Tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa orientada pela hermenêutica-dialética, utilizando como estratégias metodológicas entrevistas narrativas e grupo focal. Foram estabelecidas três categorias de análise: As concepções do cuidado na Atenção Psicossocial; O cuidado no corpo a corpo e Desafios da Atenção Psicossocial. Os resultados apontaram para uma visão do cuidado a partir da perspectiva da clínica ampliada e do trabalho multidisciplinar e interprofissional; o contato cotidiano com os usuários, estabelecido por relações horizontais, mostrou-se como potencializador de vínculos e conhecimentos. O contexto atual, no entanto, tem trazido sofrimentos e desafios impactando o cuidado.

Palavras-chave: saúde mental, cuidado, Rede de Atenção Psicossocial, pesquisa qualitativa

#### **Abstract**

*This study aimed to understand how the professionals of Betim / MG conceive care from their experiences in the Psychosocial Care Network, having as theoretical reference the Collective Health and Mental Health. It was a qualitative approach research guided by dialectic hermeneutics, using as methodological strategies narrative interviews and focus group. Three categories of analysis were established: The conceptions of care in Psychosocial Care; Melee Care and Challenges of Psychosocial Attention. The results pointed to a view of care from the perspective of the expanded clinic and multidisciplinary and interprofessional work; The daily contact with users, established by horizontal relationships, proved to enhance ties and knowledge. The current context, however, has brought suffering and challenges impacting care.*

*Keywords: mental health, care, Psychosocial Care Network, qualitative research*

#### **Resumen**

*Este estudio tuvo como objetivo comprender cómo los profesionales de Betim / MG conciben la atención a partir de sus experiencias en la Red de Atención Psicosocial, teniendo como referencia teórica la Salud Colectiva y la Salud Mental. Este fue un enfoque de investigación cualitativa guiado por la hermenéutica dialéctica, utilizando como estrategias metodológicas entrevistas narrativas y grupos focales. Se establecieron tres categorías de análisis: las concepciones de la atención en la atención psicosocial; Cuidado cuerpo a cuerpo y desafíos de la atención psicosocial. Los resultados apuntaron a una visión de la atención desde la perspectiva de la clínica ampliada y el trabajo multidisciplinario e interprofesional; El contacto diario con los usuarios, establecido por relaciones horizontales, ha demostrado mejorar los enlaces y el conocimiento. Sin embargo, el contexto actual ha traído sufrimiento y desafíos que afectan la atención.*

*Palabras clave: salud mental, cuidado, Red de Atención Psicosocial, investigación cualitativa*

## **Introdução**

A Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) desenvolveu-se no contexto da reforma sanitária, com princípios comuns, como a integração dos diferentes níveis de atuação, a interdisciplinaridade e a territorialidade, bem como princípios extraídos da saúde coletiva: saúde como direito, empoderamento social e defesa da cidadania. Também defendeu uma releitura do processo saúde-doença, considerando o indivíduo em sua singularidade e subjetividade em relação com os outros e com o mundo (MONDONI; COSTA ROSA, 2010; DESVIAT, 2018).

Entre os marcos da RPb, portanto, encontra-se a proposta de uma Atenção Psicossocial integrada, a interdisciplinaridade de práticas, um sistema de cuidados substitutivo ao manicômio e a defesa da cidadania dos portadores de doenças mentais. Em linhas gerais, há a proposta de uma "clínica ampliada" que envolveria um conjunto de recursos visando trabalhar o sujeito e seus laços sociais. Campos (2003) propôs o conceito de clínica ampliada como uma denúncia à existência de outra clínica em formato restrito, denominada "oficial".

Para Delgado (2007), a clínica na Saúde Mental (SM) é histórica, construída em relação concreta, com sujeitos concretos, em ambientes e situações concretas. Além de ser uma clínica no território, é uma clínica do dia a dia, uma clínica da banalidade do cotidiano. Questões que eram consideradas secundárias ou menores agora são valorizadas: a vida do sujeito, sua casa,

seu trabalho, seu mundo familiar. Portanto, segundo o autor, a clínica é essencialmente um esforço imperfeito, com apenas uma direcionalidade irrecorrível: a ética. Aqui, ética é entendida a partir da percepção das pessoas como sujeitos psíquicos e de direitos, com história, experiências e saberes próprios, com o direito à palavra ou às formas diversas que encontram para transmitir seus padecimentos (COUTO; DELGADO, 2016).

Na Atenção Psicossocial busca-se superar a dissociação entre clínica e reabilitação psicossocial, esta entendida também como uma ética de solidariedade que possibilite aos sujeitos com sofrimentos mentais o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica, promovendo a autonomia para a vida na comunidade (PITTA, 2001). O cuidado à saúde deverá ocorrer em liberdade, no cotidiano da cidade.

Historicamente, nas distintas reformas psiquiátricas internacionais, temos posições que vão desde o entendimento de que o trabalho político e social deve superar a clínica, até aquelas que têm na clínica a única possibilidade para o acolhimento dos efeitos da loucura sobre o sujeito (DESVIAT, 2018). Percebemos que essa dicotomia, muitas vezes, ainda persiste nos serviços de SM. Faz-se necessário compreender melhor as razões desse fenômeno em cada contexto para fomentar ações que fortaleçam o paradigma da Atenção Psicossocial, entendido como um conjunto de práticas cujo arcabouço teórico-técnico e ético-político caminha na direção da superação paradigmática da psiquiatria asilar (PEREIRA; COSTA ROSA, 2012). Além disto, desenvolver as ações que ampliem a Rede de Atenção Psicossocial/RAPS (BRASIL, 2011), constituída por diferentes pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, no âmbito do SUS. Esse novo arranjo organizativo propõe a integralidade e continuidade do cuidado, a integração e interação de serviços e a construção de vínculos horizontais entre atores e setores (LIMA; GUIMARÃES, 2019)

Nessa perspectiva, o objetivo desse estudo foi compreender como os/as profissionais de Betim/MG concebem o cuidado a partir de suas experiências em diferentes serviços da RAPS.

### **Percurso metodológico**

Tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa orientada pela hermenêutica-dialética, a partir da concepção de Minayo (2008, 2014). Para a autora, a combinação entre essas duas teorias faz a síntese dos processos compreensivos e críticos, essenciais nessa abordagem.

O cenário do estudo foi o município de Betim/MG, que conta com uma população de 427.146 habitantes (IBGE, 2017) e localiza-se a 30 km de Belo Horizonte. A partir da década de 90, o

município teve um papel pioneiro na RPb, pela implantação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (MORAIS et al., 2019).

Sua rede de serviços busca oferecer as várias linhas de cuidado à pessoa com sofrimento mental, conforme preconizado pela RAPS (BRASIL, 2011). Em 2017, havia três CAPS para atendimento de adultos, dos quais dois tipo III e outro tipo I, um CAPSad tipo III, um CAPSi, um centro de convivência e três moradias protegidas. Contava também com 13 profissionais na Atenção Básica, referenciando 17 unidades.

Foram realizados dois grupos focais e 22 entrevistas narrativas como estratégias metodológicas, com os participantes identificados no quadro 1. Durante o processo de pesquisa, foi utilizado o critério de saturação, finalizando a coleta quando os temas se tornaram repetitivos e as informações foram consideradas suficientes para a investigação (MINAYO, 2014).

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho, pela primeira autora. O primeiro grupo focal foi realizado em 2017, em espaço próprio para reuniões dos trabalhadores, com a participação de duas pesquisadoras, contando com 9 participantes.

Foram realizadas várias leituras do material, buscando entender os textos “neles mesmos” (MINAYO, 2014). Esse exercício permitiu apreender os sentidos atribuídos ao cuidado, bem como os desafios enfrentados no processo de trabalho. A análise ancorou-se, também, na apreensão das narrativas em seu movimento contraditório, tendo em conta que os profissionais entrevistados pertencem a um grupo de trabalho com uma perspectiva denominada “antimanicomial”, mas que são também condicionados pelo momento histórico e pelo contexto vivido, com interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem.

Foi construída uma narrativa comum a partir da análise das diferentes entrevistas e do primeiro grupo focal. Essa narrativa foi apresentada ao segundo grupo focal, em julho de 2019. Os integrantes do grupo puderam retificar, discutir e validar a narrativa construída. Assim, coube a esse grupo interpretar e legitimar o material produzido, constituindo o que Gadamer (1997) conceitua de “círculo hermenêutico”.

Nesse processo foram estabelecidas três categorias de análise: As concepções do cuidado na Atenção Psicossocial; O cuidado no corpo a corpo e Desafios da Atenção Psicossocial. A pesquisa foi aprovada pelos comitês de ética da Prefeitura de Betim/MG e do Instituto René

Rachou-FIOCRUZ/MG (CAAE- 68499517.6.0000.5091), não havendo conflitos de interesses e nem financiamento externo.

## **Resultados e discussão**

### *As concepções do cuidado na Atenção Psicossocial*

Para os trabalhadores de SM de Betim/MG — médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, enfermeiros, oficinairos, técnicos e auxiliares de enfermagem - o cuidado implica uma “escuta” diferenciada.

Os técnicos de nível superior, participantes da pesquisa, são unânimes em dizer que a Atenção Psicossocial se sustenta na clínica do “*um a um*”, “*do caso a caso*”, com a pretensão de ser construída a partir da singularidade e das possibilidades de cada usuário. Para muitos deles, busca-se a escuta do ‘*sujeito*’, a fim de compreender o que está por trás dos comportamentos e sintomas de cada um: os sentidos do adoecimento ou do desencadeamento da crise. Percebe-se assim, a centralidade da clínica — conforme nos falam Desviat (2018) e Couto e Delgado (2016) — no trabalho desses profissionais: “[...] *Porque a gente tem que ver as possibilidades de cada um e isso é no caso a caso. Isso é uma clínica como a gente diz. E não do comportamento simplesmente.*” (P3).

No entanto, os trabalhadores pontuam também que na Atenção Psicossocial empenha-se para reconhecer o usuário como um cidadão: “[...] *ele é alguém com direitos, com possibilidades, não tem que estar preso, pode circular. O que mais me marca é esse convite a olhar para o outro, para o ser humano de uma forma diferente. [...]*” (TO1).

Há, nas narrativas dos trabalhadores, a perspectiva de construir saídas para o adoecimento a partir da realidade de cada um, numa proposta que promova laços sociais, utilizando-se tanto instrumentos da Saúde Coletiva (DESVIAT, 2018) quanto da própria Saúde Mental (FERREIRA NETO, 2017). Para tanto, busca realizar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), definido como um “*contrato estabelecido com os envolvidos, partindo do que a pessoa dá conta, do que é possível no momento*” (AS3). O Técnico de Referência (TR) é o profissional responsável por articular esse projeto junto ao usuário, sua família e comunidade, dentro de uma postura ética voltada para a demanda do usuário e suas potencialidades: “[...] *De você estar ali em contrato constante com o outro, na negociação constante e sempre enxergando alguma possibilidade de laço com a vida. Mas é o sujeito quem vai te indicar.*” (P3).



Nesse sentido, a Atenção Psicossocial é clínica enquanto escuta o sujeito, sua singularidade, sua história e a partir daí constrói, junto com os envolvidos, um PTS (BRASIL, 2009). O desejo é que a clínica não se centralize no diagnóstico ou na doença, mas, sim, em como cada um se apresenta. Assim, há sempre a novidade do caso e uma concepção pluralista do adoecer: *“Você pode estar muito preparado pra atender um autista, mas na hora que você vê a criança é outra coisa. O paciente te mostra uma outra forma.”*(E1).

A clínica, então, precisou se ampliar, não se restringindo ao horizonte das ciências biomédicas de “diagnosticar e prescrever”, tendo como sustentáculo a equipe multiprofissional e o trabalho interprofissional (NASI et al., 2015).

*Medicar é fácil. ... O difícil é: “Ok, mediquei o sujeito. O que eu faço com ele agora?” Esses são os embaraços da clínica, que é onde a gente aprende com o outro, vai fazendo junto. Vai tendo uma ideia aqui, uma ideia lá. Em cima do que o paciente aponta para uma possibilidade de saída. Uma construção possível do sujeito no mundo, pra ele funcionar de algum jeito, o melhor jeito possível.* (PA2)

Segundo Desviat (2018), a complexidade do processo de adoecer em saúde mental, a sobredeterminação dos fatores biopsicossociais e a variedade de estratégias e técnicas terapêuticas e sociais convertem a equipe no recurso primordial nos programas de saúde mental. Deste modo, todos os trabalhadores estão envolvidos no processo de cuidar:

*[...] A partir do momento que a gente está lá, a gente passa a ter esta visão do cuidado, da escuta e passa a ser um elemento desta escuta também. Uso, às vezes, o medicamento como uma forma de ponte com este paciente que vai lá tirar uma dúvida sobre um medicamento e então você consegue a partir daquilo ali ouvir, entender, saber um pouco mais e poder um pouco também.* [...] (F3)

O vínculo estabelecido com o usuário é muito importante. A equipe é múltipla e nem sempre é o TR a pessoa escolhida por ele para se vincular de forma mais efetiva. O usuário pode estabelecer outros laços que o ajudam a se sustentar nos serviços. Portanto, todos são importantes no cuidado.

*Não sei se cabe: tem um jeito meu, que eu construí de me vestir. É meu. Por um problema de saúde, estava vindo com outro tipo de sapato e não combinava muito com meu estilo. Eu comecei a vir de outro jeito. E começaram a se incomodar comigo daquele jeito. Quando um paciente difícil chegou, me viu, ele ficou arrasado e saiu. Procurou a psicóloga. [...] O paciente não deu conta de mim. Aí quando voltei vestida no meu estilo, foi lindo! Quando ele me viu fez assim: pegou a gaita e tocou. [...] Alguns tem vínculo com o*

*cozinheiro, outros com o porteiro, isso eu aprendi aqui, né? Às vezes o porteiro é mais importante que o psicólogo pra aquele caso, o vínculo é diferente. Eu senti isso: eu era um vínculo importante, sabe? (F1)*

O vínculo é produzido por meio das trocas de palavras, da confiança e da atenção dispensada. A base do vínculo é o afeto, sendo um elemento estruturante da clínica e do cuidado, permitindo o desenvolvimento de um contrato (TCHALEKIAN; PEREIRA, 2018).

A criação de vínculos com o serviço também é favorecida quando o usuário acredita que a equipe poderá contribuir de algum modo para a sua saúde e sente que esta equipe se corresponsabiliza por esses cuidados. Será terapêutico quando possibilitar que graus crescentes de autonomia sejam alcançados (BRASIL, 2009).

Outro ponto destacado pelos participantes da pesquisa foi a integralidade. Segundo Honorato e Pinheiro (2008), integrar é fazer rede, é ampliar, é chamar outros a agirem. É fazer valer uma política das relações: *“Você pega um paciente, começa a articular esse caso, discute com o médico, discute com a assistente social, você discute com o CRAS, com o CREAS, com o hospital, com toda a rede.” (TO4)*. Dessa maneira, realiza-se uma ‘rede viva’, formada por serviços e pessoas em relações dinâmicas e dialógicas que se articulam em um processo complexo (LIMA; GUIMARÃES, 2019).

Embora cada trabalhador carregue uma bagagem própria, a multidisciplinaridade contribui para a integralidade da Atenção Psicossocial. Para facilitar tal processo, utiliza-se de algumas ferramentas, tais como, a construção do caso clínico, as reuniões de equipe e as supervisões clínico-institucionais.

A “construção do caso” foi citada pelos trabalhadores como uma forma de sistematizar as informações apresentadas por diferentes atores em espaços de discussão coletiva. Foi caracterizado como um importante dispositivo de formação e de organização do trabalho, assim como as reuniões semanais e as supervisões clínicas, lugares estratégicos nos quais as experiências podem ser narradas, acolhidas, problematizadas e elaboradas, na tentativa de construção de sentido para o que se vive (EMERICH; ONOCKO CAMPOS, 2019). A especificidade da clínica exige dos profissionais a permanente revisão de suas práticas para além das políticas, técnicas e teorias (SILVA; KNOBLOCH, 2016).

Também as conversas ditas “informais” se destacaram como espaços privilegiados para se falar da concretude do trabalho (SILVA et al., 2017): *“Eu discuto muito o caso com colegas.*

*Quando estou com dúvida na condução de um caso, discuto com o colega. Se algo está pegando, uma outra formação pode me ajudar. Eu não passo o caso pra ele. Ele vai me dar uma luz. [...]”(ASI).* Nesse sentido, há uma potência na complementaridade das diferentes profissões (EMERICH; ONOCKO CAMPOS, 2019).

A proposta da Atenção Psicossocial é estar próxima ao território das pessoas, numa rede de atenção (BRASIL, 2011). Em Betim, desde o início, viu-se a necessidade de profissionais da SM também nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) realizando o cuidado dos usuários e promovendo a responsabilização dessas unidades com as pessoas em sofrimento mental.

*A proposta é que a gente acompanhe no território os casos graves de saúde mental que estejam estabilizados. E que a gente consiga fazer uma certa ponte. Eu vejo como uma intermediação entre usuário e família, entre o usuário e a própria equipe. Entre o usuário e os serviços de urgência. Entre o usuário e o território como um todo. [...] (P1).*

O estabelecimento de uma rede intersetorial é a base da ação terapêutica comunitária (DESVIAT, 2018; ESLABÃO et al., 2017). Essa rede requer “Uma ligação entre os profissionais que seja ao mesmo tempo com o entorno e com a rede social onde os usuários vivem. O objetivo é duplo: por um lado, serve de comunicação com o usuário (e seu plano de tratamento) e, por outro, para seu apoio e acompanhamento.” (DESVIAT, 2018, p.61). Observa-se que há, em Betim, trabalhadores que estão nessa articulação cotidiana nas UBS.

*[...] E você ajuda os outros, que não são técnicos ‘psi’, a lidar com esse sofrimento, ainda, que seja os próprios usuários, porque no final das contas, quem vai gerar essa rede mesmo, quem vai ajudar mesmo são os próprios pacientes. [...] Eu acho que a gente faz muitos esforços aqui, muitos mesmo pra fazer com que esses usuários se sintam apoiados. Na hora que sofre vem cá e vai ter alguém pra escutar ou pra oferecer um chá ou um pedaço de bolo. Um trem, sabe? Pra cuidar! [...] De tentar o máximo apoiar este sujeito, antes que ele entre numa crise e precise de um equipamento mais de alta complexidade. (TO2)*

Portanto, é necessário “desenvolver um certo tipo de manejo, que se volte ao cuidado, à inter-relação, fornecendo ao sujeito apoio e suporte para sua movimentação nos diversos ambientes sociais” (TCHALEKIAN; PEREIRA, 2018, p.898). Em vez de dizer ao usuário o que ele deve ou não fazer, estar ao lado dos sujeitos nos caminhos que eles trilharam para suas vidas (EMERICH; ONOCKO CAMPOS, 2019).

Observamos na RAPS/Betim a centralidade na clínica, entendida como clínica ampliada (CAMPOS, 2003), realizada por uma equipe multidisciplinar. Busca-se a escuta dos usuários, suas singularidades e potencialidades como sujeitos históricos (DELGADO, 2007; COUTO; DELGADO, 2016), tendo com ferramenta o PTS (BRASIL, 2009), estruturado a partir de um vínculo estabelecido. A proposta é um trabalho interprofissional, visando à integralidade do cuidado aos usuários.

### ***O cuidado no corpo a corpo***

Denominamos ‘cuidado no corpo a corpo’ aquele desenvolvido por trabalhadores que estão cotidianamente com os usuários, numa relação mais próxima (auxiliares, técnicos de enfermagem, oficinairos, entre outros). Esses profissionais desenvolvem relações distintas com os mesmos, muitas vezes menos hierarquizadas, promovendo vínculos importantes para o cuidado e para o tratamento.

*Além desta questão específica da enfermagem, do cuidado, da medicação, tem muito também a questão da escuta, porque como a gente está no serviço todo dia, os pacientes já conhecem a gente, já chegam e falam para a gente o que está acontecendo. [...] A gente também é esta ponte entre o paciente e os outros profissionais. (T2)*

Esses profissionais, muitas vezes, percebem detalhes que não aparecem no *setting* do consultório, na escuta dos técnicos de referência, mas, sim, na convivência cotidiana ou no território dos usuários. Esse diferencial oferece uma resposta positiva, capaz de resolver problemas e propiciar relações de confiança e apoio (TCHALEKIAN; PEREIRA, 2018).

Notadamente, os trabalhadores aprenderam a necessidade de abordar os usuários com “*tato*” e “*respeito*”, conversando, escutando e negociando constantemente. Entendem que não podem ser autoritários em suas condutas, mas devem agir com firmeza, não se deixando amedrontar por atitudes, muitas vezes hostis.

*Ontem, aconteceu um episódio aqui com uma paciente que não queria fazer uma coleta de sangue. Eu cheguei perto dela; “— Vão.” “— Não vou não!” Ela começou a me xingar toda. Ela virou pra mim e falou: “— Eu vou te bater. Nós duas vamos rolar no chão”. Eu falei: “— Beleza! Nós duas vamos rolar no chão. Você é grande, eu também sou”. Ai começou sabe? Acho que ela viu aquele impacto, que eu estava enfrentando ela mesmo. Ela disse: “— Ok. Vamos! Eu sei que você vai tirar meu sangue todo, mas eu vou”. Achei super legal, sabe? É o jeito de você saber conversar com o paciente. É uma coisa assim que você... não pensa. É de estalo. A sua abordagem já vem de estalo. O paciente não quer tomar o remédio, você fala... “ —*

*O cigarro! Fuma agora não, vamos organizar esse cigarro, de uma em uma hora”. Então, é desse jeito. (A2).*

Podemos apontar aqui, como Ayres (2004), uma “sabedoria prática”, termo derivado da filosofia aristotélica, repercutido pela hermenêutica filosófica, que diz respeito a um saber conduzir-se frente às questões da práxis vital que não segue leis universais ou modos de fazer conhecidos *a priori*, mas desenvolve-se como “*phrónesis*, isto é, como um tipo de racionalidade que nasce da práxis e a ela se dirige de forma imediata na busca da construção compartilhada da Boa Vida” (AYRES, 2004, p.29).

O contato, portanto, é direto. Os profissionais falam do “*manejo*” que aprendem no fazer cotidiano. Também relatam o desafio de lidar sempre com o inesperado: “*O que eu vou fazer com esse paciente? É coisa de momento. Você tem que ter um jogo de cintura violento. Ter que lidar com uma paciente que toma banho 24 horas por dia e outras que não, que leva uma semana ou mais. [...]*” (AS3).

Tudo tem que ser negociado, estabelecendo uma relação diferente do tempo do asilo. Ali, as atividades, como tomar banho, comer, tomar remédio, eram impostas, num dispositivo de regularização e de homogeneização, não levando em conta uma relação diferenciada. Reorganizar o sentido dessas ações para cada um é uma tarefa política e precisa preservar o tempo dos diálogos (HONORATO; PINHEIRO, 2008).

Os trabalhadores descreveram algumas “tecnologias leves” (FRANCO; MERHY, 2013) necessárias para esse cuidado, por exemplo, a argumentação astuta, capacidade de negociação e de proposição de alternativa e o respeito às idiossincrasias de cada um, remetendo-nos à postura política do trabalho. Nesse sentido, podemos dizer da necessidade do saber construído no dia a dia (sabedoria prática). Os trabalhadores precisam desenvolver habilidades e atitudes relacionais, bem como aprender a lidar com inesperado, com a dificuldade de controle e com a loucura de cada um.

*Foi convivendo com ela, convivendo... Por exemplo, aqui dentro da casa, até a forma dela andar eu sei que ela está entrando em crise. Muda o jeito. [...] Eu sempre estou olhando, monitorando isto, pois já conheço o jeito. Ela chega aqui tem dia, batendo esse portão, dizendo que a casa é dela, que é pra mandar todo mundo embora, essas mulheres não valem nada. Ai eu falo: “Oh D. , eu estou com minha cabeça doendo, cansada. Eu não estou bem hoje não”. É mesma coisa de jogar um balde de água nela. Ela é acolhedora [...]. (AS3)*

As relações com os usuários precisam ser horizontalizadas, com simplicidade e afetividade no trato: “[...] *Contato pela simplicidade. Tanta a minha como a do usuário. Porque muitos chegam pra mim e comentam sobre a vida deles. [...] Não ter aquela barreira entre o funcionário e o usuário. Eu acho que é isso, não ter preconceito, né!*” (A1).

Para realizar a Atenção Psicossocial, os profissionais relatam a necessidade da implicação pessoal, bem como de algo que dê sentido ao trabalho e ao projeto que realizam.

*Se você não conseguir ver encantamento em algum momento, eu acho que é muito difícil trabalhar nesta área. Porque o trabalho, ele é muito árduo. A gente lida com pessoas e ainda tem a questão social. A gente vê situações que você nunca imaginou. Então, se não tem isso, não sensibiliza, não se toca de alguma forma. E o encantamento não é com a situação, mas com a forma que você pode conduzir aquilo ali. [...] A gente tem que acreditar que vai melhorar, que tem alguma coisa melhor. (E2)*

Os trabalhadores que, cotidianamente, estão com os usuários estabelecem relações mais horizontais, importantes para o vínculo com os serviços de SM. Desenvolvem, com a experiência no trabalho, formas de abordagem mais atentas às idiossincrasias dessas pessoas. Tudo tem que ser negociado, respeitando as singularidades e o momento de cada um, remetendo a “implicação ético-política do trabalhador no seu agir em ato” (MERHY, 2005).

### ***Desafios da Atenção Psicossocial***

Os participantes da pesquisa pontuaram vários embaraços para a Atenção Psicossocial em Betim/MG: falta de formação contínua, dificuldades corporativas entre os membros da equipe, pauperização das condições de trabalho, cansaço pessoal, adoecimentos, dificuldades de resistência e de luta por parte dos trabalhadores e usuários, falta de investimentos no SUS, entre outros, trazendo contradições entre o projeto de SM e a realidade dos serviços, conforme outros estudos (NUNES et al., 2016; SILVA et al., 2017; ESLABÃO et al., 2017; RIBEIRO, 2015; SOUZA et al., 2015).

Os trabalhadores acentuaram que o trabalho em SM demanda muito. O contato direto com a loucura traz incômodos subjetivos: “*Nós estamos com um paciente na permanência dia em franca fase de mania. Ele fala do início, desde que ele entra, até quando ele sai... É exaustivo!*” (T1).

Há um incômodo por não estarem conseguindo realizar o cuidado de forma satisfatória devido à conjuntura do município. Percebem com sofrimento a precariedade do cuidado com os

usuários “*Sofre, pois a gente sabe que tem condições de fazer mais.*” (TO4). Havia, também, cobranças internas diante dos desafios: “*Estamos com dificuldades de nos mobilizarmos, de fazer uma certa resistência a estas questões macro que estão acontecendo, do atravessamento delas o tempo todo no nosso cotidiano e também como é que a gente vai deixando coisas absurdas serem institucionalizadas nos serviços?*” (P1). Tudo isso tem desmotivado os trabalhadores, que, muitas vezes, comparam a realidade de hoje com a de outrora, evidenciando uma ‘crise nostálgica’ em relação a um tempo em que prevalecia os princípios da RPb na organização do trabalho e na cogestão do cuidado (SILVA et al., 2017).

Merhy (2013) descreve o trabalho nos CAPS como algo árduo, com intensa demanda de múltiplos cuidados, o que faz o trabalhador experimentar sentimentos intensos e antagônicos, cobrando de si mesmo e da equipe uma disponibilidade e abertura difíceis de manter permanentemente, sobretudo para aqueles que ofertam seu trabalho vivo para reforçar o sentido da vida do outro, fato observado nessa pesquisa. Notamos, ainda, que os/as profissionais de saúde não são considerados pessoas que também necessitam de cuidados (SILVA et al., 2017):

*O que aconteceu comigo foi num momento aqui do serviço que eu peguei tuberculose. Então foi muito, demorou muito a diagnosticar. Porque não é uma doença típica de trabalhadora. É típica de morador de rua, que tem uma baixa imunidade. Então eu tinha uma baixa imunidade dessa pessoa, né? Que está sem cuidados. Pra chegar a baixa imunidade você teve um stress anterior muito grande, que não foi visto por nenhum órgão que acompanha o trabalhador. [...] A gente está sempre cuidando do paciente. Quando acontece de um paciente evadir... a gente discute com o plantão, mas em prol do paciente. Não tem alguém pra te ouvir: “Foi um stress aquilo ali! Foi difícil! Eu senti assim assado”. Não tem. Aquilo vai com você. (TO4)*

Percebemos insatisfações também nas relações de trabalho. A equipe de enfermagem, por exemplo, não tem se sentido valorizada: “*‘Por que esse paciente está na Permanência Dia?’ Às vezes, vem umas indicações do vazio. O Técnico de Nível Superior sabe muito bem por que ele quer pôr na PD [permanência dia], mas isso não é discutido. Fica a equipe de enfermagem, olhar por olhar. Eu acho que a equipe pode mais. [...]*” (T1). Algo no processo de trabalho emperra. Podemos dizer que persistem relações hierarquizadas e separação saber-fazer, contradizendo a proposta do paradigma da Atenção Psicossocial (SOUZA et al., 2015).

Em alguns serviços, os conflitos entre os diversos profissionais estão bastante acirrados, dificultando o trabalho em equipe, que se divide, fragmentando o cuidado: “*gente de dentro,*

*gente de fora”, “a turma antimanicomial, a turma que não é” (PA4). Vivenciam dificuldades de diálogo, voltando às “especificidades” e aos atendimentos fracionados.*

As reuniões de equipe, importantes instrumentos para o trabalho integrado e para o próprio cuidado dos trabalhadores, têm sido difíceis: *“As pessoas parecem que estão muito inflamadas, intolerantes. Pra começar, elas não sabem nem ouvir, né? É todo mundo falando ao mesmo tempo” (E2).* As reuniões estão perdendo seu papel de organizador do serviço, de espaço de aprendizagem e de compartilhamento de saberes, tornando-se esvaziadas e/ou burocratizadas.

*Ouçoo muito pessoal falando: “Para que é que existe esta reunião? Vamos trabalhar que é melhor”. Então assim, as pessoas mais novas não têm esta dimensão de como que este espaço é importante para a formação, tanto clínica e de um conhecimento coletivo mesmo, construção de casos e tal, quanto de ações políticas. (P3)*

Os trabalhadores perderam também as supervisões clínico-institucionais. Esses espaços de discussão e construção que não estão sendo priorizados, dificultando a sustentação do trabalho: *“Eu chego aqui nesse serviço e esse serviço está um horror. Isso aqui não é luta antimanicomial. Isso pra mim precisa refazer” (PA4).* Observamos que o esvaziamento progressivo de falas sobre o conteúdo do trabalho, nos espaços de deliberação coletiva, colaborou para o acirramento de disputas e do viver junto (SILVA et al., 2017).

Para Desviat (2018), fala-se muito no trabalho em equipe, mas, na realidade, os serviços não costumam funcionar em equipe, se essa é entendida como um espaço com certa horizontalidade e participação real de todos na tomada de decisões. Termina burocratizando as atividades e a equipe deixa de ser um elemento de produção de conhecimento, de debate assistencial e de intercâmbio. Parece que, de alguma forma, isso está ocorrendo em Betim.

