

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

Cláudia Regina Graziano de Moraes e Abreu

A NARRATIVA COMO ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Rio de Janeiro

2019

Cláudia Regina Graziano de Moraes e Abreu

A NARRATIVA COMO ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Rangel de Souza Machado

Coorientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

A162n Abreu, Cláudia Regina Graziano de Moraes e
 A narrativa como estratégia de formação na
 educação em saúde / Cláudia Regina Graziano de
 Moraes e abreu. - Rio de Janeiro, 2019.
 110 f.

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

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

1. Educação Profissionalizante. 2. Narrativa.
3. Educação em Saúde. 4. Feedback Formativo.
I. Machado, Felipe Rangel de Souza. II. Amarante,
Paulo Duarte de Carvalho. III. Título.

CDD 370.113

Cláudia Regina Graziano de Moraes e Abreu

A NARRATIVA COMO ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 13/06/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Filippina Chinelli – FIOCRUZ/EPSJV

Prof.^a Dr.^a Francini Lube Guizardi – FIOCRUZ BRASÍLIA/DIREB

Prof. Carlos Eduardo Colpo Batistella - FIOCRUZ/EPSJV

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

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

*Dedico este trabalho à
Yasmin, ao Dante e ao Victor,
por terem vindo fazer parte.*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer às mulheres que me educaram, com as quais convivi desde o nascimento e que me mostraram, na prática, que aprender está na vida. Isabel, Regina Stella e Cecília, avó, mãe e tia, mulheres muito à frente de seu tempo, que despertaram em mim curiosidade pelas letras e pela leitura, que acreditam terminantemente que mulheres devem ter formação, trabalhar e ter seu próprio dinheiro e nunca, depender dos homens. Agradecer, minha mãe, em especial por me estruturar, ensinar a subir montanhas, mesmo contra a vontade. E optar pela melhor educação, escolas e professores. O Rainha fez a minha cabeça.

Agradecer a cada um que me colocou de pé e me fez continuar andando, chuva ou sol. E olhar para os lados, 360° para ter perspectiva e apanhar a sorte quando ela passasse. À Vida que sempre colocou em meu caminho as melhores parcerias, homens e mulheres da terra que me ensinaram a enraizar nas profundezas, subir ao alto e dar frutos, manter minha cabeça para fora e acima da manada. Reverenciar minhas origens, as boas intenções, os olhares e o alimento, para que eu pudesse realizar meu capítulo nesta história.

Agradecer à Maria Fernanda pela paciência gigantesca comigo durante este mestrado e o cuidado em todos os momentos que compartilhamos.

À Val, grande amiga e anfitriã carioca, que abriu as portas de Vila Isabel possibilitando uma imersão inesquecível.

À Chris, pesquisadora parceira no projeto e amiga que, ao me receber no REDE SAMPA, possibilitou novos saberes e muitas conquistas.

À EPSJV, seus funcionários e docentes que, com alegria e profissionalismo, ofertaram o suporte necessário para que esta jornada se concretizasse.

Aos meus mestres orientadores pelo respeito com o meu trabalho desorientado e pelos saberes tão diversos. Meu amor e gratidão por vocês é imenso. Felipe, o mais paulistano dos cariocas capixabas, por ter ritmo e as sínteses necessárias. Paulo, um capixaba carioca da gema, por compartilhar generosamente seu tempo, experiência e amizade.

Agradeço a mim por ter chegado aqui e ter realizado algo que desejava tanto. Por insistir, acreditar cotidianamente que algo me aguardava, por ter tido a paciência de esperar o momento certo. Você não sabe o quanto eu caminhei para chegar até aqui... Cláudia Regina, parabéns, sem você, não viveríamos isso.

A experiência, e não a verdade, é o que dá sentido à escritura. Digamos, com Foucault, que escrevemos para transformar o que sabemos e não para transmitir o já sabido. Se alguma coisa nos anima a escrever é a possibilidade de que esse ato de escritura, essa experiência em palavras, nos permita liberar-nos de certas verdades, de modo a deixarmos de ser o que somos para ser outra coisa, diferentes do que vimos sendo.