Podemos dizer que houve investimentos insuficientes na SM, repercutindo negativamente na organização do trabalho e impactando os serviços: houve um aumento de demandas e sobrecarga de atividades, dificultando diretamente as relações de cooperação. Os trabalhadores já não estão conseguindo fazer a integração da rede: os usuários, muitas vezes, são atendidos nos ambulatórios dos CAPSs, centralizando os atendimentos e dificultando a inserção no território.

*Eu acho que a gente antes preocupava em discutir na região, mesmo antes dessa época do matriciamento, a gente fazia isso. A gente tinha tempo pra isso. Hoje a gente não discute caso nenhum, só quando é*



*um caso do Ministério Público ou um caso com a família acolhedora: um caso mais grave. Se não for a gente quase não consegue ir ao território pra discutir. [...] (TO4).*

Podemos afirmar que, em Betim, há uma centralização na instituição CAPS, conforme já apontado recentemente pelo estudo de Moraes et al. (2019). Os serviços atuam de maneira desarticulada, com reduzida inserção no território. O apoio matricial é, ainda, frágil. Os serviços especializados são colocados como ‘o lugar’ do cuidado, ficando à margem os demais componentes da RAPS, em que pese a relevância desses para a continuidade do cuidado em território (LIMA; GUIMARÃES, 2019).

Por outro lado, nos últimos anos, vários dispositivos de reinserção social deixaram de existir, como as atividades esportivas fora dos CAPS, atividades de horta, leitura, entre outras. É importante destacar que, apesar da importância da RAPS, não foram definidos recursos orçamentários federais para as atividades de cultura, trabalho e geração de renda, revelando assim o pouco significado estratégico atribuído a tais iniciativas (AMARANTE; NUNES, 2018). Podemos dizer que existe também na macropolítica um centramento na assistência clínica.

Assim, diversos desafios têm sido enfrentados ao longo dos anos, levando a conflitos internos nas equipes e ao desgaste dos trabalhadores, bem como dificultando a integração da rede e a inserção social dos usuários. Considerando, como nos diz Nunes et al. (2016), que o êxito na implementação de um modelo de atenção depende das condições para sua operacionalização, ofertadas pelo modelo de gestão, entendemos que a RAPS desse município sofreu as influências de diversas mudanças políticas ocorridas até então.

### **Considerações Finais**

A Atenção Psicossocial de Betim/MG desenvolveu ao longo dos anos um conjunto de princípios para a ação do cuidado em SM, pautados nas orientações das políticas de saúde, como também na práxis cotidiana e nas experiências de seus trabalhadores. A escuta atenta dos usuários, o trabalho multidisciplinar, a troca de saberes e a sustentação de fazeres comuns por diversos profissionais têm sido pontos-chave desse projeto, que busca uma clínica ampliada e o cuidado integral dos usuários.

Neste momento, no entanto, há vários desafios para a sustentação do projeto de SM no município. A RAPS Betim/MG tem sofrido diretamente as consequências da redução no investimento em políticas públicas e do acirramento das políticas neoliberais.

Entendemos que este trabalho pode contribuir para resgatar princípios importantes para o cuidado em SM, demonstrando a necessidade de investimento no trabalho interprofissional e integrado, bem como na inserção social dos usuários como estratégias de fortalecimento do modelo de Atenção Psicossocial. Isso requer investimento de todos os sujeitos, sobretudo da gestão, para oferecer condições de trabalho satisfatórias, articulação entre os serviços integrantes da RAPS e educação permanente, destacando a necessidade de se implantar supervisão clínico-institucional, como dispositivo para qualificar a clínica e os processos de trabalho na Atenção Psicossocial.

### Referências

1. AMARANTE P, NUNES MO. A Reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciê. Saúde coletiva*. 2018; 23(6):2067-2074.
2. AYRES JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude soc*. 2004; 13 (3):16-29.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 40 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, De 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, nº 247, de 26-12-2011, Seção 1, p. 230-232.
5. CAMPOS GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
6. COUTO MCV, DELGADO PGG. Presença viva da Saúde Mental no território; construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: Ribeiro EL, Lykouropoulos CB, Organizadores. *O Capsi e o desafio da gestão em Rede*. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2016.
7. DELGADO PGG. Por uma clínica da Reforma: concepção e exercício. In: Lobosque AM, organizadora. *Caderno Saúde Mental*. Belo Horizonte: ESP-MG; 2007. p. 59-65.
8. DESVIAT M. *Coabitar a Diferença: da Reforma Psiquiátrica à Saúde Mental Coletiva*. 1ed. São Paulo: Zagodoni; 2018.
9. EMERICH BF, ONOCKO-CAMPOS R. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23.
10. ESLABÃO AD et al. Além da rede de saúde mental: entre desafios e potencialidades. *J. res.: fundam. care*. Online. [Internet] 2017 [Acesso em 2019 out 10]; 9(1): 85-91. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4646>

11. FERREIRA NETO JL. *Psicologia, Políticas Públicas e o SUS*. 2ª. ed. Ampliada. São Paulo: Escuta; 2017.
12. FRANCO TB, MERHY EE. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde – Textos reunidos*. São Paulo: Hucitec; 2013.
13. GADAMER HG. *Verdade e método*. Petrópolis: Vozes; 1997.
14. HONORATO CEM, PINHEIRO R. O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. *Physis Rev. Saúde Col*. Rio de Janeiro, 2008; 18(2):361-380.
15. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). *Brasil em Síntese / Minas Gerais*. Brasília: IBGE, 2017.
16. LIMA DKRR, GUIMARÃES J. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental? *Saúde Debate*. [Internet] 2019 [Acesso out 22]; 43(122): 883-896.
17. MERHY EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface (Botucatu)*. 2004/2005; 9(16):172-177.
18. \_\_\_\_\_. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In Franco TB, Merhy EE. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde – Textos reunidos*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 213-225.
19. MINAYO MCS, DESLANDES SF. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
20. MINAYO MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
21. MONDONI D, COSTA ROSA A. Reforma Psiquiátrica e Transição Paradigmática no Interior do Estado de São Paulo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2010; 26(
22. MORAIS RR et al.. O atendimento à crise e urgência no Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes de Betim. *Pesqui. prá. Psicossociais [internet]*. São João del-Rei, 2019 [Acesso em 2019 out 03]; 14(1). Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082019000100013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082019000100013)
23. NASI C et al. O trabalho da equipe orientado pelas motivações dos usuários no capsad: estudo fenomenológico. *J. res.: fundam. care. online [Internet]*. 2015 [Acesso 2019 out 12], 7(4): 3239-3248. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/129935/000976039.pdf;sequence=1>
24. NUNES JMS et al.. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Physis*. 2016; 26 (4):1213-1231.
25. PEREIRA EC, COSTA ROSA A. Problematizando a reforma Psiquiátrica na atualidade: a Saúde Mental como campo de práxis. *Saude soc. [internet]* 2012 [Acesso em 2019 set 12]; 21(4):1035-1043. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000400020>
26. PITTA A. *Reabilitação Psicossocial no Brasil 2ed*. São Paulo: HUCITEC, 2001.

27. RIBEIRO MC. Trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de Alagoas, Brasil: interstícios de uma nova prática. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2015 [Acesso 2019 set 24]; 19(52): 95-108. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0151>.
28. SILVA DL, KNOBLOCH F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):325-335.
29. SILVA JDG et al. Ambivalências no cuidado em saúde mental: a ‘loucura’ do trabalho e a saúde dos trabalhadores. Um estudo de caso da clínica do trabalho. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(63):881-92.
30. SOUZA MMT et al.. Sofrimento e precarização do trabalho em enfermagem. *J. res.: fundam. care. online* [internet]. 2015 [Acesso 2019 out 02]; 7(1):2072-2082. Disponível em: <https://www.sumarios.org/artigo/sofrimento-e-precarizacao-do-trabalho-em-enfermagem>.
31. TCHALEKIAN BBA, PEREIRA YS. “Seminários Livres: Clínica, com quê?”: contribuições de Marcus Vinícius de Oliveira Silva à psicologia brasileira. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. Rio de Janeiro, 2018; 18(3): 891-911.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há 6 anos me coloquei em movimento para realizar o presente estudo e, agora, após esse percurso é o momento de dar um certo fechamento — constituindo o que Gadamer (1997) chama de círculo hermenêutico — não para finalizá-lo, mas para pensá-lo de um outro ponto de vista, após ampliar o meu horizonte em relação à EPS. Como nos lembra Paulo Freire (1998) é a questão da inconclusão do ser humano a nossa inserção num permanente movimento de procura, o que também nos leva a um processo permanente de educação.

De onde partimos? Sem dúvida, da nossa própria experiência enquanto trabalhadora da SM, que chega a Betim recém-formada, no início da implantação dos serviços substitutivos ao manicômio. Então, ao longo dos anos, vai se formando, a partir das questões provenientes do trabalho, seja dentro do próprio serviço, ou buscando formação em instituições acadêmicas. Observamos que a formação em serviço é um fenômeno comum ao SUS.

Por onde caminhamos? Buscamos no doutorado em Saúde Coletiva um referencial para pensar esse fenômeno e encontramos na metodologia hermenêutica-dialética um mapa, que nos levou a uma compreensão crítica do nosso objeto de estudo.

Se, por um lado, somos seres incompletos, limitados e necessitamos continuamente de dar sentido às nossas experiências e a nossa vida, por outro lado, vivemos num mundo veloz, que demanda a cada momento novas tecnologias e novos conhecimentos para responder aos inúmeros desafios produzidos pela própria sociedade. Assim, existe também no mundo atual uma forte demanda por Educação Permanente com interesses diversos.

Já não mais podemos simplesmente adquirir os conhecimentos acumulados por determinada cultura, de forma tradicional. Vivemos num mundo globalizado, marcado fortemente pelo capitalismo. Agora, precisamos ‘aprender a aprender’, pois os novos meios de produção exigem flexibilidade, criatividade, capacidade de lidar com situações inusitadas e o trabalho em equipe: são novas competências para um novo estilo de trabalho.

A SM, nosso campo de estudo, teve mudanças de paradigma após as tragédias das duas grandes guerras que demandaram novas formas de cuidado às pessoas com sofrimento mental. Experiências de desospitalização, mas, principalmente, a experiência italiana de desinstitucionalização, trouxeram novos parâmetros e conhecimentos para o cuidado das

pessoas com sofrimento mental. É nesse contexto de mudanças e de novas formas de organizar o trabalho em saúde, a partir da Reforma Sanitária, que se constituiu também no Brasil a Reforma Psiquiátrica, sendo a nossa primeira experiência de desinstitucionalização em Santos/SP.

No país travou-se uma luta grande, a partir da década de 1980, contra os hospitais manicomiais que não ofereciam tratamento com dignidade, produzindo e lucrando com a indústria da loucura, mobilizando trabalhadores, estudantes, usuários e familiares, bem como a sociedade civil. Reconhecemos que houve um contexto histórico-social favorável (luta pelo fim da ditadura) e compreendemos também que existiu por parte das distintas gestões investimentos (mais ou menos) na SM e na educação de seus trabalhadores para dar suporte a essa proposta. É claro que isso não foi sem mobilização e disputas. Houve enfrentamentos de interesses corporativos, principalmente, protagonizada pelo Movimento da Luta Antimanicomial.

Os serviços substitutivos ao manicômio fazem parte do sistema público de saúde e, portanto, estão perpassados historicamente pelos ideais da Saúde Coletiva, além dos ideais propriamente do campo da Saúde Mental, no novo paradigma da Atenção Psicossocial. Observamos que a Reforma Sanitária enfatizou a educação dos profissionais para atender ao novo sistema de saúde. A partir dos princípios universalidade, integralidade e equidade demandava a EPS através da integração ensino-serviço. Houve um investimento importante na defesa dessa proposta nas conferências de saúde e de recursos humanos, e mais tarde, em 2004, no governo Lula, foi instituída uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A EPS também foi uma bandeira do movimento da Reforma Psiquiátrica, ressaltando as transformações das práticas do cuidado em SM, na perspectiva da atenção integral e em liberdade. Podemos dizer que a reivindicação pela educação dos trabalhadores na saúde no Brasil já tem uma certa tradição.

O município de Betim/MG participou ativamente do processo de mudança do sistema de saúde, criando em 1994 serviços substitutivos ao manicômio, e vem sustentando há quase 30 anos a proposta de um cuidado em liberdade, tendo sua própria RAPS, embora vivenciando inúmeros desafios como os demais serviços do país, devido às fragilidades das políticas públicas diante dos interesses econômicos da classe dominante. Também esses serviços têm apresentado diversas contradições, mesmo reconhecendo que foi constituída no país uma nova forma de tratar a loucura e que a RAPS está presente em todo território nacional.

Por um lado, se foi construído um sistema único possibilitando a todos os brasileiros, pelo menos teoricamente, o direito à assistência a saúde, por outro lado, com as políticas neoliberais, houve o fortalecimento da concepção da saúde como mercadoria, sendo viabilizada por planos e seguros. Assim, também o campo da saúde é marcado pelas relações de produção do sistema capitalista, embora alguns sanitaristas, como Emerson Merhy e Gastão Campos, enfatizem uma certa liberdade e autonomia dos trabalhadores para construir suas formas de trabalho, propondo uma nova organização dos serviços com maior participação de todos em sua gestão, incluindo, aqui, gestores propriamente ditos, trabalhadores, usuários e sociedade civil (controle social).

Ao longo da história da SM de Betim/MG narrada pelos seus trabalhadores percebemos muitas transformações e a influência desses teóricos, que chegaram a dar consultoria para a SMS do município na década de 90. Os serviços implantados seguiram os princípios do SUS e constituíram dispositivos importantes de acolhimento, de formação de vínculos com os usuários, de tratamento em liberdade, com atenção ao território das pessoas, bem como com a formação de uma rede que pudesse articuladamente oferecer assistência integral.

Constatamos, em nosso estudo, que os trabalhadores da SM de Betim/MG sustentaram mudanças importantes no processo de trabalho, reconhecendo a equipe multiprofissional como um coletivo e desenvolvendo formas de atuar conjuntamente. Criaram dispositivos importantes de assistência e também de formação. A partir das trocas interprofissionais e da cooperação no trabalho obtiveram diferentes impactos na saúde dos usuários, principalmente na integralidade do cuidado e na concepção ampliada de saúde. Em contrapartida, os trabalhadores também foram afetados em suas subjetividades, conforme marcado pelos teóricos da PNEPS. Identificamos que os profissionais estabeleceram novas combinações de saberes e práticas, o que influenciou na forma de se identificarem, agora como trabalhadores da SM, e não apenas especialistas de uma área específica.

Os trabalhadores quando chegaram à SM de Betim/MG não se sentiram preparados para o trabalho no novo modelo e buscaram formação, individualmente ou mesmo no coletivo. Foram se formando no cotidiano do trabalho e através de dispositivos de educação permanente por eles organizados. Foram protagonistas tanto da própria formação como da criação dos serviços. A integração ensino-serviço sempre esteve presente e, portanto, anos mais tarde, se sentiram muito à vontade para criarem residências multiprofissionais nas quais puderam exercer diretamente as funções de ensino.

Enquanto trabalhadora do SUS Betim/MG, vivenciei essa história. Aprendi muito mais do que a minha especialidade em psicologia. Na equipe multiprofissional tive condições de entender melhor meu papel de técnica de referência, a função de plantonista num serviço de urgência, a função de articular, na rede intrasetorial e intersetorial, projetos terapêuticos singulares, entre outras do cotidiano do trabalho. Enfim, todas essas funções que constituem o ‘núcleo comum’ do trabalhador da SM.

No doutorado, consegui reconhecer que essas funções são partes constituintes do trabalho em serviços substitutivos ao manicômio, mas, contraditoriamente, também das novas relações de produção capitalista (sistema toytista); caracterizando-se como um trabalho em equipe, sendo necessária aos trabalhadores a capacidade de participar coletivamente da construção de um projeto comum, num processo de comunicação que propicie trocas. Para tanto, são necessárias habilidades distintas (chamadas por uns de competências e outros de tecnologias leves): no nível da linguagem, na qual os profissionais precisam saber comunicar adequadamente aquilo que é importante para o desempenho do trabalho; no nível das relações, nas quais precisam estabelecer parâmetros mais horizontais, de cooperação entre todos os envolvidos. Portanto, é essencial a participação e implicação do trabalhador. O trabalho em SM exige afetamento com o que se faz. E não saímos ilesos disso.

Assim, o cuidado em SM é complexo e demanda diversos saberes: desde os saberes técnicos até aqueles construídos a partir da intuição, do contato direto com os usuários, das experiências trazidas pela vida (sabedoria prática). E é, principalmente, no cotidiano que vamos alicerçando esses saberes. Aprendemos com os usuários, que trazem histórias e realidades múltiplas, com colegas com quem compartilhamos nossas experiências e refletimos sobre nosso fazer, com profissionais de fora, por exemplo, com os supervisores que se dispõem a nos ajudar a desembaraçar alguns nós na compreensão de um caso mais desafiante, com experiências de outros serviços. Enfim, adquirimos conhecimento nas reuniões semanais, nas passagens de plantão, nos fóruns intersetoriais e com outros dispositivos que promovem a reflexão sobre o que fazemos e como fazemos, assim como pontuam os teóricos da EPS.

Portanto, é um trabalho envolvente. Exige de nós escuta, acolhimento, paciência, delicadeza no trato, conhecimentos técnicos, ‘pulsão de vida’, desejo, e uma capacidade de resiliência diante das inúmeras frustrações e dores que enfrentamos. Nossa subjetividade é o tempo todo perpassada por aquilo que fazemos, o que tem trazido realizações, mas também sofrimentos e



adoecimentos. O encontro com a loucura, aliado às inúmeras dificuldades pela falta de investimento em políticas públicas, tem provocado nos trabalhadores um intenso desgaste.

Em nosso estudo percebemos o quanto os profissionais da SM de Betim estão implicados ética e politicamente com a proposta da Atenção Psicossocial, embora vivam condições difíceis de sustentarem o trabalho com qualidade. O cotidiano exigente, fortemente habitado por intensas demandas de cuidado, tem levado os trabalhadores a também adoecerem, não conseguindo “estar re-criando em si, de modo constante, mecanismos de re-produção deste coletivo”, conforme recomenda Merhy (2013) para os trabalhadores que devem ser protagonistas de vida.

Concordamos com Merhy (2013) com relação à necessidade de espaços de cuidado dos trabalhadores, e não apenas espaços de EPS. Espaços onde também possam ser escutados sobre o sofrimento no trabalho e possam ser formados coletivos implicados com o cuidado e com o autocuidado. No entanto, nos perguntamos se não seria mais uma responsabilidade para os próprios trabalhadores a proposta que o autor faz de que se criem espaços de alegria e espaços coletivos de autocuidado nos serviços. Observamos, na pesquisa, o quanto os trabalhadores estão se sentindo a mercê deles mesmos.

Se, por um lado, o nosso estudo demonstrou que os trabalhadores da SM de Betim/MG se sentem responsáveis e implicados com o projeto de Atenção Psicossocial, por outro, estão sofrendo com as reais condições de trabalho. Nesse sentido, concordamos com os autores que problematizam a PNEPS (VIEIRA Et al., 2006; RAMOS, 2010; LEMOS, 2013, 2016) quando afirmam que a EPS por si só não garante transformações nos serviços. Os inúmeros desafios enfrentados pela falta de investimentos na saúde pública, bem como o acirramento das desigualdades sociais acentuando os problemas de SM têm causado desgastes, principalmente, nas relações entre os trabalhadores. É importante frisar que a clientela da SM no SUS tem sido em sua maioria a mais marginalizada, com poucos recursos econômicos e profissionais.

Como os trabalhadores são implicados, ética e politicamente, com o projeto se sentem responsáveis, mas impotentes diante do contexto atual, embora conscientes de que poderiam oferecer melhores formas de cuidado. Angustiam-se porque não conseguem construir coletivamente, como antes, uma resistência política à situação. Constatamos nesse estudo sentimentos de tristeza, exaustão e impotência caminhando lado a lado da exigência de acolhimento e resolução de problemas complexos, de forma criativa e implicada

politicamente, como já destacado por Merhy (2013). Constatamos, portanto, uma relação paradoxal estabelecida entre uma política que estimula a EPS e as reais condições de trabalho. Nesse sentido, concordamos com Ramos (2010), quando fala que há um excesso de responsabilidade sobre os trabalhadores.

Podemos afirmar que os trabalhadores de Betim vivenciaram efetivamente a EPS conforme preconizado pela PNEPS, considerando o trabalho como lugar de aprendizagem e a interação dos profissionais entre si e com os usuários como dispositivos dos processos educacionais. Mas também buscaram outras possibilidades para compreender seu campo de ação: vários trabalhadores fizeram formação em Psicanálise e em outras modalidades de compreensão da subjetividade humana.

Assim, a formação dos trabalhadores não se deu apenas de forma pragmática, para atender aos problemas vivenciados. Muitos trabalhadores foram para a universidade e estabeleceram estudos sistematizados sobre diversos assuntos da SM, sendo que alguns se tornaram professores e/ou outros têm contribuído na formação de novos profissionais dentro dos próprios serviços.

No entanto, como também percebermos, os serviços de SM de Betim/MG vivenciam inúmeros desafios e, embora a EPS estivesse presente, não foi suficiente para sua resolutividade. Ainda que os trabalhadores tenham reconhecido os espaços coletivos como sendo essenciais para a organização do trabalho e para a formação, eles não têm conseguido sustentá-los, pois o próprio trabalho se complexou e suas condições se modificaram. Assim sendo, eles não têm conseguido responder às difíceis demandas, que são muitas vezes estruturais. Os espaços de reflexão do trabalho também estão sendo perpassados pelas contradições da assistência em saúde no país. Os serviços não estão conseguindo sustentar esses espaços coletivos de forma adequada. Muitos estão se burocratizando e/ou tornando espaços de conflitos pessoais, perdendo sua função e levando os profissionais à desmotivação.

Nem todos os trabalhadores têm conseguido participar dos encontros de EPS, seja porque as condições dos serviços não favorecem, seja porque há um pragmatismo em sua concepção (resolução de problemas), levando os trabalhadores mais novos a questionarem seus dispositivos nos quais não veem resultados imediatos.

Concordamos com Ramos (2010, 2017) sobre a importância do trabalho na saúde ser refletido também a partir das condições de produção capitalista e de suas repercussões na saúde dos

usuários e dos próprios trabalhadores, e não apenas sob o viés da micropolítica, conforme abordado pela PNEPS. É preciso acentuar que as macropolíticas têm levado cada vez mais ao sucateamento do SUS e refletir sobre como isso tem influenciado no cotidiano dos serviços. Nesse sentido, a EPS deve ir além da resolução dos problemas concretos do dia a dia e promover a conscientização crítica dos profissionais.

Os processos de EPS demandam ações coletivas, como reuniões reflexivas sobre o trabalho, reuniões clínicas e ações mais sistematizadas que reflitam sobre os determinantes da saúde. Portanto, é um processo de implicação de todos (trabalhadores e gestores), necessitando ser permanentemente discutida e avaliada. Entendemos que a EPS é também perpassada por interesses múltiplos e corporativos. Assim, é importante que os trabalhadores tenham participação e discernimento sobre os processos educativos que lhe são oferecidos.

A SM como salientamos, assim como o SUS, demanda um trabalho multidisciplinar e interprofissional, portanto, requer uma formação múltipla e coletiva. Os diferentes profissionais têm, na SM, um “núcleo comum” de funções, como é definido por Ceccim (2017), carecendo de colaboração para o cuidado aos usuários. Também é um trabalho em rede, desse modo, é imprescindível “competências” por parte dos trabalhadores para sua realização, o que denominaremos de “tecnologias leves” como conceituado por Merhy (2013). Geralmente, estas tecnologias são aprendidas no próprio trabalho, portanto, consideramos importante a integração ensino-serviço-gestão-controle social na formação dos trabalhadores do SUS.

Por outro lado, também entendemos a importância de uma formação integral que potencialize as diversas dimensões dos profissionais, para possibilitar o pleno desenvolvimento humano nas dimensões ética, cultural, socioambiental, política e científica, e não só na dimensão laborativa. Também aqui a educação é permanente. Entendemos que a saúde demanda profissionais que se deixam afetar pelo outro, que possibilite o encontro com aqueles de quem cuida, mas, para tanto, precisam também se formar inteiramente, e não só de forma tecnológica: “Gente cuidando de gente”. Assim, não é só no trabalho que esses profissionais se formam.

Nesse sentido, o modelo de Atenção Psicossocial tem muito a dizer, quando coloca a importância da cidadania, da inclusão no território, da participação na vida social, da inclusão na arte, na cultura, na ciência, enfim, na vida. Isso tudo é saúde e vale também para todos os trabalhadores.

Outro ponto que queremos destacar é sobre a formação universitária, que não tem preparado os profissionais para o trabalho em equipe multidisciplinar, sendo necessária uma EIP. Como vimos, é no cotidiano que os trabalhadores têm aprendido o trabalho interprofissional a partir das trocas que realizam, estabelecendo relações que permitem recombinações de saberes e práticas. Portanto, é preciso fortalecer a integração ensino-serviço-gestão-control social para a melhor formação também dos novos trabalhadores. É no coletivo que se produzem os dispositivos que abarcam a complexidade do sofrimento mental e que os distintos saberes se encontram, se esbarram e se contradizem, produzindo conflitos, mas também possibilidades de construção de nossos saberes e da formação contínua dos profissionais.

A PNEPS, sem dúvida, apostou muito nos trabalhadores e nas microrrelações. Entendemos que essa aposta, por um lado, valorizou os conhecimentos produzidos pelos trabalhadores no SUS, ganhando destaque os saberes produzidos no cotidiano dos serviços. Isso é importante! Por outro lado, é necessário que esses conhecimentos sejam sistematizados, elaborados de forma que possam ser divulgados e apropriados também pelo saber científico. Para tanto, entendemos que a integração ensino-serviço deve ser de mão dupla: os estudantes precisam integrar na realidade do SUS, mas também seus trabalhadores podem ser incentivados a desenvolverem estudos na academia, sistematizando e publicizando seus saberes; nesse ponto, houve pouco investimento pela PNEPS.

Por fim, podemos dizer que a SM produziu distintos lugares de construção de conhecimentos e de formação, provocando, inclusive, novos papéis para as distintas profissões, bem como novas formas de identificações profissionais. As reuniões semanais, as passagens de plantão, os fóruns intersetoriais, por exemplo, constituíram importantes dispositivos para a EPS. No entanto, entendemos que esses lugares não estão garantidos. É preciso clareza de seus objetivos e luta permanente para mantê-los.

O presente estudo contribuiu para a compreensão do trabalho em SM, especialmente, no que se refere à formação em serviço. Entendemos, no entanto, que há limitações nesse estudo, como por exemplo, os participantes da pesquisa foram somente os trabalhadores efetivos da RAPS Betim/MG, com vários anos de serviço. Os novos trabalhadores e os com vínculos de contratos temporários não participaram. Portanto, esse estudo traz um recorte histórico, não abrangendo aqueles trabalhadores com vínculos de trabalho menos estáveis, que provavelmente trariam novas questões, o que poderá ser um novo objeto de estudo, visto as atuais condições de trabalho e os novos desafios para a sustentação do projeto de Atenção

Psicossocial. Também podemos ressaltar a importância de experiências de integração ensino-serviço, tais como o PRÓ-Saúde, o PET Saúde Mental, as residências multiprofissionais em SM e a residência em psiquiatria. Essas experiências em Betim podem nos oferecer dados importantes para a compreensão da EPS e da EIP no município e no país.

Fechando o círculo, queremos dizer do quanto questionamos e refletimos sobre nosso trabalhos nos últimos anos. Foi um esforço longo, com muito estudo e discussões com colegas e professores. A presente tese é uma experiência em ato do próprio objeto de investigação — a EPS.

## 7 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Arisa N. S. et al.. Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental: reflexões sobre a prática do enfermeiro. *Cuidado é fundamental (Online)*. Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 213-231, 2014. Disponível em: <[www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2819/pdf\\_1106](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2819/pdf_1106)>. Acesso em: 24 set. 2016.
- ALMEIDA, Daniela T.; TREVISAN, Érika R. Estratégias de intervenção da terapia ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. UNESP/Botucatu, v. 15, n. 36, p. 299-307, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop3110.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2016.
- ALTAS BRASIL 2013. Altas do Desenvolvimento Humano no Brasil [Internet]. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/>>. Acesso em: 29 dez. 2019.
- ALVES, Haiana M. C.; DOURADO, Lidiane B. R.; CÔRTEZ, Verônica N. Q. A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos centros de atenção psicossociais. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2965-2975, 2013. Disponível em: <[www.scielo.org/pdf/csc/v18n10/v18n10a21.pdf](http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n10/v18n10a21.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2016.
- AMARANTE, Paulo. Subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: *Saúde e Democracia: A luta do CEBES*. Fleury S(org.). São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 163-186.
- AMARANTE, Paulo. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. GiOVANELLA, Lígia et al. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 635-655.
- AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. 4 ed. 1ª. Reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- ANDRADE, João M. O et al.. Atenção multiprofissional ao portador de sofrimento mental na perspectiva da equipe de saúde da família. *Cuidado é fundamental (online)*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3549-3557, 2013. Disponível em: <[www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/2315/pdf\\_717](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/2315/pdf_717)>. Acesso em: 25 set. 2016.
- ANTONACCI, Milena H. et al. Estrutura e fluxo da rede de saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. São Paulo, v. 47, n.4, p. 891-898, 2013. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0891.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0891.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2016.
- AQUINO, Thiago. Tradição histórica e reflexão crítica: notas sobre o debate entre Habermas e Gadamer. *Veritas*. Porto Alegre, v. 57, n. 3, p. 53-73, 2012.
- ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro*. 1ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- AROUCA, Lucila S. O discurso sobre a educação permanente (1960-1983). *Pro-posições*. Campinas, v. 7, n. 2, p. 65-78, 2016.

AZEVEDO Dulcian M.; GONDIM, Marianna C. S. M.; SILVA, Danielle S. Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. *Cuidado é fundamental (online)*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3311-3322, 2013. Disponível em <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1951/pdf\\_689](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1951/pdf_689)>. Acesso em: 26 set. 2016.

BALLESTER, Dinarte A. et al. O médico generalista e os problemas de saúde mental: desafios e estratégias para a educação médica. *São Paulo Med. J. (online)*. São Paulo, v. 123, n. 2, p. 72-76, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spmj/v123n2/a08v1232.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2016.

BÁRCIA, Mary Ferreira. Educação Permanente no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 1982.

BARROS, Márcia M. M.; CHAGAS, Maristela I. O.; DIAS, Maria S. A. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 227-232, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100028](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100028)>. Acesso em 26 set. 2016.

BARTON, R. *Institutional Neurosis*. Bristol: John Wright & Sons Ltd., 1959.

BASAGLIA, Franco. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BELMONTE, Pilar. O campo da atenção psicossocial: formar e cuidar no curso de qualificação na atenção diária em saúde mental (CBAD). *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 187-198, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462006000100012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462006000100012)>. Acesso em: 23 set. 2016.

BETIM. Portal da Prefeitura de Betim/Minas Gerais. Disponível em: [http://www.betim.mg.gov.br/prefeitura\\_de\\_betim/falando\\_de\\_betim/o\\_municipio/39037%3B36637%3B070912%3B0%3B0.asp](http://www.betim.mg.gov.br/prefeitura_de_betim/falando_de_betim/o_municipio/39037%3B36637%3B070912%3B0%3B0.asp). Acesso em: 29 dez. 2019.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p.41-72.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988. Texto constitucional de 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 11 dez. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF: *Diário Oficial da União*, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 09 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. *Cadernos RH Saúde*, v. 1, n. 1, Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 189 de 19 de Novembro de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). Diário Oficial da União 1994a; 30 jan.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS/ INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da União 1994b; 30 jan.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. *Política de recursos humanos para o SUS: prioridades e diretrizes para ação do Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. 33p.

BRASIL. Lei n. 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, DF: *Diário Oficial da União*, 6 de abril de 2001. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 10 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília-DF: Ministério da saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF: Imprensa Nacional, 20 fev. 2002b. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)>. Acesso em: 09 jul. 2020.

BRASIL Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde*. 2. ed. rev. e atual., 2ª reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios\\_diretrizes\\_NOB\\_2003.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes_NOB_2003.pdf)>. Acesso em: 09 jul 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Políticas de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Departamento da Gestão da Educação na Saúde, 25 ago. 2003b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol\\_formacao\\_desenv.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução do CNS n. 335, de 27 de novembro de 2003. Aprova a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde e a estratégia de Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF: Imprensa Nacional, 5 fev. 2004a.



BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e do desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 fev. 2004b. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação na Saúde. *VER-SUS Brasil: caderno de textos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004d. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER\\_SUS.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Lei n. 11.129 de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n. 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1º jul. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC n. 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 nov. 2005c. Disponível em: <[http://www.lex.com.br/doc\\_541196\\_PORTARIA\\_INTERMINISTERIAL\\_N\\_2101\\_DE\\_3\\_DE\\_NOVEMBRO\\_DE\\_2005.aspx](http://www.lex.com.br/doc_541196_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N_2101_DE_3_DE_NOVEMBRO_DE_2005.aspx)>. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.174/GM, de 7 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 jul. 2005d. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1174\\_07\\_07\\_2005\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1174_07_07_2005_comp.html)>. Acesso em: 09 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Diário Oficial da União, 23 fev. 2006. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 09 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 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*, Brasília, DF; Imprensa Nacional, 22 ago. 2007a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html)>. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC. n. 3.019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 nov. 2007b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri3019\\_26\\_11\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri3019_26_11_2007.html)>. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política nacional de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos básicos de saúde – Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9). Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 mar. 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421\\_03\\_03\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html)>. Acesso em: 09 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 09 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 1.124, de 4 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 ago. 2015. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/05/portaria-inter-1124-2015.pdf>>. Acesso em: 10 jul 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde – PRO EPS-SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 nov. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/05/portaria-inter-1124-2015.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política nacional de educação permanente em saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p. il. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRITO-QUINTANA, Pedro; ROSCHKE, María A. C.; RIBEIRO, Eliana C. O. Educación permanente como herramienta para el desarrollo de los servicios de salud. In: HADDAD Q., J.; ROSCHKE, María A. C.; DAVINI, María C. (Ed.). *Educación permanente de personal de salud*. Washington, D.C.: OPS, 1994. 247p. (Serie desarrollo de recursos humanos ensalud; 100), p. 34-60.

CAMPOS, Gastão W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: HUCITEC, 2000.

\_\_\_\_\_ Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 19-31, 2006.

CAMPOS, Kátia F. C.; SENA, Roseni R.; LARA SILVA, Kênia. Educação permanente nos serviços de saúde. *Escola Anna Nery*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2017.

CAMOZZATO, Viviane C.; COSTA, Marisa V. A educação permanente e as impermanências na educação. *Educar em Revista*. Curitiba, Edição Especial, n. 1, p. 153-169, jun. 2017.

CARVALHO, Liliane B.; BOSI, Maria L.M.; FREIRE, José C. Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. *Revista de Saúde Pública*. Fortaleza, v. 42, n. 4. p. 700-706, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6931.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2016.

CARVALHO, Sérgio R. Os múltiplos sentidos da categoria *empowerment* no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.

CASTEL, Robert. *A Ordem psiquiatria: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CAVALCANTI, Felipe O. L.; GUIZARDI, Francini L.. Educação Continuada Ou Permanente Em Saúde? Análise Da Produção Pan-Americana Da Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 99-122, jan./abr. 2018.

CECCIM, Ricardo Burg. (2005a) Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. UNESP/Botucatu, v.9, n.16, p.161-177, set.2004/fev.2005.

\_\_\_\_\_ (2005b) Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

\_\_\_\_\_ A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.

CECCIM, Ricardo B.; FERLA, Alcindo A. Educação Permanente em Saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde (online)*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html#topo>>. Acesso em: 18 dez. 2019.

CECCIM, Ricardo B., FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 14; n. 1; p. 41-65, 2004.

CELEDÔNIO, Raquel M. et al. Políticas de educação permanente e formação em saúde: uma análise documental. *Rev Rene*. Fortaleza, v. 13, n. 5, p. 1100-1110, 2012.

CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION – CAIPE. *Interprofessional Education Guidelines 2017*. United Kingdom: CAIPE, 2017.

CHAUÍ, Marilena. *O que é Ideologia?* São Paulo: Editora Brasiliense, 2008.

COIMBRA, Valeria C. C. et al. As tecnologias utilizadas no processo de trabalho do centro de atenção psicossocial com vistas à integralidade. *Cuidado é fundamental (online)*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3876-3883, 2013. Disponível em: <[www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2007/pdf\\_788](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2007/pdf_788)>. Acesso em: 24 set. 2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, Brasília. *Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: relatório final*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1986. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf\\_rh.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2020.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, Brasília. *II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: relatório final*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1993. 60p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7. Brasília. *Anais...* Brasília-DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. 280 p. Disponível em: <[https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_7.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf)>. Acesso em: 10 jul 2020.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília. *Conferência Nacional de Saúde: relatório final*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2020.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9. Brasília. *Municipalização é o caminho: relatório final*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/9%20conferencia%20nacional%20de%20saude.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10. Brasília. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 98p. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_10.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2020

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12. Brasília. *Saúde: direito de todos, dever do estado a saúde que temos, o SUS que queremos*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12. Conselho Nacional de Saúde. 12ª. Conferência Nacional de Saúde: Conferencia Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 230p. (Série D. Reuniões e Conferências).

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1. Conselho Nacional de Saúde. 1ª. Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasília, 25 a 28 de junho de 1987 - relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988 43 p. – (Série D. Reuniões e conferências, 5).

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2. Conselho Nacional de Saúde. 2ª. Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasília, 1 a 4 de dezembro de 1992, Caderno Informativo. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0208IIconsmr.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3. Conselho Nacional de Saúde. 3ª. Conferencia Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo / Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2001.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 3ª. Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 4. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

COSTA, Patricia P. Dos projetos à política pública: reconstruindo a história da educação permanente em saúde. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2006.

COSTA ROSA, A. *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013.

DAL POZ, Mario R.; LIMA, José C. S.; PERAZZI, Sara. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 621-639, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200012)>. Acesso em: 25 set. 2016.

DAVINI, María C. Práticas laborales em losservicios de salud: lãs condiciones Del aprendizaje. In: HADDAD Q., Jorge; ROSCHKE, María A. C.; DAVINI, María C. (Ed.). *Educación permanente de personal de salud*. Washington, D.C.: OPS, 1994. 247p. (Serie desarrollo de recursos humanos en salud; 100), p. 109-125.

DAVINI, María C.; ROSCHKE, María A. C. Conociemento significativo: El diseño de um proyecto de Educación Permanente em Salud. In: HADDAD Q., Jorge; ROSCHKE, María A. C.; DAVINI, María C. (Ed.). *Educación permanente de personal de salud*. Washington, D.C.: OPS, 1994. 247p. (Serie desarrollo de recursos humanos en salud; 100), p. 127-142.

DAVINI, María C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

DELFINI, Patrícia S. S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, v.1, p. 1483-1492, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800021)>. Acesso em: 24 set. 2016.

DELGADO, Pedro G. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 25, n.1, p. 13-18, 2015. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100013)>. Acesso em: 24 set.2016.

DELEUZE, Gilles; GATTARI, Félix. *O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34, 2010.

DESVIAT, Manuel. *Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva*. 1 ed. São Paulo: Zagodoni, 2018.

DOBIES, Daniel, V.; FIORONI, Luciana N. A assistência em saúde mental no município de São Carlos/SP: considerações sobre a história e a atualidade. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. UNESP/Botucatu, v. 14, n.33, p. 285-299, 2010. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200005)>. Acesso em: 25 set. 2016.

DOLNY, Luise L. et al. Educação Permanente: origens e caminhos no Sistema Único de Saúde. In: VENDRUSCOLO, Carine et al.(Orgs.). *Frutos dos movimentos de educação permanente em saúde de Santa Catarina: caminhos e oportunidades* (recurso eletrônico). 1.ed. – Porto Alegre : UNIDA, 2018. 347 p. : il. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde, v.16).

DRUMMOND JUNIOR, Marcelo A. Ações de saúde mental por agentes comunitários de saúde: investigando uma experiência de saúde mental na atenção básica (dissertação). Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pós-graduação em Psicologia. 2009. 136 f.

DUTRA, Virginia F. D.; OLIVEIRA, Rosane M.P. As práticas da enfermagem psiquiátrica na transição paradigmática: estudo de teses e dissertações. *Cuidado é fundamental (online)*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p.1719-1731, 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972015000400008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972015000400008)>. Acesso em: 26 set. 2016.

FERREIRA, Aurélio B. H. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3 ed. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA NETO, João L. *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. 2ª. ed. ampl. São Paulo: Escuta, 2017.

FEUERWERKER, Laura C. M.. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FIGUEIRAS, Amira C.M.; PUCCINI Rosana F.; SILVA Edina M.K. Educação continuada em desenvolvimento infantil para profissionais da atenção primária em saúde: estudo prospectivo do tipo antes-e-depois. *São Paulo Medical Journal*. São Paulo, v. 132, n. 4, p. 211-218, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-31802014000400211](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802014000400211)>. Acesso em: 25 set. 2016.

FORTES, Sandra et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a atenção primária pelo matriciamento. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1079-1102, 2014. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01079.pdf](http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01079.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2016.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e Punir*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1978.

\_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. *História da sexualidade I – A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANCO, Túlio B. MERHY, Emerson E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREIDSON, Eliot. *Profession of Medicine*. Nova York: Dodd Prentice-Hall, 1970.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 8ª. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

FURTER, Pierre. *Educação e Vida*. 5ª. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1973.

\_\_\_\_\_. *Educação Permanente e Desenvolvimento Cultural*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1974.

GADAMER, Hans-Georg. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

\_\_\_\_\_. *Verdade e método II: complementos e índices*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

GADOTTI, Moacir. *A Educação contra a Educação*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

\_\_\_\_\_. *Escola Viva, Escola Projetada*. Campinas, SP: Papirus, 1992.

GHESQUIERE Angela R. et al. Factors Associated with Providers' Perceptions of Mental Health Care in Santa Luzia's Family Health Strategy, Brazil. *Int J Environ Res Public Health*. v. 13, n. 1, p. 33. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26703644>>. Acesso em: 26 set. 2016.

GIRADE, Maria G.; CRUZ, Emirene M. N. T.; STEFANELLI, Maguida C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 40, n.1, p.105-110, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342006000100015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100015)>. Acesso em: 28 set. 2016.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva S.A., 1974.

GOMES, Maria P. C. et al. Formação e qualificação: um estudo sobre a dinâmica educativa nas equipes de saúde mental do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. UNESP/Botucatu, v. 17, n. 47, p. 835-845, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832013000400006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400006)>. Acesso em: 28 set. 2016.

GOULART, Maria S. B. Em nome da razão: quando a arte faz história. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 36-41, 2010.

\_\_\_\_\_ A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*. Juiz de Fora, v. 8, n. spe, p. 194-213, 2015.

GRILLO, Maria J. C. *Educação permanente em saúde* [manuscrito]: espaços, sujeitos e tecnologias na reflexão sobre o processo de trabalho. 2012. 222f. il. Tese. Maria José Cabral Grillo. Escola de Enfermagem, UFMG.

GRYSCHEK, Anna L. F. P. Lins et al.. Projeto larga escala: uma proposta pedagógica atual. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 34, n. 2, p. 196-201, 2000.

HABERMAS, Jürgen. *Dialética e Hermenêutica: para a crítica da hermenêutica de Gadamer*. Porto Alegre: L&PM, 1987.

HADDAD Q., Jorge; ROSCHKE, María A. C.; DAVINI, María C. (Ed.). *Educación permanente de personal de salud*. Washington, D.C.: OPS, 1994. 247p. (Serie desarrollo de recursos humanos en salud; 100).

HONORATO, C. E. M.; PINHEIRO, R. O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 361-380, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (online). Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/betim/panorama>>. Acesso em: 29 dez. 2019.

JAEGER, Werner W. *Paidéia: a formação do homem grego*. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

JORGE, Maria S. B. et al. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da política de desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto contexto & enfermagem*. Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 417-425, 2007. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300006)>. Acesso em: 29 set. 2016.



KALLEN D. Aprendizagem ao longo da vida em retrospectiva. Formação profissional. *Revista Europeia*. n. 8/9, p. 16-22. Disponível em: <[https://www.cedefop.europa.eu/files/etv/Upload/Information\\_resources/Bookshop/130/8-9\\_pt\\_kallen.pdf](https://www.cedefop.europa.eu/files/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/130/8-9_pt_kallen.pdf)>. Acesso em 10 jul. 2020.

KNECHTEL M R. *Educação Permanente: da reunificação alemã a reflexões e práticas no Brasil*. Curitiba, PR: Editora UFPR, 1994.

KODA, Mirna Y.; FERNANDES, Maria I. A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1455-1461, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000600020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600020)>. Acesso em: 26 set. 2016.

KONDER, Leandro. *O que é dialética?* São Paulo: Brasiliense, 2008.

KUENZER, Acacia Z. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. *Trabalho, Educação, Saúde*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p.107-120, 2004.

LEÃO, Adriana; BARROS, Sônia. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 572-586, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300005)>. Acesso em: 26 set. 2016.

LEMOS, Cristiane L. S. A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde. 2010. 158 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

LEMOS, Cristiane L S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182015>>. Acesso em 30 de julho de 2019.

LIMA, Isabella C. B. F. Residências multiprofissionais em Saúde Mental na região metropolitana de Belo Horizonte: articulações com a perspectiva da atenção psicossocial da reforma psiquiátrica brasileira. (dissertação). Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pós-graduação em Psicologia. Belo Horizonte, 2016. 172 f.

LUCCHESI, Roselma et al. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000900017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900017)>. Acesso em: 26 set. 2016.

MEDEIROS, Gabriel T. et al. Educação Permanente em Saúde Mental: relato de experiência. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. UNESP/Botucatu, v. 20, n. 57, p. 475-484, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000900017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900017)>. Acesso em: 23 set. 2016.

MELO, Marina F. Hermenêutica e dialética: Gadamer e Habermas na metodologia das Ciências Sociais. *Revista Angolana de Sociologia*. P. 11-20, 2012. Disponível em: <https://ras.revues.org/172>. Acesso em: 29 jun. 2017.

MENEZES, Mardônio; YASUI, Silvio. O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n. 14, n. 1, p. 217-226, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100027&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100027&script=sci_abstract&tlng=es)>. Acesso em: 23 set. 2016.

MERHY, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E.; Onocko, R. (Org.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

\_\_\_\_\_ *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo, Hucitec 2002.

\_\_\_\_\_ O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. UNESP/Botucatu, v. 9, n. 16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

\_\_\_\_\_ Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores. In FRANCO, Túlio B.; MERHY Emerson E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 213-225.

MERHY, Emerson E.; FEUERWERKER, Laura C. M.; CECCIM, Ricardo B. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenirenla Micropolítica delTrabajoenSalud. *Salud Colectiva*. Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 147-160, Mayo/Agosto 2006.

MILHOMEM, Maria A.; OLIVEIRA, Alice G. B. O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial: um estudo em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 272-279, 2009. Disponível em <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6180>>. Acesso em 23 set. 2016.

MINAS GERAIS. Lei ordinária n. 11.802, de 18 de janeiro de 1995. *Diário do Executivo*. 19/01/1995. p. 1.

MINAS GERAIS. Projeto de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Belo Horizonte:Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais-ESPMG; 2010.

MINAYO, Maria C. S.; DESLANDES, Suely F. (Org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 2008 (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

MINAYO, Maria C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MUYLAERT, Camila J. et al. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Revista Escola de Enfermagem/USP*. São Paulo, v. 48, n. 2, p.193-199, 2014.

NEOTTI, Ana. *Perspectivas da Educação Permanente* (dissertação). Fundação Getúlio Vargas, Instituto de Estudos Avançados em Educação, Departamento de Filosofia da Educação. Rio de Janeiro, 1978, 64p.

NOGUEIRA- RAMIREZ, Carlos E. *O governmento pedagógico: da sociedade do ensino a sociedade da aprendizagem* (Tese). UFRS, Faculdade de Educação, Programa de Pós-graduação em Educação. Porto Alegre, 2009, 226f.

NUNES, Ana Paula A. P. *Desafios e práticas dos psicólogos na rede básica de saúde do município do Rio de Janeiro* (Dissertação). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2009a, 144 fl.

NUNES, Karla G. (b) *Reforma psiquiátrica no Brasil: um estudo sobre a trajetória de Betim, Minas Gerais*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009.

NUNES, Mônica et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 188-196, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100019)>. Acesso em: 13 set. 2016.

OLIVEIRA, Thaís T. S. S.; LEME, Fernanda R.G.; GODOY, Kathia R.G. O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. *Mental*. Barbacena, v. 7, n.12, p. 119-138, 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272009000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000100007)>. Acesso em: 26 set. 2016.

OLIVEIRA, T. T. S. S.; CALDANA, R. H. L. Práticas psicossociais em psicologia: um convite para o trabalho em rede. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. São João Del-Rei, v. 9, n. 2, p. 184-192, 2014. Disponível em: <[http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista\\_ppp/article/view/924](http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/924)>. Acesso em 10 jul. 2010.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. *O Planejamento no labirinto: Uma viagem hermenêutica* (dissertação). Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2001.

Organización Panamericana de La Salud (OPAS). *Educación permanente en salud: informes finales de tres grupos de trabajo: Rol de La Universidad*, Washington, 1992: Monitoreo de procesos educativos, Antigua, 1992. - Washington, D.C.: OPS, c1993. iii, 54 p. (Serie desarrollo de recursos humanos ; 94)

PAIVA, Vanilda. Educação Permanente: ideologia educativa ou necessidade econômica social? In: PAIVA, Vanilda; RATTNER, Henrique. *Educação permanente e capitalismo tardio*. São Paulo: Cortez Autores Associados, 1985. p. 7-63.

PASSOS, Izabel C. F. *Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PEDUZZI, Marina. The SUS isinterprofessional. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. UNESP/Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

PEIXOTO, Letycia S. et al. Percepção de enfermeiros em relação ao treinamento em serviço oferecido pelo serviço de educação permanente. *Cuidado é fundamental (online)*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2323-2335, 2015. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3541/pdf\\_1540](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3541/pdf_1540)> Acesso em: 26 set. 2016.

PEREIRA, Isabel B.; RAMOS, Marise N. *Educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 120 p. (Coleção Temas em Saúde).

PINHO, L. B.; KANTORSKI, L. P. O cuidado psiquiátrico no contexto brasileiro. *Ciências & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2107-2114, 2011. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000400010&script=sci...tlng](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000400010&script=sci...tlng)>. Acesso em: 25 set. 2016.

RADKE, Mariane B.; CECCIM, Ricardo B. Educação em saúde mental: ação da reforma psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Redes*. Rede Unida, v. 4, n. 2, p. 19-36, 2018.

RAMOS, Luciane S. R. et al. Comissão de Saúde Mental: Estratégias na busca de espaços na Atenção Básica. *Revista de enfermagem/UERJ*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 581-586, 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10002/7802>>. Acesso em: 23 set. 2016.

RAMOS, Marise. *Trabalho, Educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos de saúde*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ e EPSJV, FIOCRUZ, 2010.

\_\_\_\_\_. “Metodologias ativas”: entre movimentos, possibilidades e propostas. In: SOUZA, Rosa M. P.; COSTA, Patrícia P. (Orgs.) *Redescola e a nova formação em Saúde Pública*. Rio de Janeiro: ENSP, 2017.

REZENDE, Manuel M. Uma provável caracterização do profissional de Saúde Mental que atende dependentes de drogas no Vale do Paraíba. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental (online)*. São Paulo, v. 6, n. 1, p. 100-108, 2003. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rlpf/v6n1/1415-4714-rlpf-6-1-0100.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v6n1/1415-4714-rlpf-6-1-0100.pdf)>. Acesso em: 26 set. 2016.

RIBEIRO, Mara C. Trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de Alagoas, Brasil: interstícios de uma nova prática. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. UNESP/Botucatu, v. 19, n. 52, p. 95-108, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000100095&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000100095&script=sci_abstract)> Acesso em: 23 set. 2016.

RIOS, Izabel C. Rodas de conversa sobre o trabalho na rua: discutindo saúde mental. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 251-263, 2007. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a03.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2016.

ROVERE, Mario. Gestion Estrategica de La Educacion Permanente em Salud. In: HADDAD Q., Jorge; ROSCHKE, María A. C.; DAVINI, María C. (Ed.). *Educación permanente de personal de salud*. Washington, D.C.: OPS, 1994. 247p. (Serie desarrollo de recursos humanos ensalud; 100), p. 63-104.

\_\_\_\_\_. Comentários estimulados por la lectura del artículo “Educação PERMANENTE em Saúde: desafio ambicioso e necessário”. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. UNESP/Botucatu, v. 9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

ROSCHKE, Maria A. C.; BRITO-QUINTANA, Pedro; PALACIOS, Maria A. *Gestión de proyectos de educación permanente en los servicios de salud: manual del educador*. Wahington: Organizacion Panamericana de la Salud, 2002.

SAMPAIO, J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; CARNEIRO C.; FILHO, C. G. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011. Disponível: <[www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/17.pdf)>. Acesso em: 24 set. 2016.

SANTOS, George A.; NUNES, Mônica O. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho?. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 105-125, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000100105&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000100105&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 23 set. 2016.

SARTRE, Jean Paul. *A Crítica da Razão Dialética*. São Paulo: DP&A, 2002.

SCAFUTO, June C. B.; SARACENO, Benedetto; DELGADO, Pedro G. G. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). *Comunicação em Ciências Saúde (online)*. v. 28, n. 3/4, p. 350-358, 2017. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/277>>. Acesso em 12 jul.2020.

SCHWARTZ, B. *A educação amanhã: um projeto de educação permanente*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1976.

SILVA, Ana L. A.; FONSECA, Rosa M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 13, n.3, p.441-449, 2005. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000300020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300020). Acesso em: 26 set. 2016.

SILVA, Celso R. *A extensão universitária em saúde mental: por uma formação crítica* [dissertação]. Universidade Federal de Minas Gerais; Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; Programa de Pós-graduação em Psicologia, Belo Horizonte, 2013.

SILVA, Daniela L. S.; KNOBLOCH, Felicia. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*. UNESP/Botucatu, v. 20, n. 57, p. 325-335, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000200325&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000200325&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 26 set. 2016.

SILVA, Nathália S. et al. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. *Texto & Contexto - Enfermagem*. Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1142-1151, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400033](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400033)>. Acesso em: 26 set. 2016.

SILVA, Sílvia S. et al.. O enfermeiro na promoção da saúde mental dos indivíduos: aspectos históricos. *Revista Enfermagem Herediana*. Lima, PE, v. 2, n. 2, p. 99-104, 2009. Disponível em: <<http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2009/febrero/salud%20mental.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2016.

SILVEIRA, M. R.; ALVES, M. O enfermeiro na equipe de saúde mental - o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto; v. 11, n. 5, p. 645-651, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000500012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000500012)>. Acesso em: 22 set. 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS), Portal da Prefeitura de Betim.. Disponível em: <<http://www.betim.mg.gov.br/home/41822%3B66975%3B03%3B0%3B0.asp>>. Acesso em: 18 nov. 2019.

SOMBRA, Laurenio L. Gadamer e Habermas: os atritos da linguagem. *Intuitio*. Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 171-187, 2008.

SOUZA, Aline J. F. et al.. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 60, n. 4, p. 391-395, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000400006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400006)>. Acesso em: 26 set. 2016.

SOUZA, Rosa M. P.; COSTA, Patricia P. *Redescola e a nova formação em saúde pública*. Rio de Janeiro, RJ: ENSP/REDESCOLA, 2017.

STANGA, Adriani C. Concepções de saúde que orientam o trabalho docente dos professores articuladores inseridos no pró-saúde (dissertação). Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2014.

STEIN, Ernildo J. Dialética e hermenêutica: uma controvérsia sobre método em filosofia. *Síntese*. Belo Horizonte, v. 10, n. 29, p. 21-48, 1983. Disponível em: <<http://faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/viewFile/2087/2381>>. Acesso em: 19 set. 2017.

TAVARES, Cláudia M. M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto contexto & enfermagem*. Florianópolis, v. 15, n.2, p. 287-295, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200013)>. Acesso em: 26 set. 2016.

THOMPSON, John B. *Ideologia e Cultura Moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. 6ª. ed. Petrópolis, RJ: Vozes,1995.

TRAD, Leny A. Bonfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*. Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 777- 796, 2009.

UNESCO. *Educação: um tesouro a descobrir*. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Unesco, França, 2010.

VALADARES, Fabiana; SOUZA, Edinilsa R. Dossiê Violência: questão de interface entre a saúde e a sociedade. A gente vive equilibrando pratos: olhares sobre a violência que interroga a rede pública de saúde mental do município do Rio de Janeiro. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 841-854, 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000300841](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300841)>. Acesso em: 25 set. 2016.

VASCONCELOS, Eduardo M. *Abordagens psicossociais: história, teoria e trabalho no campo*. 2<sup>a</sup>.ed. São Paulo: Hucitec, 2009. V. 1. (SaúdeLoucura; v.24).

VIEIRA, M.; DURÃO, A.V.R.; BARRETO, C.M.G.; CARVALHO, V.F. *Análise da política nacional de educação permanente em saúde: um estudo exploratório dos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde, Relatório Final*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

ZENHA, Ronaldo O. CERSAM: um novo paradigma na assistência em saúde mental (dissertação). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2001.

WEIGELT, Diego et al.. A comunicação, a educação no processo de trabalho e o cuidado na rede pública de saúde do Rio Grande do Sul: cenários e desafios. *RECIIS (Online)*, v. 9, n.3, p. 1-8, 2015. Disponível em: <<https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/983>>. Acesso em: 22 set. 2016.

WETZEL, Christine et al. Dimensões do objeto de trabalho em um centro de atenção psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p.2, 133-143, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a13.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2016.

## 8 APENDICES

### Apendice 1 - Artigo de Revisão

#### Educação Permanente em Saúde Mental no Paradigma Psicossocial: Revisão Integrativa

##### *Permanent Education in Mental Health in the Psychosocial Paradigm: Integrative Review*

##### *La Educación Permanente en el Paradigma Psicosocial en Salud Mental: Una Revisión Integradora*

**Resumo:** Objetivo: identificar e analisar a produção científica brasileira sobre a educação permanente em saúde mental no paradigma psicossocial. Metodologia: foram consultadas as bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com delimitação de tempo 1990-2016, utilizando os descritores educação continuada e saúde mental. Resultados: Foram selecionados 59 trabalhos. Grande parte são pesquisas com metodologia qualitativa, publicadas em revistas científicas de saúde coletiva e enfermagem, a partir de 2003, tendo como participantes diversas categorias profissionais. Os temas analisados foram os novos processos de trabalho, mudanças no perfil profissional, desafios do modelo psicossocial, educação permanente. Conclusão: O paradigma psicossocial implica a reflexão e a problematização do cuidado, aliando teoria e prática. A integração dos serviços de Saúde Mental com o território exigirá que a Educação Permanente alcance sua potencialidade como uma estratégia de produção de novos saberes e de transformação dos serviços.

Palavras-chave: educação continuada, saúde mental, paradigma psicossocial

**Abstract:** Objective: to identify and analyze the Brazilian scientific production on the permanent education in mental health in the psychosocial paradigm. Methodology: The databases of the Virtual Health Library (VHL) were used, with time delimitation 1990-2016, using the descriptors continuing education and mental health. Results: 59 papers were selected. Much of this research is qualitative methodology, published in scientific journals of nursing and public health, starting in 2003, with several professional categories as participants. The themes analyzed were the new work processes, changes in the professional profile, challenges of the psychosocial model, permanent education. Conclusion: The psychosocial paradigm implies reflection and problematization of care, combining theory and practice. The integration of Mental Health services with the territory will require Permanent Education to reach its potential as a strategy for the production of new knowledge and transformation of services.



*Keywords: continuing education, mental health, psychosocial paradigm*

**Resumen:** *Objetivo: Identificar y analizar la producción científica nacional sobre la educación continua en el paradigma psicosocial en salud mental. Metodología: Se consultaron las bases de datos Biblioteca Virtual en Salud (BVS), con delimitación de tiempo de 1990 a 2016, utilizando la educación continua y los descriptores de salud mental. Resultados: Se seleccionaron 59 obras. Mucha investigación es una metodología cualitativa, publicados en revistas científicas de enfermería y salud pública, a partir de 2003, teniendo como participantes diferentes categorías profesionales. Los temas tratados fueron los nuevos procesos de trabajo, los cambios en el perfil profesional, desafía el modelo psicosocial, la educación permanente. Conclusión: El paradigma psicosocial implica reflexión y problematización de la atención, combinando teoría y práctica. La integración de los servicios de salud mental con el territorio requiere la educación continua a alcanzar su potencial como estrategia de producción de nuevos conocimientos y de transformación de los servicios.*

*Palabras clave: educación continua, la salud mental, paradigma psicosocial*

### **Introdução:**

A atenção em saúde mental no Brasil, nas últimas três décadas, tem passado por mudança de paradigma assistencial, iniciada com a Reforma Psiquiátrica. Após mais de 20 anos de reivindicações, o Brasil conquistou mudança significativa na legislação de saúde mental, com a promulgação da Lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

O paradigma da Atenção Psicossocial situa a saúde mental no campo da saúde coletiva e se caracteriza por um conjunto de práticas cujo arcabouço teórico-técnico e ético-político caminha na direção da superação do manicômio. Compreende o processo saúde-doença como resultante de processos biopsicossociais complexos, que demandam uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, com ações inseridas em uma diversidade de dispositivos comunitários e territorializados de atenção e de cuidado (OLIVEIRA; CALDANA, 2014).

Os espaços de produção do cuidado passam a ser cenários de produção de novos saberes nos quais os trabalhadores experimentam desconfortos diante de realidades distintas do que aprenderam na formação e buscam novas propostas, num processo de Educação Permanente

em Saúde- EPS (SANTOS; NUNES, 2014). Identifica-se, aqui, EPS como o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano (CECCIM, 2005).

Mas como tem se dado este processo de educação na Saúde Mental? É importante entender o processo de EPS na área da SM, pois a formação dos trabalhadores tem sido apontada como um dos pontos frágeis da sustentação do modelo psicossocial enquanto um novo paradigma de cuidado da pessoa com sofrimento mental (DELGADO, 2015).

Nesse sentido, este estudo teve como objetivo identificar e analisar a produção científica brasileira sobre a educação permanente em saúde mental no paradigma psicossocial, buscando evidenciar as contradições e desafios desse novo paradigma.