Também a experiência, e não a verdade, é o que dá sentido à educação. Educamos para transformar o que sabemos, não para transmitir o já sabido. Se alguma coisa nos anima a educar é a possibilidade de que esse ato de educação, essa experiência em gestos, nos permita liberar-nos de certas verdades, de modo a deixarmos de ser o que somos, para ser outra coisa para além do que vimos sendo.

Trata-se de apresentar uma escritura que permita que enfim nos livremos das verdades pelas quais educamos, nas quais nos educamos. Quem sabe assim possamos ampliar nossa liberdade de pensar a educação e de nos pensarmos a nós próprios, como educadores.

(Jorge Larrosa e Walter Kohan)

RESUMO

Aborda a utilização da *Narrativa Coletiva* como estratégia de formação de trabalhadores, na Educação Profissional em Saúde a partir dos cursos do Projeto “REDE SAMPA – Saúde Mental Paulistana” oferecidos pela Escola Municipal de Saúde/SP. Contribui para o campo da Educação em Saúde como um dispositivo de transformação da prática e do cuidado ofertado pelos trabalhadores das Redes de Atenção à saúde na cidade de São Paulo. Relata o processo de construção da *Narrativa Coletiva* como estratégia para o desenvolvimento da reflexão sobre a própria prática. Trata da utilização da *Wiki*, um recurso da plataforma Moodle®, que viabilizou a construção de um texto coletivo. Desenvolve uma investigação narrativa a respeito do impacto desta estratégia no processo formativo de docentes e alunos dos cursos por meio de entrevistas e de grupos focais. Apresenta como resultado uma narrativa do processo de transformação ocorrido entre o momento de planejamento até a finalização das *Narrativas Coletivas* pelos alunos e seus docentes, definindo-a como um texto colaborativo, construído ao longo do processo educativo/formativo, com suporte da ferramenta *Wiki* visando à reflexão do processo vivido.

Palavras chave: Narrativa Coletiva; Educação em Saúde; Processo Formativo

ABSTRACT

This work approaches the use of the Collective Narrative as a strategy for training workers in the Professional Health Education from the courses of the Project "REDE SAMPA - Paulistana Mental Health" offered by the Municipal School of Health / SP. It contributes to the field of Health Education as a device for transforming the practice and care offered by health care network workers in the city of São Paulo. It reports the process of construction of the Collective Narrative as a strategy for the development of reflection on the practice itself. It deals with the use of Wiki, a feature of the Moodle® platform, which enabled the construction of a collective text. It develops a narrative investigation about the impact of this strategy in the formative process of the teachers and students of the courses through interviews and focus groups. It presents as a result a narrative of the transformation process that occurred between the planning moment until the conclusion of the Collective Narratives by the students and their teachers, defining it as a collaborative text, built along the educational / training process, supported by the Wiki tool aiming at to the reflection of the lived process.

Keywords: Collective Narrative; Health Education; Formative Process

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1	Divisão Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde por Coordenadorias Regionais de Saúde e Prefeituras regionais, 2015.	22
Ilustração 2	Divisão por Coordenadorias Regionais de Saúde e suas respectivas Supervisões Técnicas de Saúde	23
Ilustração 3	Quadro de Identificação dos participantes das Entrevistas e Grupos Focais com as siglas utilizadas	78
Ilustração 4	Ambiente de Educação à Distância I (EaD) – Escola Municipal de Saúde...	105
Ilustração 5	Ambiente de Educação à Distância II (EaD) – Escola Municipal de Saúde..	105
Ilustração 6	EaD – Página inicial – Opções de cursos.....	106
Ilustração 7	EaD – Página inicial – Cursos Projeto REDE SAMPA.....	106
Ilustração 8	REDE SAMPA – Página inicial.....	107
Ilustração 9	REDE SAMPA – Curso: 1ª aula	107
Ilustração 10	WIKI – Instruções.....	108
Ilustração 11	WIKI – Sem preenchimento.....	108
Ilustração 12	WIKI – Preenchida 1.....	109
Ilustração 13	WIKI – Preenchida 2.....	109
Ilustração 14	WIKI – Preenchida 3.....	110