### **Percurso Metodológico**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica. O questionamento que norteou a revisão integrativa foi: Como tem se dado a educação permanente dos trabalhadores em saúde mental no modelo psicossocial? O levantamento bibliográfico ocorreu com delimitação de tempo — 1990/2016 — após a constituição do SUS e dos primeiros serviços substitutivos ao manicômio, em base de dados indexados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), como PUBMED, LILACS, SCIELO, PEPISIC; entre setembro e outubro de 2016.

Os documentos foram identificados, inicialmente, a partir da pesquisa dos descritores: educação continuada e saúde mental. Usando os termos booleanos *and* e *or*, foram encontrados 3.493 trabalhos. Com a aplicação dos filtros — texto completo, assuntos principais (saúde mental; serviços de saúde mental; conhecimentos, atitudes e prática em saúde; atitude do pessoal de saúde; educação em saúde; educação continuada; serviços comunitários de saúde mental), limite (humanos), país (Brasil), documentos (artigo, dissertação e tese), obteve-se 1.103. Foi realizada, então, a leitura dos resumos, sendo selecionados 59 textos, que contemplaram o objeto desse estudo: educação permanente em saúde mental. Desses, 58 foram artigos e apenas uma dissertação. Foram excluídos os artigos que tinham outros objetos de estudo com os mesmos descritores. Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento elaborado pelas autoras, contendo as variáveis: título, ano de

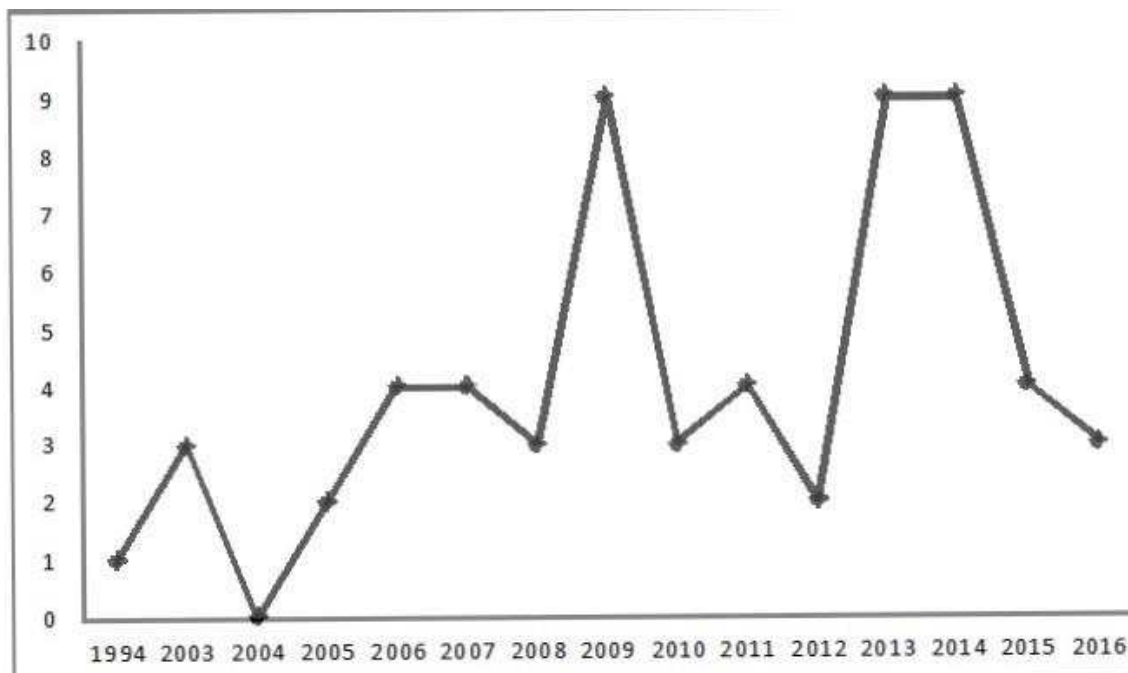
publicação, autor(es), periódico, tipo de pesquisa, participantes, local, resultados e conclusões. Seguindo as orientações de Minayo (2014), foi realizada leitura exaustiva dos textos, análise de seus conteúdos, extraídos núcleos temáticos, que foram agrupados em quatro categorias: novas competências e dispositivos de atendimento na saúde mental (tecnologias); nova identidade dos trabalhadores de saúde mental; desafios e contradições do modelo psicossocial de atenção à saúde mental; educação permanente em saúde mental.

Após a análise, observou-se que foram enfocadas diversas categorias profissionais, mas não o serviço social. Como esta categoria tem grande participação nos serviços de Saúde Mental (SM) optou-se por realizar outra busca na BVS, com os descritores serviço social e reforma psiquiátrica, colocando como filtro o assunto saúde mental. Foram encontrados 141 textos, mas apenas um atendeu ao objeto dessa pesquisa.

#### **Resultados encontrados:**

Constatou-se que na década de 90 praticamente não se publicou sobre o tema estudado. As publicações vão se apresentar, principalmente, a partir de 2003, após a promulgação da Lei 10.216/2001 e da publicação da Política Nacional em Educação Permanente em Saúde-PNEPS (BRASIL, 2004). Houve um maior número de publicações nos anos 2009, 2013, 2014, principalmente por revistas de saúde coletiva e enfermagem.

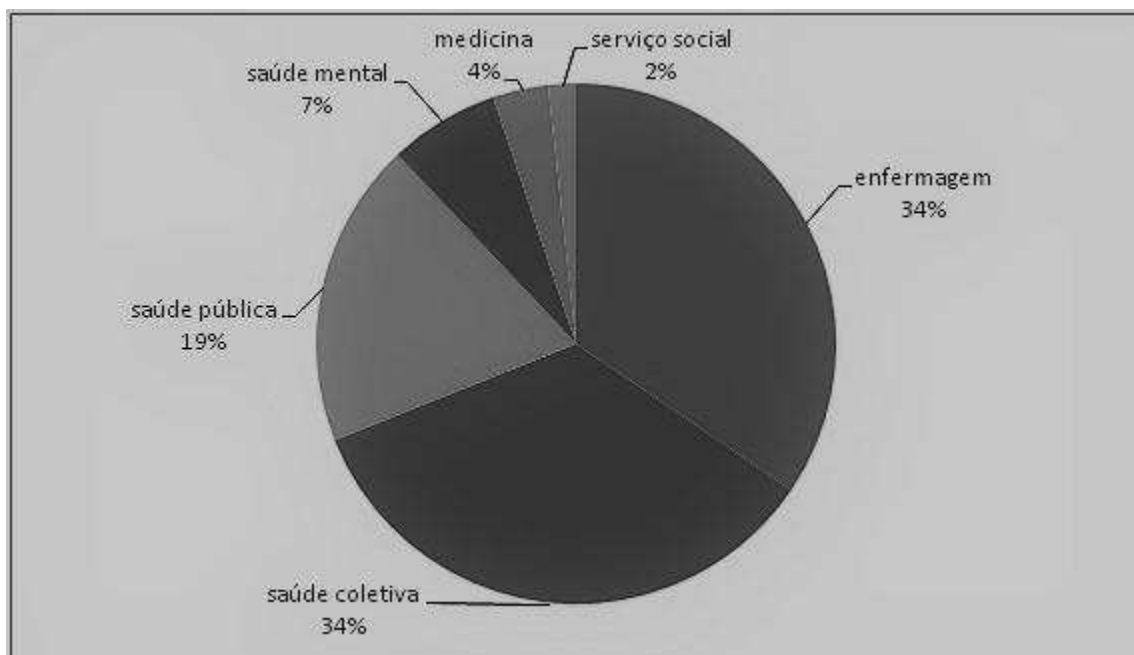
**Gráfico 1:** Distribuição dos estudos analisados por ano de publicação



Fonte: as autoras

Os dados confirmam a pesquisa de Delgado (2015), que verificou a predominância de trabalhos sobre saúde mental na área de saúde coletiva, enfermagem e Ciências Humanas, bem como um número menor na área médica.

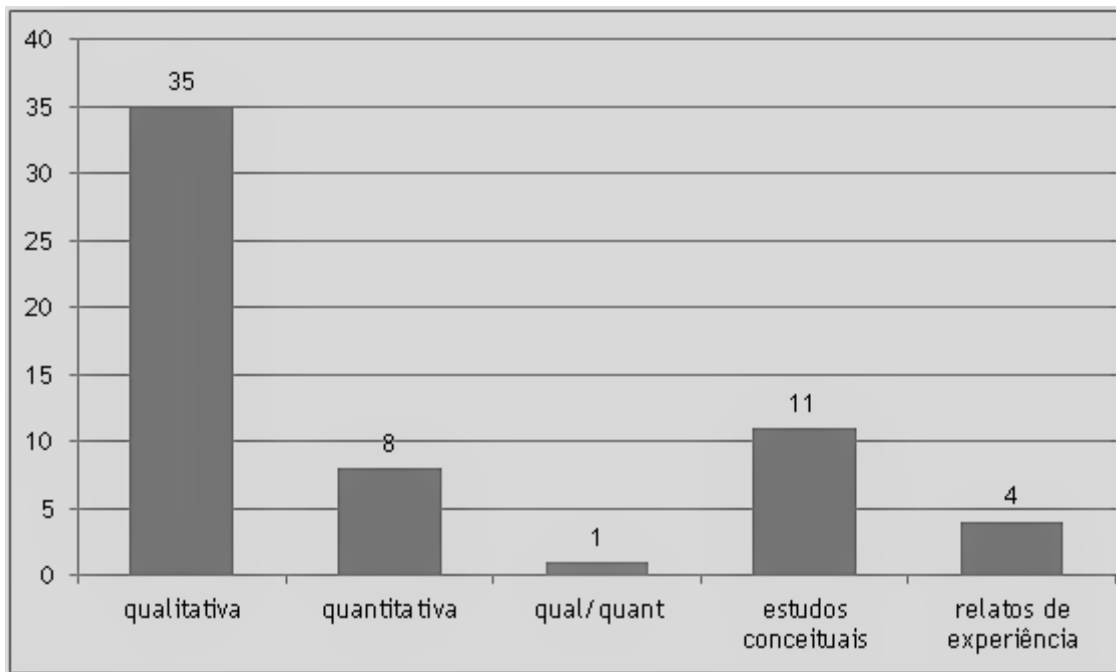
**Gráfico 2:** Distribuição por áreas específicas das revistas nas quais foram publicados os estudos analisados



Fonte: as autoras

A maioria dos estudos teve como estratégia metodológica a pesquisa qualitativa. Há uma variedade de técnicas de coleta de dados, sendo as mais frequentes entrevistas semiestruturadas, grupos focais e observação. As demais publicações são estudos conceituais e relatos de experiências.

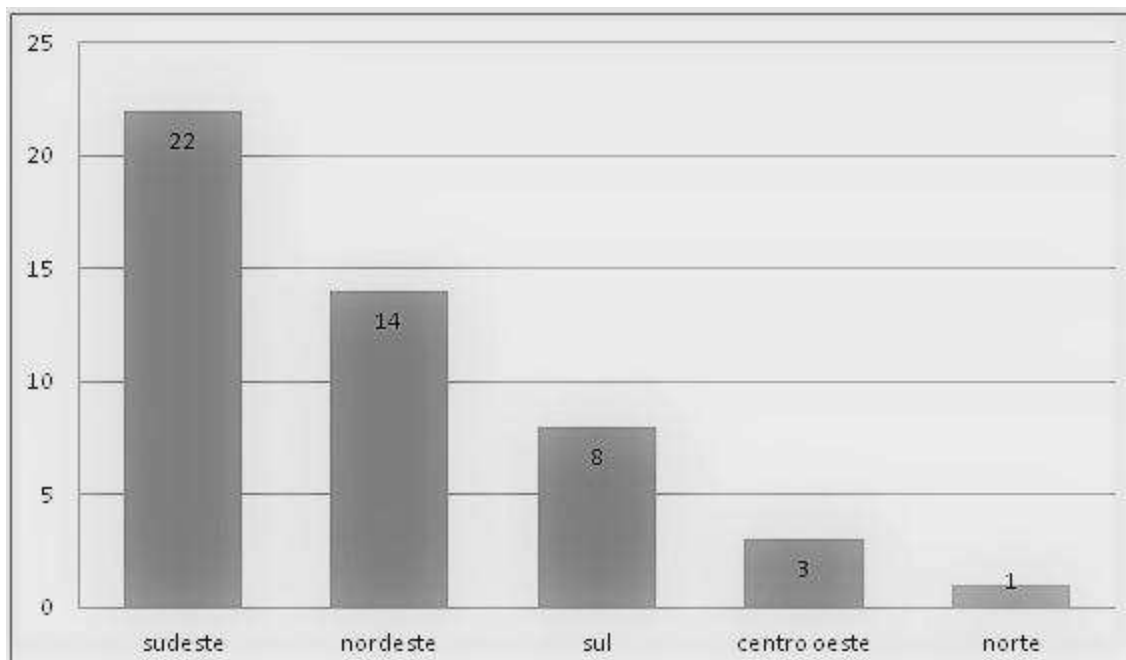
**Gráfico 3:** Distribuição dos tipos de metodologias usadas nos estudos analisados



Fonte: as autoras

Há um número maior de pesquisas na região sudeste, nos estados do RJ (19%), SP (19%) e MG (8%), seguida pela região nordeste e sul, com destaques aos estados do CE e RS.

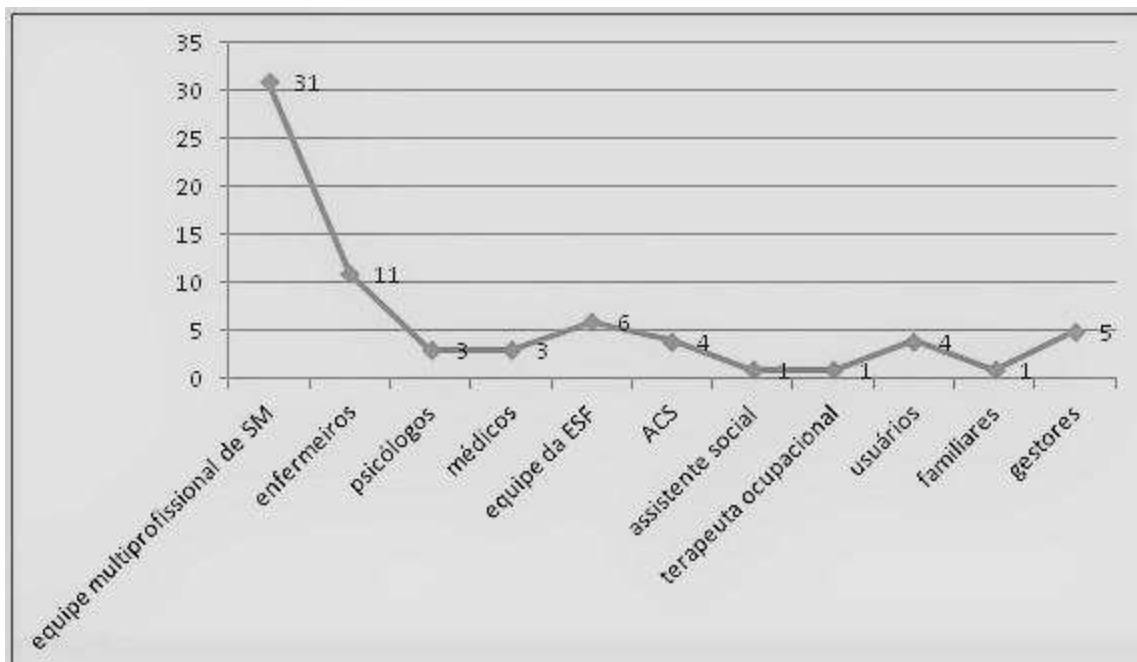
**Gráfico 4:** Distribuição das publicações pelas regiões estudadas



Fonte: as autoras

Grande parte dos trabalhos teve como participação a equipe multiprofissional, embora também se destaquem os estudos com enfermeiros. Há pesquisas que abordam equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF) e outros que têm como participantes gestores, usuários e familiares. Os demais tomam como objeto apenas uma categoria profissional específica, como visto no gráfico abaixo.

**Figura 5:** Distribuição dos participantes das pesquisas das publicações analisadas



Fonte: as autoras

A seguir serão apresentados os **resultados** das categorias elencadas:

### **1-Novas competências e dispositivos de atendimento na Saúde Mental (tecnologias)**

Nesta categoria foram classificados os textos que expressam as mudanças no processo de trabalho da atenção à saúde mental (psicossocial), apresentando as novas exigências técnicas e os dispositivos de trabalho criados a partir dos serviços substitutivos ao manicômio.

No campo da SM não predomina o uso denso das tecnologias de apoio diagnóstico e de tratamento. Aqui, a tecnologia é essencialmente humana, ou seja, é uma área “recursos humanos-dependente” (DAL POZ; LIMA; PERAZZI, 2012). Visualiza-se, portanto, a incorporação das tecnologias leves, inscritas no campo relacional, como ferramentas imprescindíveis à operacionalidade dos processos de trabalho, implicando a construção de novo modo de operar as relações dos trabalhadores entre si e destes com os gestores e usuários dos serviços (SAMPAIO et al., 2011). O trabalho demanda recursos afetivos, posturas profissionais, habilidades e competências que ultrapassam limites do conhecimento formal: capacidade de comunicação, cooperação, liderança e resolução de conflitos interpessoais, dentre outras (OLIVEIRA et al., 2009).



As tecnologias leves, leve-duras e duras, conforme descritas por Merhy (FRANCO; MERHY, 2013), estão presentes no cotidiano das práticas dos serviços, sendo que o acolhimento, o vínculo e a escuta são fatores identificados como leves; o conhecimento científico e os saberes estruturados como leve-duras e os equipamentos tecnológicos, prontuários, os psicofármacos, as normas e a estrutura organizacional como duras (COIMBRA et al., 2013).

No modelo psicossocial exige dos técnicos disponibilidade para negociar e compartilhar saberes e práticas com os usuários, familiares e equipe multiprofissional. Implica o uso de ferramentas relacionais, habilidades e atitudes terapêuticas, tais como: escuta, empatia, acolhimento, estímulo à (re)construção da autonomia (SILVEIRA; ALVES, 2003; HONORATO; PINHEIRO, 2008; SILVA et al., 2013).

Trabalha-se na lógica de que a pessoa em sofrimento é o participante principal no tratamento e que pertence a um grupo familiar e social (BRITO et al., 2009; COIMBRA et al., 2013), assegurando-lhes seus direitos, buscando empoderá-los nas decisões referentes ao projeto terapêutico e na relação com a equipe, com o propósito de uma parceria e coparticipação (ALMEIDA; TREVISAN, 2011). Portanto, é um trabalho complexo que requer colaboração entre os integrantes da equipe multiprofissional e a participação de todos. Demanda também uma postura crítico-reflexiva dos profissionais acerca do trabalho realizado, bem como uma atitude diferenciada frente ao outro (HONORATO; PINHEIRO, 2008; SILVA et al., 2009; SILVA et al., 2013).

A especificidade da clínica do Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad), por exemplo, exige dos profissionais a permanente revisão de suas práticas, incluindo de forma incisiva a análise coletiva de ideias preconcebidas e valores morais (SILVA et al., 2014; SILVA; KNOBLOCH, 2016).

O cuidado, então, deve ser comprometido com a realidade sociocultural dos usuários, com o compartilhar de ações e responsabilidades, e menos focado no rótulo diagnóstico, no mero ajustamento dos sujeitos e no outro como objeto de intervenção tecnicista (CARVALHO et al., 2008); rompendo com uma prática tradicionalmente instituída e reproduzida nos cursos de formação (KODA; FERNANDES, 2007). As *necessidades* das pessoas devem ser as *forças propulsoras de agenciamento* de respostas para os problemas reais, convocando todo o potencial dos atores em cena para viabilizá-las (SILVA; FONSECA, 2005).

A despeito das diferenças em todo país, há uma evidência inquestionável de transformação do cuidado em SM alicerçada no questionamento, na reflexão e, sobretudo, na experimentação de relações interpessoais mais dialógicas e na escuta do outro (NUNES et al., 2008).

A política pública de SM vem promovendo a reestruturação de equipes e serviços especializados, ofertando ações, como tratamentos ambulatoriais, atenção intensiva em Permanência Dia, internação integral breve, grupos terapêuticos e ocupacionais, entre outros (VALADARES; SOUZA, 2014). Implantou-se uma lógica de organização do trabalho a partir do acolhimento, da construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) com a definição de técnicos de referência e discussão coletiva de casos clínicos de maior complexidade (SAMPAIO et al., 2011).

A transversalidade da rede, as relações entre diferentes dispositivos, o trabalho no território são importantes estratégias que exigem criatividade. Quando se promovem espaços que favoreçam fluxos entre sujeitos envolvidos — trabalhadores, gestores e usuários —, é possível tornar o processo de trabalho objeto de pensamento e transformação permanentes, estimulando a liberdade e a invenção da saúde (ANTONACCI et al., 2013).

Verifica-se que os fluxos de conexão, considerados como modo de funcionamento das redes rizomáticas, operam na saúde mental por força da ação dos trabalhadores, que têm por base a ideia de que todos são protagonistas no processo de cuidado, e assim, os movimentos são compartilhados e articulados entre si (QUINDERÉ et al., 2014). A capacidade de trabalhar coletivamente é, portanto, essencial.

Com a ampliação da atenção em SM para o território, junto a ESF, as mudanças na prática dos trabalhadores foram aprofundadas, especialmente com o exercício do matriciamento (MINOZZO; COSTA, 2013). A proposta do matriciamento é trazer para o foco a comunidade, a integralidade, a promoção de saúde e a prevenção dos transtornos, o trabalho com grupos, as ações interdisciplinares e intersetoriais, estimulando os processos de inclusão social e de exercício da cidadania (BARROS et al., 2009; FORTES et al., 2014). Como a ESF, geralmente, conhece mais o território, possibilita a melhor utilização dos seus recursos para fornecer respostas mais adequadas e individualizadas aos usuários (LEÃO; BARROS, 2012).

As novas formas de organização, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, o entrelaçamento entre estratégias de cuidado e estratégias de responsabilização ou interpelação do sujeito se configuram como aspectos relevantes para atuação de trabalhadores no modelo de atenção psicossocial (RAMOS et al., 2013).

### **Nova identidade dos trabalhadores da SM**

Se o trabalhador tem novas competências e precisa reinventar seu trabalho no modelo psicossocial de saúde mental, também se reinventa enquanto sujeito e profissional.

O processo de transformação no modelo de assistência à saúde mental mobiliza aspectos de ordem psíquica no grupo de trabalhadores. Isso foi observado em uma pesquisa feita no Núcleo de Atenção Psicossocial em Santos/SP, um dos primeiros do país: verificou-se uma série de conflitos e angústias ligadas à mudança do apoio institucional. O trabalhador sofreu uma experiência de desenraizamento ao ver sua própria identidade profissional ser colocada em questão e teve que ressignificar o seu próprio saber, rompendo com uma prática tradicionalmente instituída e reproduzida nos cursos de formação (KODA; FERNANDES, 2007).

Por outro lado, esse processo de mudanças provocou também a aquisição de novos saberes e modos de agir em saúde. Ocorreu uma inversão na lógica de organização do processo de trabalho, antes pautada pela rigidez hierárquica e pela atividade individualizada (CARVALHO et al. 2008).

Várias pesquisas apontaram mudanças nas categorias profissionais a partir do trabalho na SM no modelo psicossocial, como se observa a seguir.

Até a década de 90, a ação da enfermagem psiquiátrica se concretizava prevalentemente no campo administrativo, no hospital psiquiátrico, de forma burocrática e baseada no modelo biológico, sem acompanhar os avanços do saber e da prática em saúde mental. Mas a realidade imposta pelo processo de implantação e consolidação do SUS, e, particularmente, pela Reforma Psiquiátrica, foi provocando um contínuo e consistente rompimento nesse paradigma (BARROS; EGRY, 1994; SILVA; FONSECA, 2005).

Foram evidenciadas dificuldades dos(as) enfermeiros(as) para se inserirem no campo de atenção preconizado nos novos serviços. Pesquisas apontaram como causa desse fenômeno a falta de formação específica na área (VARGAS et al., 2011; DUTRA; OLIVEIRA, 2014).

Por outro lado, uma pesquisa realizada por Silveira e Alves (2003) nos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) de Belo Horizonte/MG encontrou mudanças na prática desses profissionais. Os resultados apontaram a inserção dessa categoria no trabalho interdisciplinar, assumindo a condução clínica do atendimento ao doente mental, auxiliando-o no seu percurso e na construção de vínculos com o tratamento. Apesar das dificuldades, o trabalho demonstra o reconhecimento por parte do(a) enfermeiro(a) de sua importância no tratamento dos usuários.

No estudo de Silva et al. (2009) verificou-se que o novo modelo de assistência possibilitou uma atitude de colaboração entre integrantes da equipe de trabalho, demandando que também a enfermagem ocupasse seu espaço de forma mais efetiva na SM e participasse, inclusive, de atividades de matriciamento.

Foram constatadas mudanças também no trabalho dos profissionais da psicologia. Segundo o estudo de Silva et al. (2014), os(as) psicólogos(as) reconhecem sua inserção no campo da saúde pública como um desafio, distinto do campo de sua formação. No SUS, o papel de ‘perito’ foi colocado em xeque e foi necessário criar práticas que respondessem melhor às demandas do “usuário” e ao acolhimento de sua singularidade. Da mesma forma, o estudo de Oliveira e Caldana (2014) constatou que as práticas psicológicas desenvolvidas nos CAPS distanciaram do fazer clínico tradicional, agregando à psicoterapia a potência de outros recursos e intervenções, como oficinas, assembleias, mediação das relações entre os sujeitos, seus familiares e os recursos de seu território.

A dissertação de Nunes (2009) destacou as dificuldades que os(as) psicólogos(as) enfrentam no cotidiano do seu fazer e a percepção da insuficiência de sua formação. Observou-se o descompasso entre a formação e a prática profissional com relação à atuação nos serviços públicos de saúde, apontando os espaços de discussão do processo de trabalho chamados Fóruns e as supervisões territoriais como propostas importantes de Educação Permanente de Saúde (EPS).

Por sua vez, observou-se que os(as) psiquiatras que se propuseram a trabalhar, a partir da ótica psicossocial, viram-se expostos às diversas contradições do discurso psiquiátrico clássico. Respostas, antes fáceis no interior do hospital, têm variadas implicações no território e adquirem uma complexidade para a qual os profissionais, muitas vezes, não se encontram preparados. O estudo Menezes e Yasui (2009) apontou, no entanto, que, ao procurar novos caminhos para as diversas situações, ouvindo os usuários e seu contexto, buscando respostas localmente construídas e afinadas com as pessoas, numa dimensão que vai além do seu corpo, o(a) psiquiatra acaba por dar vazão à sua capacidade de criação e de transformação (de si mesmo e da realidade externa).

O matriciamento, segundo os estudos de Leão e Barros (2012) e Fortes et al. (2014), trouxe novidades para a prática desses profissionais, como também para os médicos de família. Foi verificado que o compartilhamento de saberes ampliou a visão e a compreensão dos profissionais, aumentando a autonomia e o empoderamento para atuar em uma proposta de abordagem integral dos problemas.

A terapia ocupacional é outra profissão que teve sua forma de atuar ampliada na SM. No modelo psicossocial, os(as) terapeutas ocupacionais puderam superar a ideia da atividade como recurso terapêutico ou como ocupação do tempo ocioso presente nas práticas tradicionais. Embora, inicialmente, o momento de revisão de conceitos tenha causado uma sensação de estranheza com relação à identidade profissional, seus conhecimentos sobre a atividade humana mostraram-se cruciais para a construção do modelo teórico-assistencial interdisciplinar pautado na Reabilitação Psicossocial. A noção de atividade foi ressignificada e o *setting* terapêutico ampliado para o território. Foram apresentados também novos referenciais teóricos condizentes com a proposta de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Assim, esses profissionais têm contribuído efetivamente para consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira (SAMPAIO et al., 2011; ALMEIDA; TREVISAN, 2011).

Por sua vez, um ensaio de Robaina (2010) traz também questões importantes para pensar o lugar que o serviço social tem ocupado no paradigma psicossocial. Para a autora, verificam-se na área da saúde mental duas matrizes de atuação do(a) assistente social: uma identificada com a atividade "clínica", que deixa de lado o mandato social da profissão, e outra que preserva a identidade profissional do(a) assistente social. A adesão a primeira matriz advém da "crise de identidade" do(a) assistente social, numa área em que as demais categorias profissionais são formadas para a clínica. A outra perspectiva vigente se refere àquela atuação

que busca contribuir no campo teórico-prático para a identificação dos determinantes sociais, das particularidades de como a questão social se expressa no âmbito da saúde mental, sem negar, no entanto, a interdisciplinaridade.

Por outro lado, o estudo Brito et al. (2009) aponta para traços identitários do trabalhador da SM de uma forma geral. Em meio a dificuldades das mais diferentes ordens, esses autores se depararam com profissionais que acreditavam no projeto psicossocial; muitos o viram nascer e acompanharam a sua consolidação. A partir do rompimento com um modelo de especialistas — que se perpetuou ao longo da história —, esse estudo evidenciou a construção de uma nova identidade e a tentativa de trilhar um novo caminho.

Também o estudo de Oliveira et al. (2009) considera a contínua reconstrução das identidades dos profissionais da SM, de significados a respeito de si mesmo, do outro e do mundo, incluindo também a reconstrução de significados sobre saúde, doença, qualidade de vida, autonomia, entre outros, tornando necessária a criação de espaços relacionais que extrapolem e sobreponham o saber-fazer científico/tecnológico.

### **Desafios e contradições do Modelo Psicossocial de atenção à SM**

A complexidade gerada nas novas formas de cuidado exige que os serviços lidem com toda ordem de contradições, inclusive o velho fazer psiquiátrico. Os textos falam dessas contradições e dos seus desafios.

Embora os serviços de SM substitutivos ao manicômio estejam pautados no paradigma psicossocial, tendo seu objeto de trabalho ampliado, as práticas dos profissionais, em muitos momentos, estão voltadas para um objeto limitado — a doença mental, trazendo traços do paradigma tradicional (WETZEL et al., 2011). É no cotidiano dos profissionais, que diferentes práticas reformistas são misturados com práticas manicomialis. Assim, práticas emancipatórias, como incentivo à liberdade, o direito à própria voz, à cidadania, à autonomia do indivíduo em sofrimento mental convivem com as práticas que estão destinadas ao controle disciplinar, à tutela, à exclusão de famílias, à normalização do comportamento, à centralização do poder (PINHO; KANTORSKI, 2011).

Verificam-se atitudes de cuidado como técnica, controle e anulação da diferença mais comprometida com os modelos tradicionais, ao lado de outras práticas que ultrapassam essas atitudes e assumem uma configuração direcionada ao encontro intersubjetivo, ao diálogo, à

afetação, à escuta ética, ao compartilhamento de responsabilidades e ao compromisso ético em sua perspectiva sociocultural e política (CARVALHO et al., 2008).

Vários trabalhos (KODA; FERNANDES, 2007; CARVALHO et al.; NUNES et al., 2008; LEÃO; BARROS, 2012; MEDEIROS et al., 2016) confirmam a persistência de sérios problemas no campo da saúde mental: o processo de medicalização, o apagamento das subjetividades, o controle dos sujeitos, a verticalização da assistência, o privilégio da técnica, as ações intrainstitucionais, entre outros.

Delgado (2015) chama a atenção para dificuldade de consensos técnicos praticados na Saúde Mental. Nunes et al. (2008) observaram a coexistência de três modelos de cuidado: o modelo biomédico humanizado, o psicossocial com ênfase na instituição, e o psicossocial com ênfase no território, revelando pontos de conflito entre os profissionais na forma de vislumbrar a Reforma Psiquiátrica desejada e o alcance das práticas nesta perspectiva.

O despreparo dos trabalhadores foi pontuado por vários estudos (REZENDE, 2003; SOUZA et al., 2007; MILHOMEM; OLIVEIRA, 2009; ALVES et al., 2013; DUTRA; OLIVEIRA, 2014; RIBEIRO, 2015). De modo geral, as equipes não possuem experiência, formação específica e nem conhecimento teórico suficiente sobre o próprio sistema de saúde no qual estão inseridas. A fragilidade da formação dos trabalhadores em SM vem sendo apontada como um dos fatores que dificultam a sustentação do modelo psicossocial (SILVA et al., 2003; RIOS, 2007; DAL POZ et al., 2012).

Diversas pesquisas pontuaram como as condições de trabalho vêm dificultando o processo de implantação do modelo psicossocial. A própria implantação dessa rede de serviços não se constituiu prioridade nos orçamentos públicos, com reflexos na estrutura das instituições e nas condições de trabalho da equipe (CARVALHO et al., 2008). A grande demanda dos serviços, a sobrecarga emocional e a falta de diretrizes institucionais claras foram citadas por Delfini et al. (2009) e por Oliveira et al. (2009). Persiste, em algumas regiões, a flexibilização das relações de trabalho, caracterizada pela diversificação de vínculos empregatícios e desproteção social, falta de reconhecimento profissional, além de condições de trabalho desfavoráveis (JORGE et al., 2007; DELFINI et al., 2009; MILHOMEM; OLIVEIRA, 2009), gerando, muitas vezes, distanciamento entre os trabalhadores e os pressupostos básicos da atenção psicossocial (RIBEIRO, 2015).

Em grande parte do Brasil observa-se um atraso histórico no cuidado com a saúde mental; os serviços são recentes, demandando aprimoramentos ou transformações, bem como dificuldades na integração da Rede. Os arranjos apresentam avanços ainda insuficientes para oferecerem suporte aos profissionais e atenderem aos usuários (DOBIES; FIORONI, 2010).

O matriciamento tem encontrado dificuldades para se implantar e, muitas vezes, o cuidado continua de forma fragmentada e pouco articulada (BALLESTER et al., 2005; LUCCHESI et al., 2009; ANDRADE et al., 2013; AZEVEDO et al., 2013). Ainda se observa o temor dos profissionais da ESF com relação às pessoas com sofrimento psíquico grave, persistindo os preconceitos e as dificuldades na identificação das situações de saúde mental (FORTES et al., 2014; WEIGELT et al., 2015).

Necessita, portanto, expandir a atenção à saúde aos portadores de sofrimento mental em base comunitária, por meio do trabalho multiprofissional e pela EPS (ANDRADE et al., 2013).

### **Educação Permanente em Saúde Mental**

A partir da análise dos textos, percebemos diferentes concepções sobre a EPS. É concebida como uma forma de cuidado do trabalhador (BELMONTE, 2006; GIRADE et al., 2006; OLIVEIRA et al., 2009; OLIVEIRA; CALDANA, 2014), como forma de garantir o atendimento às necessidades dos usuários (NUNES, 2009; ANTONACCI et al., 2013; GOMES et al., 2013; GHESQUIERE et al., 2015), como forma de intervenção institucional (RAMOS et al., 2013; FORTES et al., 2014; PEIXOTO et al., 2015; MEDEIROS et al., 2016; SILVA, KNOBLOCH, 2016), como transmissão de conhecimento formalizado (GIRADE et al., 2006; TAVARES, 2006; ALMEIDA et al., 2014; FIGUEIRAS et al., 2014; VALADARES; SOUZA, 2014; WEIGELT et al., 2015), como produção de conhecimento a partir da reflexão da prática (BALLESTER et al., 2005; RIOS, 2007; HONORATO; PINHEIRO, 2008; BARROS et al., 2009; MENEZES; YASUI, 2009; SANTOS; NUNES, 2014).

A formação é uma recomendação importante para a efetivação de práticas psicossociais na SM; sendo imprescindível a criação de estratégias de EPS para os profissionais que contemplem de forma inventiva o tripé teoria-prática-autocuidado (OLIVEIRA; CALDANA, 2014). Estudos enfatizam a necessidade de se criarem “espaços de cuidado” para os trabalhadores, buscando elementos para a construção de estratégias que considerem as



vicissitudes do trabalho em saúde mental. Há necessidade de ter um espaço/tempo nos serviços, para que os trabalhadores possam refletir sobre seus objetivos, sua própria prática, levando-os ao desenvolvimento pessoal, aumento de sua autoestima, propiciando, assim, mais gratificação e prazer no seu desempenho profissional (BELMONTE, 2006; GIRADE et al., 2006; OLIVEIRA et al. 2009; PEIXOTO et al., 2015). A EPS é fundamental como apoio para o desenvolvimento do trabalho dos profissionais e para o aprendizado de como lidar com aspectos subjetivos próprios e dos usuários (FIGUEIRAS et al., 2014).

É fundamental “capacitar” os profissionais que atuam na rede com conhecimento formalizado (VALADARES; SOUZA, 2014). Segundo Antonacci et al. (2013) e Almeida et al. (2014), as “capacitações” são recursos importantes para garantir ao serviço, trabalhadores preparados para entender a existência-sofrimento do outro e para possibilitar que reconheçam que o processo de cuidar é complexo e demanda ações pautadas na singularidade de cada sujeito. Para isso, a EPS exige, além de programas educacionais baseados em definição de competências específicas, processos educativos críticos que visem o desenvolvimento de conhecimentos de caráter interdisciplinar (TAVARES, 2006).

Para Ramos et al. (2013) e Ghesquiere et al. (2015), a EPS deve também contribuir para a criação de redes que possibilitem transformações nas ações de gestão e cuidado, com participação ativa dos diversos atores na produção de estratégias e no controle social das políticas públicas de Saúde.

Também é importante o conhecimento produzido no processo do trabalho vivo: um novo saber que se constrói cotidianamente no exercício constante do profissional na relação com as pessoas (HONORATO; PINHEIRO, 2008; MENEZES; YASUI, 2009; BARROS et al., 2009). Os conhecimentos construídos no trabalho, quando refletidos e sistematizados, são potentes para a produção de práticas de cuidado condizentes com o paradigma psicossocial de atenção a pessoas e famílias em sofrimento mental (SANTOS; NUNES, 2014; GHESQUIERE et al., 2015).

Enquanto algumas pesquisas reforçam a importância do saber construído a partir do cotidiano, verifica-se, ainda, uma falta de conexão entre as instituições formadoras e o SUS. Pesquisas mostram que raramente essas instituições apresentam ações de formação para melhorar os cuidados de saúde mental e conclui que a formação dos profissionais precisaria ser continuamente revista, de modo a adequar às necessidades dos usuários do SUS. Os avanços

do saber e da prática em SM não foram acompanhados par e passo pelo conhecimento científico (GIRADE et al., 2006; NUNES, 2009; DELGADO, 2015).

O estudo de Weigelt et al. (2015) constata que a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde (PNEPS), criada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), continua desconhecida para a maioria dos trabalhadores. Os profissionais não percebem, em suas práticas, elementos da EPS, mencionando a carência de “capacitações”. Citam diversos eventos que ocorrem em seu ambiente de trabalho e que constituem a EPS, no entanto, não fazem relação com a mesma.

Para Ballester et al. (2005), a EPS requer métodos de ensino interativos e críticos, como a abordagem de solução de problemas. Os Fóruns de Saúde Mental e as supervisões clínico-institucionais foram citados como espaços fundamentais para a discussão e a mudança do processo de trabalho da equipe de saúde mental (NUNES, 2009; SAMPAIO et al., 2011; SILVA et al., 2013).

Segundo Tavares (2006), três eixos podem sedimentar teoricamente e orientar a formulação da proposta de educação permanente em saúde mental: a) a organização do trabalho em saúde, com ênfase no processo de trabalho em saúde mental, com vistas à transformação através da construção de práticas renovadas, em função dos desafios colocados pela necessidade de implementação efetiva dos princípios do SUS; b) a integralidade da atenção como princípio (re)orientador das práticas sanitárias e (re)organizador dos serviços de saúde; c) as bases para a construção de uma práxis pedagógica crítica que promova a formação de um novo profissional frente às demandas impostas pela necessidade de transformação da política de saúde, como uma forma e potência de explicitar toda a complexidade do processo de trabalho em saúde, assim como possibilitar a apreensão de novas habilidades necessárias à construção de uma prática mais qualificada em saúde mental.

Podemos destacar que a literatura analisada aqui mostrou também que a produção acadêmica sobre EPS exhibe contradições conceituais. Se em alguns textos ela aparece como uma postura crítica, dialógica e reflexiva, dentro da proposta de EPS conceituada por Ceccim (2005); também encontram-se referências conceituais, como capacitação, treinamento e recursos humanos, questionados por esse autor.

Isso foi também observado pelo estudo de Gigante e Campos (2016), que, ao analisarem documentos oficiais de EPS, enfatizam que o desenvolvimento dos profissionais do SUS aparece com diferentes designações, como treinamento, reciclagem, educação contínua ou continuada, capacitação, educação permanente ou aperfeiçoamento, entre outras. Para os autores, estas denominações apresentam diferenciações metodológicas que refletem uma diferença de conceituação sobre o processo de ensino-aprendizagem, também demonstrada nos textos analisados aqui.

### **Considerações Finais**

O novo cenário dos serviços de saúde mental trouxe diversas transformações. Mudou o local de trabalho (do hospital para o CAPS e para o território), seu modelo de compreensão (em direção ao modelo psicossocial na busca de transcender o modelo hospitalocêntrico/manicomial), e seu próprio processo de trabalho (que torna compartilhado, interdisciplinar e interprofissional).

O modelo psicossocial demanda que os profissionais saiam de posturas distantes e neutras e façam vínculos com as pessoas; e mais, pede que conheçam o território onde vivem e estabeleçam um trabalho intersetorial, atendendo de forma integral a pessoa em sofrimento mental. Muda-se, então, o perfil profissional e cresce o número e a especialidade de trabalhadores que passam a cuidar dessas pessoas.

O exercício da escuta e do acolhimento, a busca pela autonomia e responsabilização dos sujeitos demandam com que o cuidado seja multidisciplinar e intersetorial. Para tanto, é necessário que os trabalhadores desenvolvam habilidades para o trabalho coletivo, de maneira participativa e horizontal. No entanto, isso não é fácil. Há muitos problemas e desafios que atravessam as práticas de saúde.

Percebe-se, a partir das diferentes concepções de EPS elencadas dos textos aqui estudados, que é preciso envolver os diferentes segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social nesse processo, diferente da tradicional educação continuada que visa somente acompanhar as mudanças trazidas pelo progresso científico tecnológico, a fim de melhorar o desempenho profissional. O novo modelo de atenção à SM exige uma nova forma de se pensar a educação dos trabalhadores.

Entendemos que para a sustentação da Rede de Atenção Psicossocial — RAPS (BRASIL, 2011) é necessário também o fortalecimento da EPS, problematizando cada vez mais o cuidado, integrando teoria e prática, num processo reflexivo, concebendo-o como a produção de saúde que se constrói para além do sintoma e da medicalização. A integração dos serviços da SM com o território exigirá que a EPS alcance sua potencialidade como uma estratégia de produção de novos saberes e de transformação em ato.

Para que se possam enfrentar os desafios que não se cansam de repetir e sempre retornam trazendo o cheiro rançoso dos velhos asilos é necessário que esse processo de reflexão seja permanente...

### Referências:

ALMEIDA, Arisa N. S. et al. Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental: reflexões sobre a prática do enfermeiro. *Cuidado é fundamental (on-line)*. Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.213-231, 2014. Disponível em: <[www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2819/pdf\\_1106](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2819/pdf_1106)>. Acesso em: 24 set. 2016.

ALMEIDA, Daniela T.; TREVISAN, Érika R. Estratégias de intervenção da terapia ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. UNESP/Botucatu, v. 15, n.36, p. 299-307, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop3110.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2016.

ALVES, Haiana M. C.; DOURADO, Lidiane B. R. CÔRTEZ, Verônica N. Q. A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos centros de atenção psicossociais. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2.965-2.975, 2013. Disponível em: <[www.scielo.org/pdf/csc/v18n10/v18n10a21.pdf](http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n10/v18n10a21.pdf)> Acesso em: 25 set. 2016.

ANDRADE, João M. O et al. Atenção multiprofissional ao portador de sofrimento mental na perspectiva da equipe de saúde da família. *Cuidado é fundamental (on-line)*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3.549-3.557, 2013. Disponível em: <[www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/2315/pdf\\_717](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/2315/pdf_717)>. Acesso em: 25 set. 2016.

ANTONACCI, Milena H. et al. Estrutura e fluxo da rede de saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem*. São Paulo: USP, v. 47, n.4, p. 891-898, 2013. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0891.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0891.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2016.

AZEVEDO, Dulcian M.; GONDIM, Marianna C.S.M.; SILVA, Danielle S. Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. *Cuidado é fundamental (on-line)*. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 3.311-3.322, 2013. Disponível em

<[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1951/pdf\\_689](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1951/pdf_689)>. Acesso em: 26 set. 2016.

BALLESTER, Dinarte A. et al. O médico generalista e os problemas de saúde mental: desafios e estratégias para a educação médica. *São Paulo Medical Journal (on-line)*. São Paulo, v. 123, n.2, p. 72-76, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spmj/v123n2/a08v1232.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2016.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROS; Márcia M. M.; CHAGAS, Maristela I. O.; DIAS, Maria S. A. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 227-232, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100028](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100028)>. Acesso em: 26 set. 2016.

BARROS, Sônia; EGRY, Emiko Y. A enfermagem em saúde mental no Brasil; a necessidade de produção de novos conhecimentos. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.3, n.1, p.79-94, 1994. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12901994000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901994000100007)>. Acesso em: 25 set. 2016.

BELMONTE, Pilar. O campo da atenção psicossocial: formar e cuidar no curso de qualificação na atenção diária em saúde mental (CBAD). *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 187-198, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462006000100012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462006000100012)>. Acesso em: 23 set. 2016.

BRASIL, Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 de abril de 2001. Seção 1, p. 2. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 10 dez. 2016.

BRASIL. Portaria n. 198/GM/MS, 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. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, v. 141, n.32, 2004; Seção 1, p. 37-41. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/referencia/0000001427>>. Acesso em: 25 fev. 2017.

BRASIL. A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde—conceitos e caminhos a percorrer. Ministério da Saúde, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2011. Seção I, p. 59-60.

BRITO, Maria J. M. et al. Os traços identitários de profissionais que atuam em um serviço substitutivo de saúde mental de Belo Horizonte/MG. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá, v.8, n.4, p. 523-530, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9666/5409>>. Acesso em: 24 set. 2016.

CAMPOS, Gastão W. S. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec; 2003.

CARVALHO, Liliane B.; BOSI, Maria L. M.; FREIRE, José C. Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. *Revista de Saúde Pública*. Fortaleza, CE, v. 42, n. 4. p. 700-706, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6931.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2016.

CECCIM, Ricardo B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*. UNESP/Botucatu, v.9, n. 16, p. 161-177, 2005. Disponível em: <[www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2016.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312004000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004)>. Acesso em: 20 nov.2016.

COIMBRA, Valeria C. C. et al. As tecnologias utilizadas no processo de trabalho do centro de atenção psicossocial com vistas à integralidade. *Cuidado é fundamental (on-line)*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3.876-3.883, 2013. Disponível em: <[www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2007/pdf\\_788](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2007/pdf_788)>. Acesso em: 24 set. 2016.

DAL POZ, Mario R.; SOUZA LIMA, José C.; PERAZZI, Sara. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 621-639, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200012)>. Acesso em: 25 set. 2016.

DELFINI, Patrícia S. S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1.483-1.492, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800021)>. Acesso em: 24 set. 2016.

DELGADO, Pedro G. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 25, n.1, p. 13-18, 2015. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100013)>. Acesso em: 24 set.2016.

DOBIES, Daniel, V.; FIORONI, Luciana N. A assistência em saúde mental no município de São Carlos/SP: considerações sobre a história e a atualidade. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*. UNESP/Botucatu, v. 14, n. 33, p. 285-299, 2010. Disponível em:

<[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200005)>. Acesso em: 25 set. 2016.

DUTRA, Virgínia F. D.; OLIVEIRA, Rosane M. P. As práticas da enfermagem psiquiátrica na transição paradigmática: estudo de teses e dissertações. *Cuidado é fundamental (on-line)*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 1.719-1.731, 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972015000400008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972015000400008)>. Acesso em: 26 set. 2016.

FIGUEIRAS, Amira C. M.; PUCCINI, Rosana F.; SILVA, Edina M. K. Educação continuada em desenvolvimento infantil para profissionais da atenção primária em saúde: estudo prospectivo do tipo antes-e-depois. *São Paulo Medical Journal*. São Paulo, v. 132, n. 4, p. 211-218, 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-31802014000400211](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802014000400211)>. Acesso em: 25 set. 2016.

FORTES, Sandra et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a atenção primária pelo matriciamento. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1.079-1.102, 2014. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01079.pdf](http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01079.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2016.

GHESQUIERE, Angela R. et al. Factors Associated with Providers' Perceptions of Mental Health Care in Santa Luzia's Family Health Strategy, Brazil. *Int J Environ Res Public Health*. v. 13, n. 1, p. 33, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26703644>>. Acesso em: 26 set. 2016.

GIGANTE, Renata L.; CAMPOS, Gastão W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-763, 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000300747&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000300747&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 25 set. 2016.

GIRADE, Maria G.; CRUZ, Emirene M. N. T.; STEFANELLI, Maguida C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 40, n. 1, p. 105-110, 2006. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342006000100015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100015)>. Acesso em: 28 set. 2016.

GOMES, Maria P. C. et al. Formação e qualificação: um estudo sobre a dinâmica educativa nas equipes de saúde mental do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*. UNESP/Botucatu, v. 17, n. 47, p. 835-845, 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832013000400006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400006)>. Acesso em: 28 set. 2016.

HONORATO, Carlos E. M.; PINHEIRO, Roseni. O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. *Physis*. Rio de Janeiro, v.18, n. 2, p. 361-380, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312008000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000200009)>. Acesso em: 28 set. 2016.

JORGE, Maria S. B. et al. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto contexto & enfermagem*. Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 417-425, 2007. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300006)>. Acesso em: 29 set. 2016.

KODA, Mirna Y.; FERNANDES, Maria I. A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1.455-1.461, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000600020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600020)>. Acesso em: 26 set. 2016.

LEÃO, Adriana; BARROS, Sônia. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 572-586, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300005)>. Acesso em: 26 set. 2016.

LUCHESE, Roselma et al. Saúde mental no programa saúde da família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cadernos de Saúde Pública* (on-line). Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2.033-2042, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000900017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900017)>. Acesso em: 26 set. 2016.

MEDEIROS, Gabriel T. et al. Educação permanente em saúde mental: relato de experiência. *Interface*. Comunicação, Saúde, Educação. UNESP/Botucatu, v. 20, n. 57, p. 475-484, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000900017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900017)>. Acesso em: 23 set. 2016.

MENEZES, Mardônio; YASUI, Silvio. O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n. 14, n. 1, p. 217-226, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100027&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100027&script=sci_abstract&tlng=es)>. Acesso em: 23 set. 2016.

MERHY, Emerson E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.



- MILHOMEM, Maria A.; OLIVEIRA, Alice G. B. O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial: um estudo em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 272-279, 2009. Disponível em <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6180>>. Acesso em 23 set. 2016.
- MINOZZO, Fabiane; COSTA, Ileno I. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. *Psico-USF*. Bragança Paulista, v. 18, n. 1, p. 151-160, 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712013000100016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712013000100016)>. Acesso em: 24 set. 2016.
- NUNES, Ana Paula A. P. *Desafios e práticas dos psicólogos na rede básica de saúde do município do Rio de Janeiro*. 144 f. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social), Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[www.pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-517627](http://www.pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-517627)>. Acesso em: 12 set. 2016.
- NUNES, Mônica et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um centro de assistência psicossocial em Salvador. Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 188-196, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100019)>. Acesso em: 13 set. 2016.
- OLIVEIRA, Thaís T. S. S.; DANA, Regina H. L. Práticas psicossociais em psicologia: um convite para o trabalho em rede. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. São João del-Rei, v. 9, n. 2, p. 184-192, 2014. Disponível em: <[http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapi/5%20-%20Art\\_%20226%20-%20Pronto\(1\).pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapi/5%20-%20Art_%20226%20-%20Pronto(1).pdf)>. Acesso em: 26 set. 2016.
- OLIVEIRA, Thaís T. S. S.; LEME, Fernanda R. G.; GODOY, Kathia R. G. O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. *Mental*. Barbacena, v. 7, n. 12, p. 119-138, 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272009000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000100007)>. Acesso em: 26 set. 2016.
- PEIXOTO, Letycia S. et al. Percepção de enfermeiros em relação ao treinamento em serviço oferecido pelo serviço de educação permanente. *Cuidado é fundamental (on-line)*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2.323-2.335, 2015. Disponível em; <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3541/pdf\\_1540](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3541/pdf_1540)>. Acesso em: 26 set. 2016.
- PINHO, Leandro B.; KANTORSKI, Luciane P. O cuidado psiquiátrico no contexto brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2, p. 107-114, 2011. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000400010&script=sci...tlnlg](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000400010&script=sci...tlnlg)>. Acesso em: 25 set. 2016.
- QUINDERÉ, Paulo H. D.; JORGE, Maria S. B.; FRANCO, Túlio B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271,

2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000100253&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000100253&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 25 set. 2016.
- RAMOS, Luciane S. R.; et al. Comissão de saúde mental: Estratégias na busca de espaços na atenção básica. *Revista de enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 581-586, 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10002/7802>>. Acesso em: 23 set. 2016.
- REZENDE, Manuel M. Uma provável caracterização do profissional de saúde mental que atende dependentes de drogas no Vale do Paraíba. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental (on-line)*. São Paulo, v. 6, n. 1, p. 100-108, 2003. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rlpf/v6n1/1415-4714-rlpf-6-1-0100.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v6n1/1415-4714-rlpf-6-1-0100.pdf). Acesso em: 26 set. 2016.
- RIBEIRO, Mara C. Trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de Alagoas, Brasil: interstícios de uma nova prática. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. UNESP/Botucatu, v. 19, n. 52, p. 95-108, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000100095&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000100095&script=sci_abstract)>. Acesso em: 23 set. 2016.
- RIOS, Izabel C. Rodas de conversa sobre o trabalho na rua: discutindo saúde mental. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 251-263, 2007. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a03.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2016.
- ROBAINA, Conceição M. V. O trabalho do serviço social nos serviços substitutivos de saúde mental. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo, n. 102, p. 339-351, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282010000200008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282010000200008&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 30 set. 2016.
- SAMPAIO, José J. C. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 12 p. 4.685-4.694, 2011. Disponível: <[www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/17.pdf)>. Acesso em: 24 set. 2016.
- SANTOS, George A.; NUNES, Mônica O. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? *Physis*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 105-125, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000100105&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000100105&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 23 set. 2016.
- SILVA, Ana L. A.; FONSECA, Rosa M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 441-449, 2005. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000300020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300020)>. Acesso em: 26 set. 2016.
- SILVA, Daniela L. S.; KNOBLOCH, Felicia. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*. UNESP/Botucatu, v. 20, n. 57, p. 325-335, 2016. Disponível

em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000200325&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000200325&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 26 set. 2016.

SILVA, Felicialle P.; FRAZÃO Iracema S.; LINHARES, Francisca M. P. Práticas de saúde das equipes dos consultórios de rua. *Cadernos Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 805-814, 2014. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0805.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0805.pdf)>. Acesso em: 24 set. 2016.

SILVA, Mariluci C. F.; FUREGATO, Antônia R. F.; COSTA JUNIOR, Moacir L. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. *Revista Latinoamericana Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 7-13, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16553.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2016.

SILVA, Nathália S. et al. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. *Texto & Contexto — Enfermagem*. Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1.142-1.151, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400033](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400033)>. Acesso em: 26 set. 2016.

SILVA, Sílvia S. et al. O enfermeiro na promoção da saúde mental dos indivíduos: aspectos históricos. *Revista Enfermagem Herediana*. Lima, PE, v. 2, n. 2, p. 99-104, 2009. Disponível em: <<http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2009/febrero/salud%20mental.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2016.

SILVEIRA, Marília R.; ALVES, Marília. O enfermeiro na equipe de saúde mental — o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 645-651, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000500012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000500012)>. Acesso em: 22 set. 2016.

SOUZA, Aline J. F. et al. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 60, n. 4, p. 391-395, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000400006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400006)>. Acesso em: 26 set. 2016.

TAVARES, Cláudia M. M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto, Contexto & Enfermagem*. Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 287-295, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200013)>. Acesso em: 26 set. 2016.

VALADARES, Fabiana; SOUZA, Edinilsa R. Dossiê Violência: questão de interface entre a saúde e a sociedade. A gente vive equilibrando pratos: olhares sobre a violência que interroga a rede pública de saúde mental do município do Rio de Janeiro. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 841-854, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000300841](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300841)>. Acesso em: 25 set. 2016.

VARGAS, Divane; OLIVEIRA, Márcia A. F.; DUARTE, Fernando A. B. A inserção e as práticas do enfermeiro no contexto dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD) da cidade de São Paulo, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 19, [9 telas], 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100016&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100016&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 25 set. 2016.

WEIGELT, Diego et al. A comunicação, a educação no processo de trabalho e o cuidado na rede pública de saúde do Rio Grande do Sul: cenários e desafios. *RECIIS (on-line)*, v. 9, n. 3, p. 1-8, 2015. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/983>>. Acesso em: 22 set. 2016.

WETZEL, Christine et al. Dimensões do objeto de trabalho em um centro de atenção psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p.2, 133-143, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a13.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2016.

## Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Entrevista individual

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Trajetória de formação dos trabalhadores de Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS) de Betim/MG**”, desenvolvida por Dirley Lellis dos Santos Faria, aluna de Doutorado em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (CPqRR/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Celina Maria Modena.

O objetivo central deste estudo é analisar os processos de produção de conhecimentos e de educação permanente nos serviços de saúde mental de Betim.

Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado caso decida não participar. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, utilizando os contatos fornecidos no final neste Termo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de entrevista individual. Você deverá narrar sua trajetória de formação em saúde mental de forma mais livre possível. Serão feitas algumas perguntas, quando necessário, para esclarecer alguns pontos narrados e para aprofundar algum tema importante para a pesquisa.

A entrevista será gravada. Os arquivos digitais e impressos ficarão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos. Após este período, os arquivos serão deletados e destruídos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/CPqRR.

De modo geral, o benefício relacionado à sua colaboração nesta pesquisa é a produção de conhecimentos sobre a educação permanente dos trabalhadores de Saúde Mental, que podem contribuir para o melhor planejamento da mesma. Não haverá nenhum benefício direto.

Os riscos relacionados à sua participação podem ser associados à emoção de lembrar e resignificar sua trajetória profissional. Caso isso traga algum incômodo, poderá ser trabalhado com as pesquisadoras (ambas psicólogas), em momento que for conveniente a você.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em artigos científicos e na tese de doutorado.

Caso você sofra algum dano associado diretamente à participação na pesquisa, será assegurado o direito à indenização por parte das pesquisadoras e das instituições envolvidas.

Este termo está redigido em duas vias e você ficará com uma. Você deverá assinar o termo e rubricar as outras páginas, assim como as pesquisadoras responsáveis.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqRR e/ou Comitê de Ética em Pesquisa de Betim, órgãos responsáveis por defender os interesses dos participantes da pesquisa, nos seguintes endereços e telefones: Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte - CEP: 30190-002. Telefax: (31) 3349 7825 / e-mail: [cepsh-cpqr@cpqrr.fiocruz.br](mailto:cepsh-cpqr@cpqrr.fiocruz.br) (Secretária: Bernadete Patrícia Santos) ou Rua Pará de Minas, 640 - Brasileia - Betim/MG - CEP: 32.600-412. Telefone: 31 3512-3313/ e-mail: [cepsmsbetim@yahoo.com.br](mailto:cepsmsbetim@yahoo.com.br)

---

Dirley Lellis dos Santos Faria/ Pesquisadora

---

Celina Maria Modena/ Pesquisadora

Endereço e telefone institucional:

Av. Augusto de Lima, 1715. Barro Preto. Belo Horizonte MG.

Tel: 31 3349-7701

emails: [dirleylellis@yahoo.com.br](mailto:dirleylellis@yahoo.com.br)/[celina@cpqrr.fiocruz.br](mailto:celina@cpqrr.fiocruz.br)

Local e data \_\_\_\_\_

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Autorizo a gravação da entrevista.

---

Participante da pesquisa

## **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Grupo focal**

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Saúde Mental no SUS de Betim/MG e a trajetória de formação de seus trabalhadores”, desenvolvida por Dirley Lellis dos Santos Faria, aluna de Doutorado em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (CPqRR/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Celina Maria Modena.

O objetivo central deste estudo é analisar os processos de produção de conhecimentos e de educação permanente nos serviços de saúde mental de Betim.

Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como para retirar sua participação a qualquer momento. Você não receberá nenhuma penalização, caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, utilizando os contatos fornecidos no final neste Termo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um grupo focal, que terá entre 6 e 10 participantes, todos trabalhadores da Saúde Mental de Betim. O grupo terá duração de uma hora e meia. No grupo, você será convidado a falar sobre como se dá a formação dos trabalhadores em Saúde Mental e sobre o processo ensino/aprendizagem dentro dos serviços (educação permanente). Caso não seja possível finalizar o grupo em uma única sessão, você será convidado a participar de outra sessão.

O grupo focal será gravado. Os arquivos digitais e impressos ficarão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/CPqRR. Após este período, os arquivos serão deletados e destruídos.

O benefício relacionado à sua participação é a produção de conhecimentos sobre o tema educação permanente. Espera-se que tais conhecimentos possam contribuir para reflexões e melhorias na formação dos trabalhadores nos serviços de Betim e do Brasil.

Os riscos relacionados à sua participação são aqueles que podem acontecer em situações de interação entre pessoas: falar e não ser compreendido, falar e ser questionado, ouvir posicionamentos diferentes dos que apresentou, sentir algum incômodo diante da fala de

outros participantes. Tais riscos podem ser minimizados pela mediação que será feita pela pesquisadora. Há também a possibilidade de se retirar da pesquisa, a qualquer momento, caso você julgue necessário.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em artigos científicos e na tese de doutorado.

Caso você sofra algum dano moral associado diretamente à sua participação na pesquisa, será assegurado seu direito à indenização por parte da pesquisadora e das instituições envolvidas.