LISTA DE SIGLAS

AHM	Autarquia Hospitalar Municipal
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Mundial
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEDEPS	Centro de Desenvolvimento, Ensino e Pesquisa em Saúde
CEFOR	Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde
DST/AIDS	Centro de Referência e Treinamento
CRS	Coordenadorias Regionais de Saúde
CESGEC	Coordenadoria de Educação em Saúde e Gestão do Conhecimento
COGEP	Coordenadoria de Gestão de Pessoas
COAPES	Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EaD	Ensino à Distância
EMS	Escola Municipal de Saúde
EMSR	Escola Municipal de Saúde Regionalizada
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ETSUS	Escola Técnica do SUS
IEP	Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês
HSPM	Hospital do Servidor Público Municipal
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OSS	Organizações Sociais
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PAS	Programação Anual de Saúde
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

RAG	Relatório Anual de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REME	Movimento de Renovação Médica
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
RRAS	Região de Saúde São Paulo
SAS/MS	Secretaria de Assistência à Saúde
SEGTS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SISRH	Sistema de Informação de Recursos Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
STS	Supervisões Técnicas de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1 – CONTEXTUALIZANDO O REDE SAMPA	21
1.1 A secretaria municipal de saúde	22
1.2 Os prefeitos de São Paulo e o SUS	26
1.3 Escola Municipal de Saúde: uma história feita de nomes e de decretos	29
1.3.1 História do Projeto REDE SAMPA	36
1.4 Contexto político, cultural e social do Projeto REDE SAMPA	43
1.4.1. O contexto da Educação Permanente	43
1.4.2. O contexto da Reforma Psiquiátrica	50
1.4.2.1 O paradigma da Reforma e a Atenção Psicossocial.....	54
CAPÍTULO 2 – A NARRATIVA	57
CAPÍTULO 3 – DELINEAMENTO METODOLÓGICO	68
3.1 Considerações Teórico-Metodológicas	68
3.2 Etapas da Coletas de Dados	73
3.2.1 Grupo Focal	73
3.2.2 Entrevistas	77

3.3 Cuidados Éticos	79
3.4 Transcrição e Pré-análise dos dados	80
CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS DADOS	81
4.1 Construção Coletiva do Projeto	82
4.2 Estratégias de Construção das Narrativas	85
4.2.1 Desafios da Construção Coletiva de um Texto.....	87
4.3 Semiologia das Narrativas	92
CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO	96
REFERÊNCIAS.....	99

INTRODUÇÃO

Essa narrativa começa com meu interesse pelo tema “Narrativas” no decorrer do curso de Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, realizado em 2014, no Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês (IEP). A atividade consistia em escrever uma narrativa a partir da instrução: relate uma situação marcante na sua vida em que você foi professor ou conte como foi para você estar em contato, pela primeira vez, com o papel de professor. Eu não tinha muitas histórias para contar, minha experiência era mínima. Escrevi sobre como foi para mim ser professora de dança de salão. Dentro da minha trajetória como trabalhadora de saúde mental aconteceram inúmeras coisas inusitadas, uma série de papéis em que atuei, situações para as quais não tive treinamento prévio. Dentre elas, em um Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) onde trabalhei por 7 anos, a professora de dança de salão, que era voluntária, foi embora deixando os alunos e a mim, que era a técnica que acompanhava a oficina, na mão.

Eu não sabia o que escrever, por onde começar, então lembrei um texto escrito na faculdade de psicologia a respeito de como tinha sido para mim atender clinicamente pela primeira vez, onde comparo a dificuldade de estar sozinha em um consultório com um paciente e a dificuldade de aprender dança indiana. A metáfora da dança aparecia novamente para mim. Aprendi ballet dos 4 aos 16 anos – uma bailarina dança afinal de contas –, não começaria a atividade do zero. Seguiria neste caminho, no que chamei internamente de passo dois dessa história. Então escrevi sobre esse lugar de professora substituta, alguém que serve para resolver problemas, mas que não se sente devidamente apropriada nem legitimada a ocupar aquele lugar.