Este termo está redigido em duas vias e você ficará com uma. Você deverá assinar o termo e rubricar as outras páginas, assim como as pesquisadoras responsáveis.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqRR e/ou Comitê de Ética em Pesquisa de Betim, órgãos responsáveis por defender os interesses dos participantes da pesquisa, nos seguintes endereços e telefones: Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte - CEP: 30190-002. Telefax: (31) 3349 7825 / e-mail: [cepsh-cpqr@cpqr.fiocruz.br](mailto:cepsh-cpqr@cpqr.fiocruz.br) (Secretária: Bernadete Patrícia Santos) ou Rua Pará de Minas, 640 - Brasileia - Betim/MG - CEP: 32.600-412. Telefone: 31 3512-3313/ e-mail: [cepsmsbetim@yahoo.com.br](mailto:cepsmsbetim@yahoo.com.br).

---

Dirley Iellis dos Santos Faria/ Pesquisadora

---

Celina Maria Modena/ Pesquisadora Principal

Endereço e telefone institucional:

Av. Augusto de Lima, 1715. Barro Preto. Belo Horizonte MG.

Tel: 31 3349-7701

emails: [dirleylellis@yahoo.com.br](mailto:dirleylellis@yahoo.com.br) e [celina@cpqr.fiocruz.br](mailto:celina@cpqr.fiocruz.br)

Local e data \_\_\_\_\_

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Estou de acordo com a gravação do grupo focal.

---

Participante da pesquisa



## Apêndice 3 – Pareceres dos Conselhos de Ética

CENTRO DE PESQUISAS  
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO  
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Trajetória de formação dos trabalhadores de Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS) de Betim/MG

**Pesquisador:** Celina Maria Modera

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 68499517.6.0000.5091

**Instituição Proponente:** Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/ CPqRR/

**Patrocinador Principal:** Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/ CPqRR/ FIOCRUZ

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.121.258

#### Apresentação do Projeto:

Esse projeto propõe uma pesquisa social, com metodologia qualitativa, visando compreender e analisar criticamente o processo de produção de conhecimento e de educação permanente dos trabalhadores de saúde mental de Betim. Os pesquisadores consideram que "a despeito dos vários desafios que se colocam para a rede de serviços de Saúde Mental de Betim, pode-se dizer que a experiência dos profissionais e serviços, ao longo dos últimos anos, constitui importante legado a ser transmitido, estudado e avaliado. E que "a experiência cotidiana de trabalho e as e as situações reais vivenciadas representam uma aprendizagem constante". Os profissionais lidam cotidianamente com diferentes práticas reformistas "misturadas com práticas manicomial", claramente contraditórias.

Os pesquisadores se baseiam na observação de que a mudança de um modelo biomédico / manicomial para um modelo psicossocial, sustentado pelos paradigmas da Reforma Psiquiátrica relaciona-se com tensões internas nos "serviços de saúde mental, cenários de produção de novos saberes onde os trabalhadores têm experimentado desconfortos diante de realidades distintas do que aprenderam na formação e buscam novas propostas, num processo de Educação Permanente em Saúde". O modelo psicossocial apresenta novas exigências técnicas e novos dispositivos de trabalho. A Reforma Psiquiátrica é um movimento mundial de luta por transformações nas práticas

**Endereço:** Avenida Augusto de Lima, 1715  
**Bairro:** Barro Preto **CEP:** 30.190-002  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3349-7825 **Fax:** (31)3349-7825 **E-mail:** cepsh-cpqrr@cpqrr.fiocruz.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE BETIM



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Trajetória de formação dos trabalhadores de Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS) de Betim/MG

**Pesquisador:** Celina Maria Modena

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 68499517.6.3001.5651

**Instituição Proponente:** Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/ CPqRR/

**Patrocinador Principal:** Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/ CPqRR/ FIOCRUZ

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.163.960

**Apresentação do Projeto:**

O projeto tem como finalidade a realização de pesquisa social, visando compreender e analisar criticamente o processo de produção de conhecimento e de educação permanente dos trabalhadores de SM de Betim/MG. A pesquisa será desenvolvida nos serviços de saúde mental, considerados pelos pesquisadores como cenários de produção de novos saberes onde os trabalhadores têm experimentado desconfortos diante de realidades distintas do que aprenderam na formação e buscam novas propostas, num processo de Educação Permanente em Saúde. Será utilizada a metodologia qualitativa, com referencial analítico hermenêutico-dialético. Serão realizadas entrevistas narrativas e grupos focais, com a participação de profissionais efetivos de diferentes categorias: assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem, farmacêuticos, psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais. Serão convidados profissionais com diferentes tempos de serviço em Betim e também com diferentes locais de trabalho. Serão utilizados códigos para os entrevistados de maneira a assegurar o anonimato. Etapas da análise dos dados: transcrição das entrevistas narrativas e dos grupos focais; Organização dos materiais; Elaboração de estruturas de análise; Descrição; Análise; Interpretação.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Compreender e analisar criticamente os processos de produção de

**Endereço:** Rua Para de Minas, 640

**Bairro:** Brasileira

**UF:** MG

**Telefone:** (31)3512-3313

**Município:** BETIM

**CEP:** 32.600-412

**E-mail:** cepsmsbetim@yahoo.com.br

## **Apêndice 4 – Roteiros de Coleta de Dados**

### **Grupo focal:**

Gostaria que falassem sobre os cuidados que são realizados nos serviços que trabalham.

Quando vocês iniciaram seus trabalhos na Saúde Mental se sentiam preparados para atuar nessa área?

Que tipos de habilidades e atitudes são necessárias aos trabalhadores da saúde mental?

Como se adquirem essas habilidades e atitudes?

Quais conhecimentos vocês consideram essenciais para cuidar de pessoa com as quais trabalham?

Como se adquirem esses conhecimentos?

Vocês têm conhecimento das políticas de saúde para atenção a saúde mental? Elas são importantes para orientar os cuidados realizados nos serviços? De que forma?

No trabalho de vocês em Betim, o que foi oferecido para a formação como trabalhador da SM? Como vocês avaliam esta formação?

### **Entrevistas**

**Tópico inicial da narração:** Como se deu a sua formação profissional na área da Saúde Mental?

#### **Fase das perguntas: (se necessário)**

Quando você iniciou seu trabalho na Saúde Mental se sentia preparado para atuar nessa área?

Ao longo da sua formação profissional, quais momentos você considera importante para seu trabalho na saúde mental?

Quais são as características da sua especialidade profissional, necessárias ao trabalho da SM?

Em Betim, o que foi oferecido para sua formação como trabalhador da saúde mental?

O que você considera como mais relevante na sua formação para realização do seu trabalho atual?

#### **Fase conclusiva:**

Por quê?...

## Apêndice 5 - Recortes do Processo de Análise

**Quadro 4 — Atitudes e habilidades necessárias no trabalho**

	Falas dos trabalhadores	Interpretação
Escuta, respeito	<p><i>“[...] Então assim, eu passei a ver os pacientes com olhar totalmente diferente. Não como paciente, mas de igual pra igual. Com respeito, sabe? Com dedicação para cada um. Eu não sabia a abordagem. [...] Então, eles ensinaram a turma. Como chegar junto, sabe? Dos pacientes. E, assim, sem medo. Eu nunca tive problemas com pacientes, graças a Deus. A gente chega, aborda, fala, chama a atenção e tudo. Mas, assim, eu acho que sou muito carinhosa com eles. Eu gosto bastante. [...] acho que uma das principais coisas é você respeitar. Sabe? É você respeitar o outro, você respeitar seu colega de trabalho, você respeitar o paciente. Principalmente isso; por mais que ele seja agitado, quebre tudo, alguma coisa assim, é você saber respeitar o paciente, saber ouvir o paciente, sabe? Aprender a abordagem. Isso é muito importante. [...] Tudo é na base da conversa. [...] Então, eu acho que tudo a respeito do paciente você precisa saber. Não é só você chegar no serviço, você olhar: “Ah não!” O médico prescreve a medicação, você faz e pronto. Não! É você conversar o dia a dia com o paciente, ouvir a história dele, mesmo com os delírios. Então, eu acho que isto é muito importante.” (A2 — entrevista)</i></p>	<p>O trabalhador muda seu olhar do paciente quando se insere no CAPS. Passa a ter uma relação mais horizontal, respeitando-o enquanto pessoa e perdendo o medo tradicional que a sociedade tem da loucura. O trabalhador marca a importância da atitude respeitosa e de escuta da pessoa em sua abordagem no dia a dia do serviço. Acentua que essa abordagem tem que se dar a partir da palavra. Também é importante buscar um conhecimento mais profundo do paciente (sua história, seus delírios, e não apenas a medicação prescrita).</p>
Percepção cuidadosa do outro: “tato”	<p><i>“[...] E o que eu falo para os meus colegas que tá entrando é que a saúde mental tem que ter tato. Você tem que ter tato. Na saúde mental você não aprende nada que você aprende no hospital clínico. Saúde mental não exige essa coisa clínica, exige é tato, é mais vista, olhar, entendeu? Igual... eu aprendi também; nunca aborda um paciente da saúde mental sozinho, principalmente se ele estiver, se você perceber que ele está acelerado, então você não vai abordar ele sozinho. Espere alguém para ir junto abordar. Nunca vá sozinho porque você não sabe como ele tá. E assim por diante. Nunca proíba... paciente da saúde mental... nunca fale “não” com ele. Você tem que ir levando e mostrando que tem outra coisa que pode trocar por aquilo e... assim por diante [...]Tato é como se você tivesse um olhar pra ele: vamos devagar, deixa ele lá no cantinho. Aborda</i></p>	<p>Uma atitude importante para a abordagem é “ter tato”, “ter um olhar para o paciente”. Ir avaliando a situação em que se encontra de forma cuidadosa, considerando o outro e como ele se apresenta no momento. Ser flexível nas condutas e negociar com a pessoa, estando atento ao que ela deseja e ao tempo dela.</p>

	<p><i>outra hora. Fica observando de longe. Depois você chega perto e fala. Entendeu? Por exemplo, ... está na hora de comer, mas ele não quer almoçar. Aí o que você faz? Pegue o marmiteix e guarda. Igual a gente faz: põe o nome e deixa lá. Entendeu? Espera até uma certa hora. Se ele quiser comer ele come naquela hora. Isso é o que eu falo: o tato é isso aí. [...] É essa a abordagem: ele está sujo, imundo. Quer tomar banho? Ele não quer. Você não vai por ele no chuveiro a força. Porque muitas vezes, lá na casa dele já fazem isso. Ele faz as coisas a força, entendeu? [...]" (A1 — entrevista)</i></p>	
Relação horizontal	<p><i>"Eu acho que, em primeiro lugar, é você chegar e abordar o usuário, né. Não ter aquela barreira entre o funcionário e o usuário. Eu acho que é isso, não ter preconceito, né! A primeira coisa é não ter preconceito e lidar no dia a dia, conversar como se tivesse conversando com um amigo, com um colega, não ter diferenciamento. [...]" (AH — entrevista)</i></p>	<p>O trabalhador precisa abordar a pessoa sem preconceito, conversar de igual pra igual. Postura mais horizontal.</p>
Negociar: "ter jogo de cintura"	<p><i>"[...] Você tem que ter um jogo de cintura violento. Ter que lidar com uma paciente que toma banho 24 horas por dia e outras que não, que leva uma semana ou mais. Então tem que ter um controle muito grande. É de saber não dá um "não" diretamente, porque vai custar muito caro esse "não". [...] Porque tudo a gente tem que orientar a maneira melhor possível. Igual a M., ela não recebe um "não" de frente. Ela fala comigo assim, muitas vezes: 'Eu vou pular no rio'. Se eu falar que não, se eu trancar, não vou conseguir ela dessa forma. Aí eu tenho que ter o manejo: 'Maria, se eu fosse você eu até ia, mas não chega muito perto do rio não. Ele é muito sujo'. Ela detesta sujeira, né.[...]" (A3 — entrevista)</i></p>	<p>O trabalhador precisa saber negociar e "ter jogo de cintura", saber manejar diversas situações inusitadas. Para tanto, necessitará conhecer os pacientes, suas singularidades e idiossincrasias.</p>
Escuta	<p><i>"Olha, eu acho que na questão da saúde mental o que a gente tem que ter muito é abertura para ouvir e entender o outro e para aceitar ele como ele é, como ele está naquele momento... ali delirante e tal e a gente não pode falar: "Não, você não foi, você não viu". Porque vai piorar o quadro, ele vai ficar mais agitado, mais agressivo. E tentar ouvir; porque, às vezes, ele não quer que a gente fale nada, ele só quer desabafar. E já vai deixar ele mais tranquilo. Vai acalmar. Porque ele está naquele momento ali e a gente tem que entender o lugar que a gente está, tem que estar preparado. Igual a pergunta inicial, pelo menos eu não me senti preparada para entrar na saúde mental. Porque a gente tem um estigma, a gente ouve falar tanta coisa que realmente a gente vai aprender e entender a partir do momento que a gente está naquele ambiente, naquele local. Eu acho que é mais isso mesmo, ter tranquilidade, paciência e</i></p>	<p>É necessário abertura para ouvir o outro, entendê-lo e aceitá-lo como ele se apresenta. Também demanda tranquilidade e paciência diante dos delírios e agitações. Ao lidar com os usuários vamos aprendendo e ficando mais seguros, quebrando os preconceitos que trazíamos.</p>

	<i>aprender a ouvir.”(T2 — grupo focal)</i>	
Proximidade, atenção ao outro	<i>“[...] Eu acho que a equipe de enfermagem tem algo que é do olhar cotidiano, de ver aquele paciente todo dia, e poder dizer coisas... que é desse observar... às vezes, você percebe coisas que o técnico de referência não consegue pelo curto tempo que ele está com aquele paciente. A gente vai à casa do paciente, então a gente às vezes vê situações, vê questões que o técnico de referência não consegue ver”. (T1— entrevista)</i>	A equipe de enfermagem está mais presente no cotidiano dos serviços e está diretamente lidando com os pacientes, portanto, consegue perceber detalhes que o restante da equipe não percebe.
Proximidade	<i>“[...] Eles estão sempre aqui. Psicóloga parece que é só uma vez por mês, duas vezes. Aqui eles estão toda semana. Isso faz com que a gente, o usuário, se aproxima mais... Esse contato direto, todos os dias, essas conversas do dia a dia. O sofrimento deles, eles trazem pra mim constante. Isso é muito bacana!” (A11— entrevista).</i>  <i>“[...] Contato pela simplicidade. Tanta a minha como a do usuário. Porque muitos chegam pra mim e comentam sobre a vida deles. Conversam mesmo com a gente. Conversam sobre o que se passou hoje na casa deles... Tem essa liberdade de estar conversando comigo. E eu também dou essa liberdade pra eles. Eu acho isso muito importante. [...] Muitos falam que tem vergonha de conversar com psicólogo... E comigo já não tem. [...] Esse cuidado... o cuidado de conversar com eles, de brincar com eles, de respeitá-los. Isso é muito importante! É... convidá-los para tomar um café, tomar um lanche. Ter aquele amor de pessoa pra pessoa.” (A11— entrevista).</i>	O contato constante traz proximidade e confiança. Facilita o vínculo.  A simplicidade no trato, a abertura para ouvir o outro como alguém semelhante, na sua humanidade. A conversa e o cuidado no dia a dia trazem proximidade e uma relação de confiança.
Manejo, escuta	<i>“[...] Então, é só manejo. Muitas vezes é atenção que a gente tem, convivendo com eles. A Maria, igual, come demais. Quando ela come muito, a gente tem que aprender a guardar e esconder. Porque é uma forma de... não é corrigir, é uma forma de educar ela. Ela não consegue. Se eu falar assim: ‘Você não come’. Ela toma um litro de leite de uma vez, vai fazer mal pra ela. Mas eu acho bacana, essa convivência, esse manejo. Às vezes, por telefone, ela entra em crise, tá agitada. Eu converso com ela por telefone, eu consigo fazer ela voltar à realidade. Assim, com pequenos detalhes, que muitas das vezes a maioria dos funcionários não quer aprender. Acha que saúde mental é levar a ferro e fogo: ‘Não! Você não pode. Vai para o quarto’. Já aconteceu acidente grave aqui. Dela quebrar o vidro do quarto, com uma cuidadora que veio. Eu falava tanto: ‘Oh, você não dá um não. Contorna pra você chegar nesse não’ [...] O principal da saúde mental é a escuta. Se não tiver, você não aprende. Igual eu te falei, aprendi ouvindo, observando, pegando pequenas brechas do paciente, que ele tem. Ele tem uma parte sensível nele que a gente consegue lidar. [...]” (A3 — entrevista).</i>	O manejo é proveniente da atenção ao paciente e da convivência diária. É preciso escutar, observar, estar atento às sutilezas das pessoas e não impor condutas. Isso facilita o cuidado e a abordagem em momentos de crise.

Escuta, proximidade	<p>“[...] E além desta questão específica da enfermagem, do cuidado, da medicação tem muito também a questão da escuta, porque como a gente está no serviço todo dia, então, assim, os pacientes já conhecem a gente, já tem confiança e chegam na gente e falam para a gente o que está acontecendo. E a gente orienta: ‘É importante procurar o seu técnico, procura o médico e conversa isso com ele’. E muitas vezes eles não fazem, eles pedem a gente para fazer isso. Ou, às vezes, é alguma coisa que não contam, mas que, às vezes, é importante para o caso ou uma questão de risco e a gente também é esta ponte entre o paciente e os outros profissionais também” (T2 — grupo focal)</p>	<p>A proximidade e o contato cotidiano promovem a confiança, permitindo que os profissionais da enfermagem estabeleçam relações importantes para sustentar o projeto terapêutico.</p>
Criatividade, iniciativa, relação horizontal	<p>“Mas lá, eu gostava muito. Eu fazia grupo. Quando eu tava na circulação, que é pra vigiar os pacientes pra não fugir, pra não cometer agressão. Olha o que eu fazia: eu fazia uma roda com esses pacientes pra jogar bingo, truco. Aprendi a jogar truco com eles, lá. É. E assim. Nisso os psicólogos... gostaram. Tinha pacientes que eles não conseguiam tirar nada deles dentro do consultório. E nesta roda coletiva eles se soltavam. Começou assim: aquele paciente grave que não se soltava. [...] Ele comia as coisas dentro do cemitério, bebia sangue de bichos, isso tudo ele... Era um paciente grave. Esse foi um que me ensinou a jogar truco. Ele gostava. Então, tinha uns que eram homossexuais, que eles não descobriam, isso tudo era falado nesta roda, entendeu?. ... Eu falava: ‘Fale de você um pouco. Eu vou falar: eu sou X., eu gosto disso e daquilo’. Eles foram acostumando e soltando. E acabou a fujição, porque eles gostavam de conversar”. (A3 — entrevista).</p>	<p>O trabalhador da enfermagem sai da posição de vigia e cria possibilidades de lazer e convívio. Por meio de uma relação horizontal, mais próxima dos usuários, é possível fazer com que eles se expressem de forma mais livre sobre os próprios problemas.</p>
Versatibilidade	<p>“[...] Eu ministro oficina de expressão focal e de teatro, mas lá não existem possibilidades específicas: assim você só faz aquilo. E, então, às vezes a gente é cozinheiro, às vezes a gente é recepcionista, a gente acompanha os passeios. Eu faço o que o colega faz, ele faz o que eu faço. Não existe esta função engessada, a gente faz somente aquilo. E nem tem possibilidade, mesmo que a gente queira. [...]” (A4 — grupo focal).</p>	<p>O trabalho é diversificado e compartilhado. Os trabalhadores saem dos seus papéis fixos e exercem funções diversas, comuns entre eles.</p>
Dinamicidade, abertura para aprender	<p>“[...] Porque não dá para dizer qual é uma habilidade que você tem que ter, porque as pessoas com quem você vai se relacionar, as pessoas mudam, os usuários que estão lá mudam, os trabalhadores mudam. É dinâmico. E a gente percebe isso depois, quando o usuário chega para você e você ainda está meio perdido no seu trabalho. Ele chega e fala: ‘Nossa, foi tão bom aquele dia!’ E você nem se lembra o que você conversou com ele. E ele te conta o tanto que aquilo mudou. E aí você fala, está naturalizado agora na minha prática. [...]” (F3 — grupo focal).</p>	<p>Exige-se habilidade para se relacionar com as pessoas; certa dinamicidade e capacidade de aprender com as experiências.</p>
Colaboração,	<p>“[...] Eu discuto muito o caso com colegas, muito. O</p>	<p>O trabalho na SM é</p>

abertura para o saber do outro	<p><i>paciente que eu estou com uma dúvida na condução, eu vou discutir com o colega. Porque aquilo está pegando, uma outra formação vai me ajudar naquilo. Eu não passo o caso pra ele. Ele vai me dar uma luz. Acho que essa é a troca que a gente tem no CERSAM. Eu acho que isso é muito rico, né? Isso é muito rico. A gente aprende com as outras profissões demais. [...] O trabalho aqui vai ser diferente de outros lugares, né? Tem que entender essa lógica. A questão, mesmo, do trabalho da SM, do TNS, que as profissões se misturam. Você não perde sua individualidade não, você tem, mas elas se misturam. [...]” (AS1— entrevista).</i></p>	<p>multiprofissional e demanda trocas entre os profissionais. Um profissional não faz o trabalho do outro, um não substitui o outro, mas se complementam. Há troca de saberes entre eles.</p>
Capacidade de trabalhar em equipe. Ouvir o outro	<p><i>“Pra trabalhar em CAPS? O trabalho em equipe. Que é uma coisa que a gente não aprende na faculdade. É uma coisa muito de SUS. Eu me formei na UFMG. Quando eu me formei, formava para o SUS.[...] Mesmo assim, não tinha esse trabalho, isso é muito da Saúde Mental: essa coisa de reunião, de trabalho em equipe, de dividir caso. Isso é muito da Saúde Mental, né! Uma psiquiatria muito diferente da que eu faço em consultório, em que eu não tenho como dividir com ninguém. Mesmo que tenha um outro profissional que também atenda, não é dividido. Ele tá lá, eu tô aqui. Eu acho que isso é o principal. Um psiquiatra precisa saber fazer. Porque saber psiquiatria é o primeiro, é básico, mas eu acho que o principal para o CAPS é o trabalho em equipe. É escutando que você vai construindo o caso. Se você não sabe escutar o colega, não anda, não tem jeito”. (PA1— entrevista)</i></p>	<p>O trabalho no CAPS implica um fazer compartilhado pela equipe. Algo que não se aprende na faculdade, mas sim no dia a dia. As reuniões são dispositivos importantes para pactuar propostas e dividir responsabilidades. Para tal, é preciso saber escutar o outro.</p>
Capacidade de articular a rede, pactuar, negociar	<p><i>“Na atenção básica a equipe vem para estar acompanhando os casos graves, fora da crise, no território. E, então, eu falo que é um papel muito de ponte. A gente faz atendimento individual ao usuário, à família. A gente faz o tempo todo a ponte entre o usuário e o território, entre o usuário e a equipe da atenção básica. Principalmente neste trabalho do dia a dia, meio de formiguinha, para que o usuário, ele seja incluído dentro desta equipe de atenção básica. Porque, até então, eles acham que o usuário da saúde mental ele é do CERSAM. Ele é do CAPS AD, mas ele não é do território, ele não é da equipe de Estratégia de Saúde da Família. Então a gente faz este trabalho cotidiano através das reuniões de matriciamento, que é um espaço de formação, onde a gente discute alguns temas de saúde mental, onde a gente constrói os casos coletivamente com toda a equipe. E, então, este espaço da gente estar fazendo com que este usuário circule pela atenção básica, que a gente vai pensando estratégias, construir o Plano Terapêutico Individual com a equipe de acompanhamento destes casos no território” (P1— entrevista).</i></p>	<p>Na Atenção Básica, o profissional precisa saber articular pessoas e ações, sendo ponte entre o usuário, a família, a rede e o território. Ele precisa atuar como formador, matriciando os profissionais para incluir os usuários nas unidades de saúde. Precisa trabalhar com a equipe, promovendo a construção de casos clínicos e o Projeto Terapêutico Singular.</p>
Capacidade de fazer vínculo, escutar	<p><i>“[...]alguns tem com o cozinheiro, outros com o porteiro, isso eu aprendi aqui, né?! As vezes o porteiro é mais importante que o psicólogo pra aquele caso... o vínculo é diferente. Eu senti isso: eu</i></p>	<p>Implica fazer vínculo com o paciente, independente do tipo de função que se exerce no CAPS. Saber escutar, ouvir o outro, falar</p>



	<i>era um vínculo importante, sabe? [...] Então, eu acho que é a escuta, né? Ouvir assim: a escuta, a escuta. Falar menos mesmo, sabe? E escutar.” (F1— entrevista).</i>	menos e se permitir encontrar com o outro.
--	--	--

Fonte: a autora

#### Quadro 5 - Educação Permanente em Saúde

	Falas dos participantes	Interpretação
Invenção a partir das necessidades	<i>“[...] E foi uma coisa de muita invenção. Quem é que tinha formação? Tirando os psiquiatras que vinham de uma formação mesmo que hospitalar, mas tinham conhecimento da saúde mental, já tinham atendido psicóticos, tinham este conhecimento, as pessoas não tinham e às vezes nem queriam. Foi colocado na saúde mental... mas foram pessoas que abraçaram demais... Mas foi uma época de muita criação, de muito pensar, de trazer gente para falar aqui, fazer supervisão... E a gente foi criando dispositivos no serviço a partir desta invenção. Os pacientes que chegavam e o que faz com este paciente agora? Porque a gente começa com o ambulatório e aí a permanência dia começa a partir de um paciente em crise... E a partir disso foi sendo construído. Tem que ter técnico de enfermagem, tem que ter isso e este serviço vai sendo construído a partir do que os pacientes mais graves trazem. E aí a invenção vai sendo bem grande.[...]” (PA3 — grupo focal).</i>	Os trabalhadores de Betim não tinham formação em Saúde Mental. Somente os psiquiatras tinham atendido psicóticos, mas em hospitais. A maioria não tinha como proposta trabalhar nesta área, no entanto, abraçaram a causa. Foi um momento de muita criação, reflexão e formação. Vão-se criando dispositivos a partir das necessidades dos usuários e de suas demandas. É o momento de invenção dos serviços substitutivos.
Formação pessoal — buscando integração prática/teoria	<i>“... É um esforço nosso para dedicar a cada caso e, dependendo da demanda do caso, a gente busca na literatura como respaldo pra gente na nossa prática, pra embasar a prática mesma na evidência... É uma busca pessoal mesmo.” (TO4 — entrevista)</i>  <i>“... E, então, sempre que eu via a necessidade de alguma formação maior eu buscava. E aí foi... Aqui em Betim, eu sempre busquei estudar também... Então, quando eu via na minha prática que precisava de alguma pesquisa ou alguma investigação maior, eu participava...” (P3 — entrevista)</i>  <i>“... Na época que eu entrei na prefeitura eu estava terminando a minha pós-graduação. E aí conversando com a minha orientadora que era farmacêutica aqui em Betim também... falando da minha dificuldade no CERSAM, de falta de conhecimento mesmo e ela falou assim, então vamos fazer a sua monografia nesta área. E aí o tema da minha monografia foi adesão ao tratamento em esquizofrenia. E eu estudei mais, estudei mais sobre os medicamentos mesmo. Os antipsicóticos, os sintomas na esquizofrenia, o que era mesmo a patologia. E então me ajudou muito...” (F2 — entrevista)</i>	O trabalhador se esforça para se capacitar, para entender cada caso. Busca respaldo na literatura para sua prática.  Quando o trabalhador sentia necessidade de formação, buscava pessoalmente por espaços de aprendizagem. Em certos momentos por meio de pesquisas.  Conseguiu integrar sua formação na pós-graduação com o trabalho que estava iniciando na SM, o que facilitou sua formação.

Formação em serviço	<p><i>"[...] Agora, o espaço por excelência, eu acho que é o aprendizado com os colegas. A gente realmente, e pelo menos isso é garantido, são estas reuniões que a gente faz toda semana, quatro horas de reunião para discutir caso a caso e principalmente quando a gente pode contar com a supervisão, que aí é fundamental. Supervisão é para formação profissional sim, é super importante. Porque é o momento mesmo, como a gente fala, cada caso é um caso. E aí você ter o espaço ali para discutir cada um e aí tendo o olhar das várias pessoas e poder construir o caso junto, acho que é a saída." (A1 — entrevista).</i></p>	<p>Na SM se aprende muito com os colegas. As reuniões de equipe, semanais, são espaços privilegiados para discussão e construção coletiva de casos clínicos. A supervisão, também, é fundamental para a formação dos trabalhadores.</p>
Formação em serviço	<p><i>"Olha, eu acho que a gente tem cada vez mais que valorizar, além do dia a dia, estas passagens de plantão. Eu estou falando deste formato de CAPS, estes momentos de passagem de plantão, que é de discussão clínica que a gente aprende demais, com o colega, com o que um diz, o outro também, porque é o momento de construção de um conhecimento coletivo. E um outro espaço, que eu acho que a gente tem que valorizar muito, porque cada vez mais eu vejo um risco disso acabar, com estas novas turmas que vêm, é o espaço da reunião clínica...Então, assim, as pessoas mais novas não têm esta dimensão de como que este espaço é importante para a formação, tanto clínica e de um conhecimento coletivo mesmo, construção de casos e tal, quanto de ações políticas mesmo. De posicionamentos, não partidário, mas de ações políticas de mudanças, onde você pode ajudar a provocar mudanças. Então, acho que é outro espaço de formação fundamental que a gente tem que reforçar, as passagens de plantões e os espaços das reuniões clínicas..." (P2 — entrevista)</i></p>	<p>Nos CAPS, outro momento importante para a construção coletiva e o aprendizado dos trabalhadores é a passagem de plantão. Também as reuniões clínicas são espaços de formação, de conhecimento coletivo, construção de casos clínicos e de posicionamentos políticos importantes para estabelecer mudanças. É necessário valorizar esses espaços junto aos trabalhadores mais jovens, que ainda não têm a dimensão de sua importância.</p>
Formação em serviço	<p><i>"Cada reunião é um ganho para o profissional, dentro da reunião... Tem coisa que o psicólogo passa que eu nem imaginava que eu poderia fazer com o usuário e que eu acabo aprendendo na hora e passo a usar, a praticar isso. Toda sexta-feira de manhã e participa todos os funcionários... Discute os casos, discute como abordar o usuário, né! É... se fala de tudo um pouco". (A4 — entrevista)</i></p>	<p>A reunião de equipe produz aprendizagem. Um trabalhador divide com o outro seu saber e ajuda a aumentar seu cabedal de atuação.</p>
Formação em serviço	<p><i>"... Mas quando você está aqui, junto. Você pega um paciente, começa a articular esse caso, você discute com toda a rede, discute com o médico, discute com a assistente social, você discute com o CRAS, com o CREAS, com o hospital, com toda a rede. É assim que se aprende; você vai aprendendo na prática, o outro te conta. E você fica sabendo de algumas questões. Igual a gente aqui, encaminhando paciente pra adquirir o BPC daqui, pra poder receber o auxílio-doença. Quer dizer, é uma coisa completamente fora da terapia ocupacional. A gente não estuda na faculdade e a gente aprende. A gente conduz isso já. Igual a questão da medicação. O paciente queixa: 'Estou com isso, estou com aquilo, sonolência'. A gente bate o olho na medicação, a gente tem noção. 'Eu acho que a gente tem que discutir sobre essa medicação', uma coisa que você não aprende também..." (TO4 — entrevista)</i></p>	<p>O aprendizado na SM se dá na prática, no ato de articular um caso clínico. Ao discutir com os profissionais da rede intersetorial, aprende-se muito sobre o caso e também sobre o saber das outras áreas, assimilando conhecimentos de outras profissões.</p>

	<p>“... Esse é o maior aprendizado, porque os próprios pacientes vêm com uma característica muito própria do caso deles. Os nossos casos do AD são muitos ricos. Muito ricos. Têm casos que a gente tem que discutir e acompanhar junto com o CRAS, têm casos de crianças, tem que acompanhar com o CREIAS, tem caso com interface com a família acolhedora, a gente tá lá fazendo reunião com a família acolhedora. Tem caso que vai pro hospital, que é caso mais grave. A gente tem que discutir lá essa questão médica, essas questões todas. [...] A gente faz as visitas domiciliares, pensando em que recurso mais a gente pode buscar. São muito ricos. São diversos... É isso que é riquíssimo aqui. O que me fascina aqui. Isso me fascina muito. Isso é muito rico. O aprendizado que eu tenho aqui não tem no livro, essa relação...” (TO4 — entrevista)</p>	<p>O aprendizado se dá em cada caso. Cada um demanda um projeto e implica ações múltiplas e articulações junto à rede intersetorial. Há uma riqueza nessa clínica que fascina o trabalhador. O aprendizado se dá na relação com o paciente e com toda rede.</p>
<p>Formação em serviço: com o usuário</p>	<p>“Eu não sei. É uma coisa assim; não foi vendo uma pessoa. Às vezes eu chegava perto do paciente e pensava: ‘Opa! Eu vou tentar isso assim, vou ver se vou conseguir’. Às vezes, não queria tomar o remédio, eu falava: — ‘Escuta, vão tomar o remédio hoje, só hoje’. — ‘Não, não vou não’. Aquele negócio todo. — ‘Só hoje, eu prometo que é só hoje. Amanhã, qualquer coisa você resolve com seu médico’. Ai, na base da conversa, sabe? Tudo é na base da conversa. Até ontem eu fiz uma aqui, eu achei ótimo. Depois, eu fui pra casa pensando. Eu nunca sei. Eu estou sempre aprendendo. Eu não me acho melhor do que ninguém sabe? Eu não passo por cima, não. Eu estou sempre aprendendo. Pergunto. Se eu não sei as coisas, eu pergunto. Tenho a humildade de perguntar...” (A2 — entrevista)</p> <p>“... Essa forma que estou te falando da escuta. A escuta é principal. A escuta e observar. Você aprende com o próprio paciente”. (A3 — entrevista)</p> <p>“... O retorno do paciente, o olhar dele de cima a baixo pra mim. É o retorno de que alguma coisa tem efeito. Sabe? Se eu explico alguma coisa e ele faz aquilo, teve um entendimento na dificuldade dele. Olha, talvez dê certo pra outro. É o cotidiano mesmo. E, às vezes, não dá certo de jeito nenhum pra outro. Só dá pra aquele. E é tão interessante isso...” (F1 — entrevista)</p>	<p>O profissional está sempre aprendendo, seja com o usuário, seja com o colega. Aprende no dia a dia, conversando com o paciente, negociando, manejando situações. Pergunta o que não sabe, se colocando no lugar de aprendiz.</p> <p>O trabalhador aprende com o paciente, escutando e observando.</p> <p>É no contato pessoal, na relação com o paciente, no retorno de cada um, que o profissional vai aprendendo.</p>
<p>Oficinas, supervisão</p>	<p>“... Eu não sabia de Reforma, não sabia de casos mais graves. Eu não tive essa discussão, não. E aí, esses anos todos que estou aqui, a gente... a Saúde Mental de Betim sempre promoveu espaços muito ricos de discussão, quer seja nas reuniões de equipe, quer seja nesses processos que a gente teve todos esses anos de construção do projeto mesmo, com oficinas, supervisão”. (TO2 — entrevista)</p>	<p>O trabalhador chegou a Betim sem formação em SM, mas foi se formando ao longo dos anos. Foram sendo promovidos espaços de discussão, seja em reuniões de equipe, seja em oficinas e supervisões, no processo de construção do projeto.</p>
<p>Fóruns intersetoriais</p>	<p>“A gente tinha também os fóruns que também foram muito bacanas. Eu cheguei a participar... E aí elegia um caso e os atores daquele caso: escola, centro de reabilitação, CRAEI, tudo, sentava mesmo para discutir e era muito bacana, muito importante mesmo. Estava médico, quem acompanhava, a escola, eram muito rico: uma discussão</p>	<p>Os fóruns eram espaços ricos de discussão, nos quais participavam diversos atores da rede intersetorial para discutir casos.</p>

	<i> muito rica”. (E1 — entrevista)</i>	
Supervisão: teoria e prática	<i>“Supervisão... A gente aprende muito. A supervisão de um caso dá visão de outros casos, muito legal! Não vem pra te dar solução, vem pra te dar uma luz mesmo. Eu acho bacana. [...] A supervisão leva muito a isso: a supervisão com sugestão de textos sabe? Eu acho que é formação permanente do trabalhador. A gente tinha que ter isso nos serviços, né?” (AS1 — entrevista)</i>	A supervisão é um dispositivo importante de formação permanente. Ajuda a clarear o caso estudado e dá subsídios para outros casos. É importante na supervisão, também, fornecer textos teóricos que ajudem na compreensão do caso, integrando teoria e prática.
Equipe motivando a busca de outros conhecimentos	<i>“Mas esse tipo de clínica, eu ia aprender aqui... aí eu fui entender que não bastava este cabedal de saber psiquiátrico, médico, né! Saber fazer um bom diagnóstico nosológico, psicopatológico, de saber prescrever e tal... Isso me causou. Foi essa coisa assim: ‘eu preciso aprender o que esse povo está fazendo. Eu não aprendi isso na escola, nem na residência’. Foi aí que eu fui buscar outros espaços de interlocução, de conversa com outros campos de saber fora da medicina; porque eu vi que o que aprendi na medicina não bastou”. (PA2 — entrevista)</i>	O psiquiatra aprendeu nos CAPS a necessidade de uma clínica para além do saber médico: o diagnóstico nosológico, psicopatológico, a prescrição, etc. Foi buscar interlocução com outros saberes.
Integração ensino-serviço	<i>“O estágio, desde o começo, porque abriu a psicologia aqui e sempre, nesta coisa dos estágios da psicologia e outros que vinham, eu sempre acompanhei... Nossa, porque me coloca para aprender, por isso que eu fico nestes espaços, porque eu aprendo demais. Eu aprendia muito com os estagiários, com as questões que eles traziam. Os residentes, com os questionamentos. Porque você tem que formular alguma resposta para aquilo que você está fazendo. E, então, eu acho que a formação, você que oferece de alguma forma a formação, você está no lugar de aluno, de aprendiz mesmo. Te leva a aprender e, então, todos, eu sempre aprendi muito”. (P2 — entrevista)</i>  <i>“Veio essa residência aqui para Betim... depois que teve essa oportunidade de começar a participar dos seminários lá, que foi um convite ao trabalhador para estar participando das turmas e tudo. Nossa! Pra mim eu... eu achava maravilhoso estar lá. Foi um momento riquíssimo! E...é discutindo temas teóricos e práticos. Os residentes traziam essa visão dos serviços para serem discutidos lá, as situações que rolavam aqui com os pacientes e também a teoria, os casos clínicos. Foi riquíssimo! Uma oportunidade maravilhosa para minha formação. ... A multiprofissional em SM. E aí... acho que foi o momento mais rico de conhecimento.”. (E1 — entrevista)</i>  <i>“Entrei como preceptor... é... de campo. Na época da residência, os profissionais eram preceptores do campo de formação. Eu entrei, inicialmente, neste acompanhamento mais informalmente. No início, eu não entrei formalmente, eu ajudava. Eu já vinha acompanhando alguns estágios aqui dentro. Aí, depois, foram surgindo outros projetos: da residência multiprofissional, da psiquiatria logo depois. Eu ficava na referência também, aqui. Acabava</i>	Sempre esteve acompanhando estagiários e, depois, residentes. Aprendeu muito com os questionamentos deles, pois tinha que pensar sobre o próprio trabalho para dar alguma resposta às questões levantadas. Entende esse lugar de formador como um lugar também de aprendiz.  A residência multiprofissional em SM possibilitou também ao trabalhador da RAPS momentos ricos de aprendizagem; ao participar dos seminários, nos quais pôde integrar a prática e a teoria, o profissional aprendeu muito.  Ao participar de projetos de integração ensino-serviço, tais como residências, estágios, PET Saúde, teve que estudar e se preparar melhor para acompanhar os alunos, dar supervisões. Foi um momento também de muita

	<p><i>estudando mais ainda pra dar supervisão, discutir casos com os residentes, com o estagiário. Depois, teve o PET também .... esse tipo de prática também nos ensina. A gente tem de estar um pouco mais preparado para acompanhar , tem que estar lendo, tem que estar atualizado. Tanto na clínica como neste outro campo, da reabilitação” (P2 — entrevista)</i></p> <p><i>“Aprendo muito. O residente faz a gente se mobilizar, faz a gente se reatualizar. Ele pergunta muito, é muito curioso. Te pergunta coisas que você estudou há anos, né! Assim, a minha parte como preceptora é mais das aulas teóricas: de nosologia, de psicopatologia. Então você volta na psiquiatria clássica, volta nos textos. Isso é muito bom. E eles trazem dúvidas clínicas também; isso ajuda muito. Eu acho que ter formação no SUS, nos serviços, é imprescindível. Quando a residência começou, existia a residência multiprofissional junto, que era também muito rico. Iam juntos pra aula. Isso foi uma perda, eu acho. E eu acho muito bom essa coisa de ser preceptor, enriquece muito; e acho que a gente ajuda a formar o profissional, que, às vezes, sai da faculdade com uma visão diferente, né. É um pouco do que aprendi no estágio do CERSAM. A gente ajuda a atentar pra escuta, atentar pro trabalho em equipe. É importante a gente ajudar nessa formação pra coisa seguir. Porque senão vai interromper. A gente vai parar”. (PA2 — entrevista)</i></p>	<p>aprendizagem.</p> <p>O residente faz o preceptor se mobilizar e continuar estudando, num processo de educação permanente. A formação em serviço é importante para a sustentação do SUS, pois capacita novos profissionais dentro da realidade vivida; além de formar para uma escuta qualificada e para o trabalho em equipe.</p>
--	---	--

Fonte: a autora

Quadro 6 - Mudanças nas Profissões

	Falas dos participantes	Interpretação
Psicologia	<p>“Então, [...] era um trabalho mais clínico, de atendimento, de ambulatório... Durante muito tempo, a gente fez um trabalho muito individual, né! Da clínica, especificamente para adultos: de todo tipo de casos, dos leves até os mais graves. A gente atendia no ambulatório; o ambulatório era extenso, a demanda muito grande [...] Depois de algum tempo a gente começou a fazer umas práticas em grupo. Uma pessoa foi fazer grupo, assembleia, eu fui fazer oficinas. Aqui, eu trabalho mais com a prática de grupo, mais coletiva; que também não é grupo de terapia. São oficinas, reabilitação... de expressão.[...] Eu mudei a prática. Eu estava sentindo falta também de um trabalho mais de equipe. No centro de saúde a gente fica um tanto isolado da rede, dos colegas.[...]” (P2 — entrevista)</p>	<p>O trabalho do psicólogo na Unidade Básica de Saúde (UBS) era ambulatorial: atendimentos individuais, com uma demanda grande e variada, casos leves e graves. Com o tempo, houve uma mudança para atendimentos mais coletivos, saindo do modelo de psicoterapia e criando outras formas de atuação: assembleias, oficinas, entre outros, com propostas mais voltadas para a reabilitação social. Naquela época, o psicólogo trabalhava de forma mais isolada na UBS, diferente do trabalho nos CAPS, onde o trabalho demandava uma equipe multiprofissional.</p>
	<p>“A proposta é que a gente, no território, a gente acompanhe os casos de saúde mental mais graves ou que estejam estabilizados. Na verdade, alguns nem tão estabilizados assim, e que a gente consiga fazer como uma certa ponte. Eu vejo como uma intermediação entre usuário e família, entre o usuário e a própria equipe. Entre o usuário e os serviços de urgência. Entre o usuário e o território como um todo. Porque assim, tem todo um trabalho com a família, que eu acho fundamental. E tem todo um trabalho, que a psicologia social me ajuda também, que é de ajudar nesta convivência com o que é tão diferente... E a gente acaba sendo, a gente acaba fazendo esta ponte, quase um acompanhante, de ir com ele no médico, de falar: ‘Olha aqui, vamos sensibilizar pelo caso. Olha isso e olha aquilo e tudo o mais. Ele não é tão perigoso assim. Vamos pensar em outra estratégia’. E, então, eu acho que o lugar é muito na reunião de matriciamento, mas é muito no dia a dia que você está lá. ... E, então, entre um atendimento e outro, médico tira uma dúvida, a enfermeira chega e pergunta uma coisa. E a gente consegue fazer gancho. E então, eu acho que é uma ponte para que a Atenção Básica seja um lugar também que ele possa circular. E aí, a ideia é que, a partir deste atendimento, a gente vai criando um certo itinerário de cuidado para este usuário...” (P1 — entrevista).</p>	<p>Atualmente, a proposta do trabalho do profissional da Saúde Mental na UBS é acompanhar os pacientes mais graves e estabelecer uma ponte entre eles, suas famílias, o território e a equipe de saúde. É um trabalho de intermediação, visando criar um itinerário de cuidado e de convivência social. Para isso é necessária a sensibilização da equipe de saúde da UBS para o atendimento a este usuário que, devido ao preconceito, ainda não está inserido na própria unidade. Esse trabalho é realizado via reuniões de matriciamento, mas também no cotidiano do serviço.</p>
	<p>“[...] E a gente tem que saber do SUS, das políticas públicas e da reforma psiquiátrica. Não tem como. Eu, assim, eu tenho a minha prática clínica, mas eu não posso desconsiderar isso... Então, a minha orientação clínica é a psicanálise... Mas, sempre articulando as políticas públicas...” (P3 — entrevista).</p>	<p>O psicólogo tem uma prática clínica na SM, mas essa clínica tem um contexto diferenciado: ela faz parte de uma política pública, portanto, o profissional precisa conhecer essa política, o SUS e a Reforma Psiquiátrica.</p>
Terapia Ocupacional - TO	<p>“Eu acho que lá [...] eu estava reclusa, eu estava dentro de uma comunidade, mas estava reclusa nesta clínica do consultório. Hoje, [...], não. Hoje, [...], eu tenho o imenso desafio de como ser uma terapeuta, que é assim que eu me nomeio, uma terapeuta na Saúde Mental, na comunidade. Aqui, eu saio, os pacientes sabem a placa</p>	<p>Também o terapeuta ocupacional se sentia isolado, recluso dentro do consultório, numa perspectiva ambulatorial. Hoje, busca trabalhar na comunidade, tendo como referência o território de</p>

	<p><i>do meu carro, os pacientes sabem onde eu almoço. Os pacientes almoçam no mesmo restaurante que eu almoço. E eles não sabem se sentam na mesma mesa do que eu ou não. Esta unidade aqui é uma apropriação, então, esta sala era completamente mofada. Ela era cor de rosa escura, cor de goiaba. Então, eu acho que isso é herança de terapia ocupacional: a gente juntou os grupos, os dois grupos e falamos: 'Vamos reformar essa casa' [...]” (TO2 — entrevista)</i></p>	<p>abrangência da unidade de saúde. Portanto, está mais presente no contexto social dos pacientes e também tem feito com que os usuários se apropriem do próprio espaço da UBS.</p>
	<p><i>“... Os estágios da faculdade eram em manicômios, em ambulatório de especialidades e aí você vem para um serviço que te convida a repensar assim... não só a prática, em equipe multiprofissional, mas também esse olhar sobre o doente: que ele é alguém com direitos, com possibilidades, que ele não tem que estar preso, que ele pode circular. Eu acho que o que mais me marca é esse convite a olhar para o outro, para o ser humano de uma forma diferente. Mas não naquela relação de poder, que eu sei e que ele não sabe, que eu vou curá-lo. Eu acho que é esse convite: vamos construir o que é possível, o projeto desse, dessa criança, na família que ela vive, no lugar que ela vive. Eu acho que isso é o mais importante. Isso remete não só para formação enquanto trabalhador, mas para a formação do ser humano. Olhar para o outro é... como mais igual, alguém que sofre, e que tem jeitos. É o que mais me impacta neste processo da saúde mental”. (TO1 — entrevista)</i></p>	<p>A formação em SM do TO se dava também em manicômios ou em ambulatórios de especialidades. O trabalho num CAPS muda completamente o olhar desse profissional para o paciente, agora, com direitos, com possibilidades, com liberdade para circular. O trabalho passa a ser numa equipe multiprofissional, numa relação mais horizontal, também com o usuário; não numa perspectiva de poder de cura, mas numa proposta de construção de possibilidades, levando em consideração a realidade de cada um, numa perspectiva mais humana.</p>
	<p><i>“E acho que para a terapia ocupacional algumas coisas que são, desse modelo da Reforma, são tranquilas: atender em grupo, fazer oficinas, sair na rua com pacientes. Estar numa atividade coletiva com paciente, mas ser referência no atendimento individual... Isso não era uma coisa nova para mim. O que era novo era pensar nos casos mais graves mesmo: os autistas graves, os psicóticos. E a própria forma do serviço funcionar. Eu venho de uma formação assim que o paciente era atendido por várias profissões, nos estágios que fiz, o paciente estava na TO, estava na psicologia, na fono. Era o pacote completo. Eu acho que esse lugar de técnico de referência, de ser referência do caso, de se responsabilizar, de construir o projeto, isso era uma novidade para todo mundo...” (TO1 — entrevista)</i></p>	<p>Há atividades neste novo modelo de atenção à SM que faz parte da formação do TO: atender em grupo, realizar oficinas, circular com o paciente. No entanto, há a novidade de assumir a referência do tratamento de casos graves, fazendo parte de uma equipe multiprofissional, mas com a responsabilidade de construir e articular o Projeto Terapêutico Singular daquele caso que referencia.</p>
	<p><i>“... Hoje, eu não me sinto mais terapeuta ocupacional. [...] E isto traz uma série de questões pra mim, porque existe um papel que é esperado do terapeuta ocupacional, que é o papel de quem vai ajudar essa pessoa a ser autônoma nas atividades concretas do dia a dia. Né?! Espera-se que o terapeuta ocupacional faça oficina produtiva com os pacientes... Hoje, uma oficina de produção não é o que eu sei dar melhor. Hoje, eu sinto que eu consigo apoiar pessoas que chegam aqui, muito melhor do que se eu estivesse fazendo uma oficina. É. Então, hoje, na minha especificidade, eu tento fazer algumas coisas; o que eu tento fazer é apoiar todas as ações do posto de saúde onde eu trabalho. Eu faço questão; isto me motiva: apoiar todas as atividades que tem aqui, que vão de certa forma dar uma sustentação</i></p>	<p>Houve uma mudança na identidade do TO, devido aos novos papéis que passa a exercer na SM. O profissional já não se reconhece como alguém que vai realizar oficinas produtivas ou trabalhar a autonomia nas atividades da vida diária. No entanto, a partir de sua especialidade, busca dar suporte para as atividades realizadas por outros profissionais na UBS, visando à sustentação da autonomia dos pacientes.</p>

	<i>para que esse indivíduo seja autônomo...” (TO2 — entrevista)</i>	
	<i>“[...] Às vezes, eu converso com alguns TO e, é assim, esta coisa da terapia ocupacional eu acho que o termo ocupacional traz uma carga de que você tem que ter uma ocupação o tempo inteiro. E eu não faço esta leitura de terapia ocupacional. Eu leio terapia ocupacional como a ciência de tratar a atividade humana, tem que tratar com a atividade humana e você conversar é atividade humana. Você ficar sentado um longo tempo é uma atividade humana. Você pensar é atividade humana. Não é tudo que você faz com a mão é atividade humana e também não só e, então, uma dificuldade que eu às vezes tenho como os colegas é esta minha visão. Eu acho, por exemplo, que estar dentro de um consultório atendendo uma urgência é trabalho absolutamente de terapeuta ocupacional. Mas tem TO que fala: Que tipo de atividade que você leva para o seu atendimento? EU. Eu falo do papo que eu levo com a pessoa, ou o papo que eu não levo com a pessoa e estou lá vendo ela e ela me vendo ali, isso é uma atividade humana, um fazer humano. Fazendo, não estou fazendo, não estou levando para ela uma atividade. Esta é a minha atividade. E acho que tem quase que uma cobrança da gente. Teve uma época que eu comecei a brincar com o pessoal do CERSAM e falava assim: ‘Não! Não sou promotor, não’. Vem o pessoal para a TO: ‘Vamos fazer uma festa’. Não me formei para promotor, não sei fazer festa, não sei fazer eventos. Gosto de participar.” (TO3 — grupo focal).</i>	O termo ocupacional é interpretado por alguns como sendo ocupação o tempo inteiro. A terapia ocupacional pode ser definida como a ciência que trata a partir da atividade humana. Mas atividade humana é um conceito amplo: conversar, pensar, até mesmo o ócio é atividade humana. Portanto, quando o TO está atendendo, conversando, estabelecendo relações com seus pacientes, ele está usando da atividade para tratar. O trabalho do TO não se resume em promover atividades, tais como festas, oficinas, atividades manuais.
Assistente Social	<i>“Eu acolhia os casos, eu participava dos plantões, mas eu tinha o meu campo de atividades que era as reuniões de família, atividades com os pacientes, atividades extramuros, contato com o Centro de Convivência, em reunião de familiares. E os acolhimentos na urgência, que eu participava como plantonista, né. Mas eu não atendia casos. ... Eu ia sempre marcando um pouco esse lugar da minha profissão.[...] Eu também não era tão rígida assim. Às vezes, um caso eu ficava, do acolhimento. Com o tempo, os CERSAMs, tanto aqui quanto em BH, foram se direcionando mais para atendimentos de urgências, né. Tinha essa tentativa de uma rede colocada para o encaminhamento dos casos que saísse das urgências. Então, facilitava você ser um profissional técnico de referência... Sempre lembrando que todo caso que passasse, de alguma forma, a gente trabalhava neles a questão do sujeito naquele momento, independente de você estar ali para psicoterapia... Então, assim, um pouco desse lugar que o técnico de referência faz. Eu construí pra mim, na minha vida profissional, reconheci isso assim, né! Apesar de eu não ter uma formação psi para conduzir uma clínica da psicologia, mas de alguma forma essa formação nas supervisões, em pequenos cursos que eu ia fazendo, jornadas de psicanálise que eu participei. Isso tudo construí de uma forma ou de outra uma formação em mim...” (AS2 — entrevista).</i>	O assistente social, na SM, passou a fazer acolhimentos, plantões, numa perspectiva clínica. Embora também continuasse a trabalhar com famílias, atividades coletivas, articulação com a rede e com o território, dentro da perspectiva de sua especialidade. Com o tempo e maior segurança na clínica, foi se dispondo a ser TR, pois trabalhava na urgência de um CAPS, e isso, muitas vezes, implicava a continuação do tratamento com outro profissional na Rede ambulatorial. Foi se capacitando na escuta subjetiva e se sentindo mais apta para fazer intervenções pontuais nos atendimentos.
	<i>“Eu vou fala, como assistente social, de duas</i>	O assistente social encontrou



	<p><i>dificuldades que eu acho que para mim foram as que mais marcaram na questão do serviço. Aliás, três, a primeira foi a questão da formação; também pega, mas eu vejo muito também a gente aprendendo com a equipe, investindo fora e, então, eu vejo uma saída. Mas eu acho que para mim que eu sempre fui muito ativista no sentido de contribuir para diminuir a desigualdade social. Então, quando eu entrei..., quando eu comecei a trabalhar na área, a política de assistência social, que no caso a especificidade do assistente social era trabalhar mais com assistência social, ela era muito frágil. Foi logo que aprovou a lei orgânica de assistência social e então tinha aquela história de que assistência era coisa de caridade, e então não tinham muitos programas estruturados, estava bem no começo. E como a gente trabalha com os usuários bem desfavorecidos mesmo e a questão social é que pega demais mesmo, tanto para desencadear como para agravar o quadro. E, então, a gente ficava muito sem pernas mediante da fragilidade mesmo das políticas sociais, e particularmente da política de assistência social. Então eu acho que este é um ponto que a gente também não pode esquecer, que marca a dificuldade não só do serviço social mas do serviço como um todo. E uma outra dificuldade também que eu acho e que para mim pega muito no serviço é que cada caso é um caso e, então, este paciente é psicótico e este também é psicótico mas cada um tem a sua história e o seu diferencial. E quando a gente se vê ali chamado a inventar dispositivos e projetos para a gente contribuir com o processo de estabilização deste paciente, dentro da instituição é muito difícil da gente ter esta flexibilidade e de considerar cada caso mesmo. [...]” (AS3 — grupo focal).</i></p>	<p>dificuldades no trabalho da SM. Primeiramente, a formação para esse olhar mais para o subjetivo, para a singularidade de cada caso. No entanto, buscou saídas, seja fazendo formação fora, seja aprendendo com a equipe. Outra dificuldade encontrada, no início, foi a fragilidade da política de assistência social. Ainda não existia uma política pública de assistência social sedimentada e, como os casos da SM, geralmente, trazia também a questão social muito fragilizada, era difícil essa articulação. Outro ponto da SM que trouxe dificuldades para o assistente social e para a equipe no geral foi a criação de dispositivos institucionais que fossem flexíveis e pudessem atender a diferentes sujeitos.</p>
	<p><i>“[...] Eu estou no plantão e, então, eu faço o acolhimento e também atuo como técnico de referência e estou num projeto ... também já tem muitos anos, quase o tempo que eu estou lá, já tem uns 16 anos e também atuo na supervisão de estágio. Como técnico de referência, eu sou assistente social e, então, a gente não tem a formação específica para um atendimento mais, digamos assim, mais individual, mesmo de um paciente da saúde mental. E, então, para isso eu tive que buscar toda uma formação fora e também dentro do serviço, porque a gente tenta criar alguns mecanismos de formação. E a proposta também de ser técnico de referência é mais no sentido de estar articulando ali as várias ações do projeto terapêutico, de estar escutando, de estar construindo junto com a família o que seria mais indicado para aquele caso e de estar escutando aquele paciente, acho que a partir até de um lugar assim ético: qual é a demanda dele, o que é que ele está trazendo? De estar fazendo algumas intervenções deste ponto de vista mais de uma ética mesmo. Assim, o que é que ele dá conta, o que é possível. [...]” (AS3 — grupo focal).</i></p>	<p>Atualmente, o assistente social participa do plantão, do acolhimento, atua como técnico de referência (TR), participa de projetos do serviço e também na formação de outros profissionais. Esse profissional teve que buscar formação específica em SM para atuar como TR. Nessa função aprendeu a escutar o paciente, sua família, construindo e articulando as ações do projeto terapêutico de forma ética, isto é, a partir do que é indicado para cada caso particular, atendendo à demanda do sujeito e ao que é possível naquele momento.</p>
Enfermeiro	<p><i>“... Quando eu entrei, a gente ficava fazendo esse papel da supervisão de enfermagem, a gente ficava o tempo</i></p>	<p>No início, o enfermeiro ocupava o papel tradicional de supervisor da</p>

	<p><i>todo no posto de enfermagem... A coisa se misturava muito, não tinha um papel muito definido na Permanência Dia. Até porque o projeto da SM se diferencia um pouco porque, às vezes, o técnico de enfermagem não vai se referenciar ao enfermeiro tanto quanto ao plantão. O plantão faz muito esse papel de organizar o serviço naquele dia e tem muita influência na busca e leva de pacientes... a organização do dia que não passava por mim, né! Dependia do caso, da indicação do técnico de referência, então eu iniciei aqui nesta forma.[...] Eu fui para o plantão, comecei a referenciar caso, eu já estava mais madura na SM, né!... Mas eu acho assim, pra mim foi um ganho enorme. Eu já não estava... conseguindo ficar só ali no posto de enfermagem vendo aquelas questões, até porque o trabalho flui numa outra lógica e eu estava afastada desta coisa do plantão: eu estava sentindo falta de estar acolhendo paciente, de estar escutando pacientes, de estar referenciando casos. Uma coisa é você ver uma apresentação de um caso, outra é você estar escutando a mãe. Estar atenta à mãe, aos sinais e tudo. Isso pra mim foi maravilhoso. Adoro estar no plantão, até hoje gosto muito de estar acompanhando, né! Então, hoje como a gente faz: hoje eu assumo o plantão, eu acompanho casos, eu cuido da enfermagem o quanto eu posso, faço atividades na PD sempre que é solicitado. Estou disponível aos dispositivos... Hoje, o enfermeiro aqui, ele diversificou muito, sabe? Ele saiu do posto de enfermagem e ganhou um outro lugar aqui dentro...”</i> (E1 — entrevista)</p>	<p>equipe de enfermagem. Mas as funções exercidas por ele se misturavam com o papel do plantonista do CAPS, que era o profissional responsável por organizar o serviço no dia a dia e a quem a equipe se referenciava, seja para buscar ou levar os usuários, seja para se orientar em relação às condutas com os mesmos. A partir do momento que a enfermeira passa a exercer a função de plantonista, suas funções se ampliam, mudando seu papel dentro da equipe. O enfermeiro sai um pouco da Permanência Dia (PD) e de suas funções tradicionais e passa a referenciar casos, construindo um novo jeito de trabalhar.</p>
Equipe de enfermagem	<p><i>“... Mas lá no Teresópolis eu gostava muito. Eu fazia grupo. Quando eu tava na circulação, que é pra vigiar os pacientes pra não fugir, pra não cometer agressão. Olha o que eu fazia: eu fazia uma roda com esses pacientes pra jogar bingo, truco. Aprendi a jogar truco com eles lá. É. E assim. Nisso o H. era um dos psicólogos antigos, que tinha lá e o O. gostaram. Tinha pacientes que eles não conseguiam tirar nada deles dentro do consultório. E nesta roda coletiva eles se soltavam...”.</i> (A3 — entrevista)</p>	<p>O auxiliar de enfermagem sai de uma postura de vigia, de quem ‘toma conta’ dos usuários, e cria situações de lazer ou de escuta importantes para o cuidado, sendo reconhecido pela equipe.</p>
Psiquiatra	<p><i>“... Fui aprendendo a trabalhar nessa questão de equipe. Na época, claramente, sem uma hierarquia vertical, mas uma coisa mais horizontalizada. Em termos de responsabilização pelos casos, de condução partilhada. Uma coisa que não existe, essa vivência na escola de medicina e nem mesmo nas residências tradicionais. Existe uma hierarquia médico centrada mesmo... Mas esse tipo de clínica, eu ia aprender aqui... aí eu fui entender que não bastava este cabedal de saber psiquiátrico, médico, né! Saber fazer um bom diagnóstico nosológico, psicopatológico, de saber prescrever e tal...”</i> (PA2 — entrevista)</p>	<p>O psiquiatra passa a trabalhar em equipe, de forma mais horizontal, compartilhando a condução dos casos clínicos com outros profissionais. Foi aprendendo a escutar o outro e a própria equipe, entendendo que não bastava o saber médico para a clínica da SM.</p>
	<p><i>“... É assim que se aprende a escutar, né! É no CERSAM. No hospital você tem 15 dias pra melhorar o paciente e mandar ele pra casa. Você atende a família, uma ou duas vezes. A equipe... tem uma equipe no hospital, a reunião de equipe, tem isso tudo. Mas a lida</i></p>	<p>O psiquiatra aprende a escutar de forma diferenciada no CAPS. É ali que se atende a família de forma mais contínua e conhece melhor a realidade do usuário.</p>

	<i>do dia a dia, é no CERSAM que você aprende. É muito diferente! O paciente na comunidade”. (PA1—entrevista)</i>	
	<i>“Eu acho que o papel do médico tem a tendência de ser o mais engessado. Assim, do atendimento médico, de medicar, de avaliar uma urgência no sentido da medicação. Eu nem estou no plantão atualmente... Mas todo dia que estou lá, eu estou na referência para atender uma urgência junto com quem estiver no plantão. Se a pessoa achar que tem necessidade, porque, muitas urgências, outros profissionais que não médicos ou de nível superior atendem tranquilamente. Pessoas que tem experiência no serviço, às vezes eu nem fico sabendo que chegou uma urgência no serviço, porque o profissional que está lá no plantão acolhe, aborda e resolve. Mas eu acho que ainda é, dos colegas, o mais engessado. Lá no CERSAMI, a gente, durante estes anos, tentou que sempre os profissionais fizessem pelo menos uma atividade que não fosse consultório ou ambulatório. Eu já fiquei muito tempo no ‘Módulo Terapêutico’: uma atividade que a gente faz para autista lá. Atualmente, eu estou no grupo de familiares desta atividade. [...]” (PA3 — grupo focal).</i>	Embora o trabalho do psiquiatra tenda a ser ainda engessado, devido à necessidade da medicação, o psiquiatra pode estar na retaguarda do serviço, e não no centro do atendimento. O psiquiatra, no CAPS, pode exercer outras funções, como estar numa atividade coletiva, coordenar grupos de famílias, entre outros.
Farmacêutico	<i>“... À medida que eu... Eu fui aprendendo algumas coisas... fui modificando no rigor... aquela coisa da faculdade. E não adianta; se o comprimido, ele cuspiu o comprimido, você não tem como contabilizar aquele comprimido. Na escola, na vigilância sanitária, você tem que contar aquele comprimido, aquele cuspe, aquele não engolir. Gente, eu tinha que ter outra coisa porque senão era como se eu estivesse comportando errado, enquanto farmacêutica, em algumas questões legais, e o dia a dia não tinha nada a ver com aquilo. ... Aí eu me modifiquei porque eu gostava e gosto. Eu falei assim: ‘É outra história. É outra realidade. Ninguém conviveu, o Ministério não sabe, a Vigilância não sabe disso’. É um sofrimento que leva a uma porção de coisas, que não tem lei que faça cumprir aquilo ali. Como é que você põe aquilo no papel? O acontecimento virar número? Aí, eu fui mudando. Eu fui mudando tudo. Conceitos mudando...” (F1 — entrevista)</i>	O farmacêutico, na SM, torna-se menos rigoroso, mais flexível com as regras da vigilância sanitária. Ele convive com situações muito inusitadas que fica impossível contabilizar e desenvolver seu trabalho apenas a partir de regras técnicas.
	<i>“Falando da minha atividade no CERSAM, eu sou farmacêutica e, então, gerencio ali basicamente a assistência farmacêutica dentro de uma unidade de urgência. É um trabalho muito técnico, muito duro, mas que eu gosto de pensar que dá suporte para que todas estas outras coisas também aconteçam dentro de uma unidade de saúde mental. Então, eu mexo com medicamentos controlados, junto com os enfermeiros, os médicos, para que aquilo ali funcione e dê certo e todos os pacientes consigam receber seus medicamentos na dose correta, da forma correta. E claro também que a partir do momento que a gente está lá a gente passa a ter esta visão do cuidado, da escuta e passa a ser um elemento desta escuta também. E uso, às vezes, o medicamento como uma forma de ponte com este paciente que, às vezes, vai lá tirar uma dúvida sobre um</i>	O trabalho do farmacêutico é muito técnico, duro, mas dá suporte para outras atividades do cuidado com o usuário. Também esse profissional sofre influência do trabalho em equipe e aprende a fazer uma escuta diferenciada, podendo colaborar para o desenvolvimento da autonomia dos usuários.

	<p><i>medicamento e, então, você consegue a partir daquilo ali ouvir, entender, saber um pouco mais e poder um pouco também. E aí eu participo das discussões de casos com a equipe toda e ... às vezes, em alguns casos pequenos me pedem para atender familiares; ou fazer isso para também gerar o que eu gosto muito de trabalhar na assistência farmacêutica, que é a autonomia do uso destes medicamentos também, para que eles entendam o que é que estão usando e tenham autonomia sobre o tratamento dele [...]” (F3 — grupo focal).</i></p>	
--	---	--

Fonte: a autora

### Quadro 7 — Desafios e contradições do projeto de SM

	Falas	Narrativas
Relações de trabalho	<p><i>“[...] E aqui parece que está indo. E eu falo pras meninas que trabalham comigo: ‘Se a gente entrar nesse regime do vigiar o outro, de ver que hora que chega, que horas que sai, da denúncia, de uns trens que comecei a ver aqui, a gente não vai conseguir vir pra cá mais não’. Mas com elas é tranquilo e com muita gente lá de fora ainda. Mas tem, tem ... não tá fácil! Né? [...]” (F1 — entrevista)</i></p>	<p>Percebem-se dificuldades nas relações de trabalho, nas quais uns passam a vigiar outros, a fazer denúncias, a controlar horários. Mas há, ainda, relações tranquilas entre alguns colegas. Há divisão entre setores dentro do CERSAM.</p>
Relações de trabalho	<p><i>“[...] Com profissional discutir, isso sumiu muito. Hoje, eu acho que eles se sentem invadidos. Não tinha isso antes, não. Estou te contando, (o colega)... chegava, podia conversar sem que isso fosse questionar o outro. Hoje não é assim. Se eu levo na reunião de equipe alguma coisa que está prejudicando o trabalho e isso prejudicando o usuário, recebem de várias formas. Sabe? Já precisou de eu precisar procurar a gerente e pedir pra ela intervir por causa de indelicadezas dos profissionais... por causa do trabalho. Isso nunca passou antes. Então existe uma dificuldade que não tinha nos primeiros 10 anos, né?” (F1 — entrevista)</i></p>	<p>Há dificuldades de diálogo entre os colegas, o que não acontecia anteriormente. As relações estão se deteriorando: alguns se sentem ameaçados com questionamentos sobre o trabalho. As reuniões de equipe tornaram-se difíceis.</p>
Relações de trabalho	<p><i>“[...] As pessoas parecem que estão muito inflamadas, intolerantes. Pra começar, elas não sabem nem ouvir, né? As reuniões, elas não sabem, é todo mundo falando ao mesmo tempo. E então, eu nem vou em reunião mais. [...] Mas não faço questão não, a coisa não caminha. Eu fico pensando, tem horas, como que antes nós conseguimos muita coisa? Era muita coisa mesmo. A questão de organização do serviço, o processo de trabalho. Aqui, a coisa não acontece, não acontece. [...] Eu penso que, talvez falte um pouco de, todo mundo... não sei como eu falo, que palavra. Não tem essa humildade de querer aprender. Acho que nós tivemos. A gente queria, a gente tinha sede de saber. Então, você ia perguntar; se vinha te ensinar, você achava bom. Hoje não. Não é assim. Hoje, o pessoal chega e acha que sabe tudo. ... eles acham que sabem, falam mais alto, fica assim. Eu custei pra entender isso. Agora, eu deixo pra lá.” (E2 — entrevista)</i></p>	<p>Há dificuldades nas relações devido à intolerância, as pessoas não estão conseguindo se ouvirem. As reuniões estão tumultuadas, perdendo seu papel de organizador do serviço e de espaço de aprendizagem, de compartilhamento de saberes.</p>
Relações de trabalho	<p><i>“[...] Uma época, muito atrás, tenho a impressão que tinha... alguns anos atrás eu achava ... que tinha um reconhecimento melhor da enfermagem... Eu acho que a enfermagem já foi</i></p>	<p>A equipe de enfermagem tem se sentido desvalorizada, sem reconhecimento do seu trabalho,</p>

	<i>mais bem reconhecida. Aqui, como o funcionário precisa, sabe como? Eu acho que já houve um tempo que teve. ... Sinceramente, eu acho que de pouco tempo para cá, eu acho que não. Não é com a minha pessoa, é com nós todos, todo mundo. [...]" (A1 — entrevista)</i>	o que não acontecia anteriormente.
Relações de trabalho	<i>"[...] Porque eu acho que a grande queixa que eu tinha aqui, hoje eu escuto a equipe de enfermagem lá... dizer assim: 'Por que esse paciente está na Permanência Dia?' Que, às vezes, vêm umas indicações do vazio. O TNS sabe muito bem porque ele quer pôr na Permanência Dia, mas isso não é discutido. Fica a equipe de enfermagem, olhar por olhar. Eu acho que a equipe pode mais. [...]" (T1 — entrevista)</i>	A equipe de enfermagem fica sem saber o projeto terapêutico do paciente. Fica no lugar de vigiar.
Perda do projeto	<i>"A questão da saúde mental que nos ensina muito é que quando ela foi... surgiu a nova forma de você assistir estes usuários da saúde mental, ela veio com um movimento político junto e a gente tentou manter isso dentro do SUS, porque o SUS não é para pobre, o SUS é para o cidadão e aí a gente tentando manter o nível, o fulano está lá porque ele está recebendo um direito dele e tem que ter um serviço de qualidade, seja na saúde mental ou seja onde for. E eu acho que a gente tem que ter essa coisa. Eu fico pensando, meu Deus, que balaio de gato que a gente se meteu?! E as discussões mesmo com os colegas, o que nós vamos fazer? Está aí e sem direção. Quando a gente entra está aquela confusão no grupo, cada dia uma direção, mas que diabo é isso? Faz até alguma coisa, mas falta... em termos concretos, que benefícios que traz isso mesmo? E a coisa começa a degradingolar para o lado... mais das questões mais pessoais. Nossa!" (E3 — grupo focal)</i>	No início da construção dos serviços substitutivos ao manicômio havia um projeto aliado a um movimento político que visava garantir ao cidadão o direito a um sistema de saúde de qualidade. Atualmente, está confuso. Perdeu-se a direção do projeto. E isso está refletindo nas relações pessoais: os trabalhadores estão perdendo o rumo.
Mudanças no perfil dos trabalhadores	<i>"[...] O que eu vejo de diferente, agora os profissionais que chegam - toda regra tem exceção - eles não conseguem pensar, trabalhar com o que tem. Gente é isso que eu tenho! É com isso que eu tenho que trabalhar e não adianta falar: não vou fazer. Senão não faz nada. É isso que você me perguntou: o que você acha que está acontecendo? O povo fica parado. Ah! Tá faltando material. Não tem isso, não tem aquilo. Não sei se é porque a nossa experiência foi muito diferente, [...] a gente não tinha nada.... E foi construindo, faz de um jeito ou de outro. Ninguém ficava nesse discurso: tem que pedir pra prefeitura. Gente é a prefeitura que tem que dar mesmo, mas se ela não faz, e a gente? Então, o que é que a gente vai fazer? Hoje eu vejo isso no pessoal. Eu não sei se não é o desejo deles, que não é o desejo, não chega ser o desejo de estar naquele lugar. Pode ser isto, né?"(E2 — entrevista)</i>	No começo, havia por parte dos trabalhadores um desejo de construir o projeto de SM no município. Faltava muita coisa, mas havia disposição para conseguir realizar o trabalho. Os novos profissionais estão mais passivos, não se reconhecendo como construtores de um projeto.
Perdas do projeto	<i>"[...] Porque parece assim, né, o sonho foi fora do real. Mas não foi. Foi real! Foi vivido com o corpo e tudo... E vai saindo. Teve um momento que eu achei que ia sair, pois achei que não ia dar conta. [...] Tenho receio mesmo de como vai ser o caminhar da SM, sabe? Eu pensei que era uma evolução, assim, aquilo lá de 96, vindo, vindo. Aí hoje eu chego na cozinha e vejo... e não é detalhe não: o usuário precisa se alimentar de uma forma porque nem dente ele tem saudável, porque não é só cabeça. É corpo inteiro. Tenho medo..." (F1 — entrevista)</i>	Percebe-se que o projeto que foi construído num dado momento histórico, está se perdendo. Aquilo que foi real, o projeto concretizado, está ameaçado. Atualmente, falta o básico para o cuidado dos usuários.

Sofrimento dos trabalhadores	<p><i>“[...] O sofrimento? Tá difícil demais, não tem gente pra trabalhar, as meninas ficam adoecendo. As funcionárias vivem com problemas mesmo, de saúde. [...] Ai cai no, se fala, cai numa coisa muito ampla. O país tá difícil. Mas antes do país tá, nós começamos a ficar, parece. Alguma coisa aconteceu. Parece que foi na cidade inteira também. Aqui parecia meio isolado das unidades, sabe? Sempre foi diferente. E... A coisa tomando uma dimensão, que tá parecendo que está tudo difícil e não só aqui no trabalho, mas é na cidade inteira, no país inteiro. Tá ficando geralção! Parece que fica sem solução, sabe? Ninguém consegue resolver as questões internas, nem as maiores. Então fica parecendo que o adoecimento então, é só a falta de outra coisa, sem ser aqui também. E não é. Se a gente conseguir que aqui seja diferente, ajuda muito. ... e quando fala de modelo de novo, eu não sei se o pessoal novo que está chegando sabe disso. Né? Tem gente muito nova. Quando você fala alguma coisa, com a maioria, quando você fala algo que não for bem tecnicamente, bem de faculdade, parece que tem o embate que te falei. Nunca teve isso não. Tem que... Sempre foi caminhado assim, sem diferenciar quem é quem. Eu converso muito bem com os mais antigos: o X. entra aqui, eu converso. Ele está aqui muito tempo. É fácil de discutir. Tanto que eu faço alguma coisa e ponho o nome do X. ‘Vou conversar com X. sobre isso’. Ainda tem aquilo, existe, que vai beneficiar o usuário sim, sem um estar invadindo o espaço do outro. É uma coisa boa ainda. E muitos foram embora, desses, foram para outras unidades que eu não sei se está conseguindo ser diferente, sabe? [...]”(F1 — entrevista)</i></p>	<p>As condições de trabalho estão trazendo sofrimento para o trabalhador. Há uma crise, que não é só econômica ou política do país. Algo aconteceu também no projeto de Saúde Mental do município e no próprio serviço. Há problemas gerais, uma crise no país. Mas há algo mais interno, mais micro. Percebem-se dificuldades nas relações com os trabalhadores mais jovens. Não têm os mesmos ideais. Embora, ainda, seja possível um diálogo menos técnico com os mais antigos, pois há um reconhecimento na forma de trabalhar (interprofissional).</p>
Dificuldades no processo de trabalho	<p><i>“[...] a nossa clínica perdeu muito nos últimos anos. Essa possibilidade de outro viés de trabalho. Você precisa de tempo para construir uma inserção social de um paciente, após uma ruptura psicótica ou de outra ordem no campo da saúde mental. E hoje, a gente fica muito apagando incêndios. A equipe mínima, muita gente já vem desmotivada. Então, é difícil você fazer isso.” (PA2 — entrevista)</i></p>	<p>A clínica da SM está pior, pois não se está conseguindo construir a inserção social dos pacientes. Tem se atuado mais no cuidado a crise. A equipe está com poucos profissionais e estes estão desmotivados.</p>
Dificuldades no processo de trabalho	<p><i>“Nossa! Mudou demais. Muito mesmo! Eu acho... Hoje em dia a gente tem uma demanda gigante e a gente tem o mesmo RH... A gente está num momento de sobrecarga demais. Uma coisa que a equipe toda trocou é que a gente não está dando conta de todos os casos. A gente não dá conta. Igual o pessoal falou, o mesmo RH. Estamos com uma PD que chega a 50, vários dias. Então, é uma PD enorme com mil demandas... Eu acho que a gente antes preocupava em discutir na região, mesmo antes dessa época do matriciamento, a gente fazia isso. A gente tinha tempo pra isso. Hoje a gente não discute caso nenhum, só quando é um caso do Ministério Público ou um fica caso com a família acolhedora: um caso mais grave. [...]” (TO4 — entrevista)</i></p>	<p>O trabalho mudou muito desde seu início. A demanda aumentou, mas não o número de trabalhadores; há, portanto, uma sobrecarga de trabalho. Isso tem prejudicado a clínica e a inserção no território.</p>
Dificuldades no processo de trabalho	<p><i>“[...] a gente quase não consegue ir no território pra discutir. Eu fico pensando que a inserção dele depois do tratamento teria que ser no território. Tem que trabalhar as possibilidades ali onde é a vida dele. A gente não faz. A gente faz um ambulatório de acompanhamento e não vai ver como isso está acontecendo. E não consegue passar o caso pra Unidade Básica; a gente segura ele aqui, com medo dele</i></p>	<p>Há uma centralização do atendimento no CAPS e uma dificuldade de inserção do paciente no território.</p>

	<i>passar pra lá e ele se perder. [...]”. (TO4 — entrevista)</i>	
Dificuldades no trabalho em rede	<p><i>“[...] Mas tem uma questão meio de... eu também questiono muito isso. Ele está no ambulatório e Permanência Dia e o CERSAM nunca liberou para a Atenção Básica, para a gente conduzir o cuidado. E como ele tem vários outros. E então a gente sabe. A gente sabe, por exemplo, e já tentei fazer este trabalho: - Me conta aqui, todo mundo do nosso território que está aí. E não tem este dado. Porque o serviço não tem este dado por território. Ele não sabe me falar daquele território. Geograficamente, quem está naquele território? Eles não sabem me falar todas as pessoas que eles acompanham naquele território, que eles já acompanharam. Idem CAPS AD, que é um serviço mais novo, mas que também já começou numa lógica que não é territorializada. E então, eles não sabem me falar... Porque é uma questão de banco de dados mesmo. Só que para a gente que está na Atenção Básica seria interessante isso. Então, na verdade, o que a gente tem que acompanhar é isso que você fala, não é do CERSAM ou do AD, é do território, pode ter outros trabalhos possíveis. Agora, a condução na saúde mental, a gente só pode fazer quando tem esta liberação, entendeu? Por exemplo, este aqui a gente precisava que o CERSAM fiasse assim, como ele já faz: ‘Este aqui já pode, já tem condições de ser acompanhado por psiquiatria, psicologia, na atenção básica’. Eu acho que nós avançamos. Avançamos assim, têm alguns casos agora que a gente está fazendo junto. Caso que a gente já acompanha um ano ou dois anos, e entram em crise e já tem alguns profissionais mais abertos, já estão permitindo que a gente, por exemplo, fique dois dias em permanência e na segunda feira que eu vou lá, eles vão e continuam indo com médico. ... Só agora que nós estamos conseguindo isso, assim, de uma certa confiança deles. Como se a gente pudesse compartilhar a condução do caso.[...] A sensação que a gente tem é que não estamos fazendo nada, não acompanhamos ninguém. Não é nada resolutivo. Eu acho que há uma desvalorização do próprio trabalho pelos profissionais. Em alguns casos.” (P1 — entrevista)</i></p>	<p>Não se tem conseguido fazer a integração da rede: o caso, muitas vezes, fica no ambulatório do CERSAM e não vai para a UBS. Não há, nem mesmo por parte do CERSAM e do CAPS ad, dados estatísticos sobre o território do paciente. Atualmente, alguns avanços têm sido alcançados, com alguns casos sendo acompanhados pela Atenção Básica e pelo CERSAM; mas a equipe da AB ainda se sente à margem, sendo pouco reconhecido seu trabalho no território.</p>
Dificuldades no processo de trabalho	<p><i>“[...] Eu tenho que fazer um grupo de pessoal de ambulatório. Às vezes, eu tenho vontade, mas não tenho mais tempo. [...] Isso é muito legal, mas a gente não faz aqui. A gente não tem pernas pra isso. É uma das coisas que a gente está discutindo: a gente está sobrecarregado. Pode fazer mais, mas a gente está muito sobrecarregado.” (TO4 — entrevista)</i></p>	<p>Há uma sobrecarga de trabalho; então, deixa-se de fazer algo que considera importante do próprio trabalho.</p>
Dificuldades no processo de trabalho	<p><i>“É, e que a gente não tem mais tempo de fazer, mas eu fiz durante um bom tempo, mais de um ano um trabalho de roda de conversa sobre medicamentos. E, então, toda semana a gente sentava e conversava sobre o que era aquilo. Para ouvir mesmo, o que é que o usuário entendia. Não era para dar palestra. Mas era para eles, para a gente ouvir deles o que significava o uso do medicamento ali e para eles se ouvirem também, falar desta experiência. Isso foi muito interessante e trouxe resultados interessantes. Até hoje alguns pacientes perguntam: ‘Não tem mais?’. Mas, infelizmente, a gente tem dificuldade também de tempo e de número de pessoas lá, também, trabalhando para poder ter esta disponibilidade. [...]”. (F3 — grupo focal)</i></p>	<p>Por falta de tempo e de funcionários, o profissional deixou de realizar um trabalho mais de escuta do paciente: roda de conversa.</p>

Dificuldades no processo de trabalho	<i>“[...] Acho que a gente está num momento difícil porque a demanda está sendo muito grande e a gente com pouco profissionais. Ninguém de suporte na rede básica infantil. E uma demanda da cidade cresceu muito e no nosso serviço nem tanto. E, então, estamos num momento mais de cansaço, eu acho. [...]”</i> . (TO1 — entrevista)	Estamos vivendo um momento difícil, de cansaço dos trabalhadores. A demanda aumentou e há poucos profissionais na Rede.
Dificuldades no processo de trabalho	<i>“[...] Como é difícil fazer esse trabalho na comunidade, com os usuários, quando é difícil fazer esse trabalho com a nossa equipe e como é difícil fazer este trabalho com a gente mesma?! Da gente se sentir motivada no seu lugar de trabalho. E da gente, mesmo não estando tão motivado, ter que ajudar a equipe a se manter motivada. A cuidar do outro, que o cuidado cansa, né! Talvez o sofrimento de agora seja este, tem dias que eu venho: ‘Ai, meu Deus! Me ajuda. Como é que eu vou fazer pra me motivar?’ [...]”</i> . (TO2 — entrevista)	Está difícil trabalhar e se manter motivado. Há um cansaço do trabalhador e um sofrimento por não estar dando conta. Sente o peso do trabalho de cuidar do outro.
Sufrimento dos trabalhadores	<i>“[...] Sofre, pois a gente sabe que tem condições de fazer mais. E você sabe fazer mais, mas como você vai fazer? É ruim. Eu falei que a gente está num momento podre. Mas eu acho essa equipe muito legal, porque é uma equipe que tem muita vontade de melhorar. Apesar de tudo, a gente não desiste das coisas. A gente sabe que está sem recursos financeiros, igual cadeira, a gente teve que buscar lá em cima, não tem papel higiênico já tem um bom tempo, está muito escasso o pão dos pacientes, muito contado... A gente continua desejando melhorar, desejando ver o que a gente pode fazer, implementar mais oficinas, mais questões pro benefício do paciente, do tratamento do paciente.... é a nossa equipe, têm uns que estão capengando, mas têm dons. [...]”</i> . (TO4 — entrevista)	Há sofrimento por saber que é possível fazer algo melhor e que não está sendo feito por falta de condições de trabalho. A equipe tem resistido e desejado aprimorar o atendimento aos usuários, embora perceba, com sofrimento, a precariedade das condições do cuidado.
Sufrimento dos trabalhadores	<i>“[...] A gente vai se desgastando. O que aconteceu comigo foi num momento aqui do serviço que eu peguei tuberculose. Então, foi muito, demorou muito a diagnosticar. Porque não é uma doença típica de trabalhadora. É típica de morador de rua, que tem uma baixa imunidade. Então, eu tinha uma baixa imunidade dessa pessoa, né? Que está sem cuidados. Pra chegar à baixa imunidade você teve um stress anterior muito grande, que não foi visto por nenhum órgão que acompanha o trabalhador. [...]”</i> . (TO4 — entrevista)	Há um desgaste e adoecimento do trabalhador, devido ao stress das condições de trabalho e da falta de cuidado ao mesmo.
Sufrimento dos trabalhadores	<i>“[...] Pouco é discutido em função do trabalhador. Tem acontecido atualmente no nosso serviço muito stress de trabalhador. De trabalhador falar às vezes: ‘Não estou dando conta’. E vão embora antes do horário. Até que lembrei disso: Hoje, alguém foi embora no meio da reunião, de stress mesmo por causa de condições de trabalho mesmo. [...]”</i> (TO4 — entrevista).	O trabalhador está estressado e não está conseguindo realizar seu trabalho, devido às condições precárias do mesmo.
Sufrimento dos trabalhadores	<i>“[...] Com os anos de trabalho ou, ou..., quando eu escuto: ‘Ah! Aqui ninguém tá nem aí pra mim’. O que é esse ‘nem aí pra mim?’ [...] o técnico de enfermagem, principalmente, categoria que eu estou vendo adoecer muito, principalmente onde eu estou.[...]”</i> (T1 — entrevista)	Os técnicos de enfermagem têm adoecidos, talvez, por não estarem sendo reconhecidos como integrantes da equipe.
Perda do	<i>“Eu acho que nós perdemos o projeto.”</i> (P1 — grupo focal)	Perdemos o projeto que tínhamos



projeto		anteriormente.
Perda do projeto	<i>“O projeto tem que ser em cima de uma questão política, politizado; nós somos cidadãos, os nossos direitos... Não tem envolvimento da população. As pessoas também... E é muito difícil, né, eu não sei, não tem engajamento político como gostaria de ter. [...]” (E3 — grupo focal)</i>	O projeto da SM é um projeto político, de cidadania. Mas está faltando engajamento das pessoas.
Dificuldade de trabalhar a autonomia dos usuários	<i>“[...] Os usuários aqui não me parecem, desde que eu entrei na rede de saúde mental aqui, eles não me parecem ativos politicamente. Eles são absolutamente passivos. [...] E a gente observa uma extrema passividade das pessoas em darem conta de sugerir um tema, depois de falar sobre o tema, ou dele mesmo, ou do outro, e depois de tomar partido de algumas questões que a gente mesmo apresenta para a assembleia e eles não dão conta de tomar a iniciativa daquilo. É uma transferência absurda desta responsabilidade, que é do cidadão para o trabalhador.[...]” (TO3 — grupo focal)</i>	Os usuários são passivos e transferem suas responsabilidades para os trabalhadores, esperando que eles resolvam os problemas do dia a dia.
Dificuldades de posicionamento dos trabalhadores	<i>“[...] Ouvindo você falar me dá a sensação, quando você fala do processo do usuário, eu fico pensando que, às vezes, reflete um pouco do processo de nós trabalhadores. Assim, como que a gente também tem... estamos com dificuldade de nos mobilizar, de fazer uma certa resistência a estas questões macro que estão acontecendo, do atravessamento delas o tempo todo no nosso cotidiano e também como é que a gente vai deixando coisas absurdas serem institucionalizadas no serviço e então espaços protegidos que fulano e fulano não precisam participar, podem vir de 15 em 15 dias. E aí? A gente vai assistindo isso tudo. E qual é a nossa capacidade também para a gente se articular e fazer uma certa resistência a tudo o que está acontecendo também?” (P1 — grupo focal)</i>	Os trabalhadores também estão com dificuldades de mobilizarem, de exercerem resistência tanto com relação às questões macro do país quanto, no dia a dia, com questões que vão contra o projeto da SM no próprio trabalho.
Perda do projeto	<i>“E eu acho que estas coisas estão muito confusas também. Até para estas questões de espaço de aprendizagem. Por exemplo, a questão da própria reunião, acho que agora está falando da reunião de equipe: ela já foi... ela existe no serviço. O serviço foi montado com esta reunião de equipe, um espaço para a gente estar, essencialmente, falando dos casos, porque os casos nos ensinam muito. Com a discussão dos casos, agrega, estes casos agregam os elementos que se precisa. A questão política, gente precisa discutir, está vendo como a figura mora, o jeito que ela mora. Tem que chamar as famílias para discutir e a gente foi criando este espaço. E de repente, até estes poucos espaços que foram instituídos desde aquela época perderam o objetivo. Ele foi feito para isso. E, então, as pessoas podem até ficar sem isso [...]” (E3 — grupo focal).</i>	Os espaços históricos de discussão de casos estão perdendo seus objetivos e correndo o risco de serem extintos.
Perda do projeto	<i>“Eu tenho ficado angustiada com isso. É um espaço de formação constante que eu acho que é esta reunião de equipe. Porque é um horário protegido. Aqui, em Betim, acontece nas sextas feiras. Mas aí o que é que acontece, tudo o que vai acontecer no município. Esta reunião de hoje deste grupo focal é que dia? Na sexta feira. E então, a gente sai várias vezes desta reunião, ela não acontece muitas vezes. E então, tem hora que a gente passa muito tempo sem ter esta reunião e, na verdade, este horário não é protegido para</i>	As reuniões de equipe estão sendo esvaziadas; não se está priorizando este espaço de discussão. A equipe de enfermagem não está podendo participar devido ao número grande de pacientes na PD. Não se está discutindo todos os casos. As reuniões estão ficando

	<p><i>todos. Como os nossos serviços são muito inchados, está muito difícil para todo mundo parar e estar ali. E aí, eu acho que a colega pode falar disso no âmbito da enfermagem, eles não conseguem estar ali neste horário protegido para a reunião. A reunião não consegue ter tempo suficiente para discutir todos os casos. Para falar da especificidade de cada caso, para você aprender o que está acontecendo: uma mudança do horário da prefeitura, do horário de não sei o que, que tem que passar um monte de informação. A reunião não é mais suficiente e isso tem me angustiado muito. Eu acho que /a?gente perdeu muito em espaços de formação e a gente percebe isso se deteriorando no serviço, não só deste espaço do entendimento da clínica, mas as vezes do entendimento dos processos de atendimento e protocolos de uma unidade de saúde. [...] o serviço do jeito como ele está hoje não permite mais este momento, este espaço protegido. Então, está tudo muito corrido, muito no apagar fogo". (F3 — grupo focal)</i></p>	<p>burocráticas. Nesse sentido, está se perdendo o espaço protegido das reuniões e, com isso, perdendo um espaço importante de formação.</p>
--	--	--

Fonte: a autora

**Apendice 6 - Artigo aprovado - PHYSIS-2019-0287.R1 - Physis Revista de Saúde Coletiva | Decision on Manuscript ID PHYSIS-2019-0287.R1**  
Physis Revista de Saúde Coletiva <onbehalf@manuscriptcentral.com>

Para:dirleylellis@yahoo.com.br

16 de dez às 14:44

[Versão em português | English version below]

Prezado(a) Sr(a). (Person not available) (Person not available),

É com grande alegria que anunciamos o aceite de seu manuscrito, intitulado “Educação Permanente em Saúde: narrativa dos trabalhadores de Saúde Mental de Betim/Minas Gerais”. Ainda não há uma edição definida para sua publicação. No entanto, quando houver uma definição, você será contatado(a) por nossa equipe de revisores para efetuar os últimos ajustes e aprovar a versão final do artigo a ser publicado.

Agradecemos mais uma vez sua contribuição, esperando poder contar com a submissão de novos trabalhos futuramente.

Atenciosamente,

Mrs. Jane Russo

Editor-chefe

Physis Revista de Saúde Coletiva

[jane.russo@gmail.com](mailto:jane.russo@gmail.com)