Corte rápido. Volto à atividade em sala de aula, as narrativas são trocadas entre os membros do grupo, lidas em voz alta, o que permitiu que pudéssemos ter uma escuta da própria história. Uma voz e uma história. O que poderia ter sido uma combinação de ansiedade e exposição foi um momento luminoso, de grande beleza para mim. Ouvir os relatos de cada um, diversos estilos, ritmos, abordagens, foi um momento potente de descoberta, de uma nova forma de enxergar um papel em branco e a tinta. Alguém comentou que cada narrativa daquelas marcava o papel de uma maneira diferente, havia então uma diferença gráfica, da marca, da mancha impregnada, da tinta que desenha o papel, dos relatos no papel. Uma experiência viva que despertou a minha curiosidade e me conduziu naturalmente a pensar nas narrativas relacionadas à minha própria prática, em uma tentativa de apreensão daquele momento.

A partir deste que foi meu primeiro contato com a área, vislumbrei no eixo “educação” uma possibilidade de me instrumentalizar para uma mudança que desejava na minha prática, uma reorientação de rota. Sou Psicóloga de formação, definia-me como uma trabalhadora de saúde mental, *lócus* de desenvolvimento da minha trajetória no Serviço Público e na Saúde Coletiva. Sem saber, perceber ou dar-me conta, adquiri uma passagem às cegas para local desconhecido e não sabido, que acabou efetivamente me transportando para outro lugar através de um convite, e posterior transferência para a Escola Municipal de Saúde (EMS) onde trabalho coordenando um projeto de saúde mental.

Para Rubem Alves (2004), nas palavras ferramenta e brinquedo está uma possibilidade de síntese da educação. As ferramentas sendo os conhecimentos que nos permitem resolver os problemas vitais do dia a dia, instrumentos necessários para que possamos circular, interagir com o mundo a nossa volta, e os brinquedos como todas aquelas coisas que não são da ordem da utilidade, proporcionam prazer e alegria à alma. Ambos necessários, cada um em sua medida para o crescimento e o desenvolvimento do homem, como asas que permitem voar pelos caminhos do mundo e da alma, rompendo com a noção da educação como gaiola que aprisiona e embrutece.

Ao mesmo tempo a que me interessava pelo trabalho com as Narrativas enquanto relatos de experiências nos cenários de prática, dentro de uma perspectiva didática, perguntava-me o que a diferenciava de uma técnica psicoterapêutica, já que contar e ouvir relatos é parte fundamental de uma psicoterapia verbal. Nas pesquisas realizadas, a primeira autora descoberta foi Cunha (1997)

O uso das narrativas com objetivo pedagógico não tem a perspectiva terapêutica e, preferencialmente, não devem aproximar-se deste caráter. Evidentemente que a recuperação histórica dos sujeitos mexe com emoções, com sentimentos, com perdas, com alegrias. O trato destes dados narrativos, na sala de aula, precisa, entretanto, ser canalizados para os objetivos a que se propõem, ou seja, o reconhecimento e a reflexão do sujeito sobre si mesmo para melhor reconhecer-se como profissional educador. (v. 23, n. 1-2)

Ainda trabalhando no campo da saúde mental, tive uma experiência que só pude entender retroativamente, durante o processo de elaboração deste projeto. Em meados de 2014, soube por uma estagiária de uma pesquisadora que precisava de sujeitos para seu trabalho de doutorado, cujo tema era sobreviventes do suicídio. Por me encaixar no perfil e acreditar que tinha com o que contribuir, fui. A entrevista consistia em um convite “conte a sua experiência com o suicídio”, e assim aconteceu, de forma oral, com algumas interferências da pesquisadora aqui e ali. Presente, com a minha bagagem, levei para dentro daquele encontro com uma completa desconhecida a vivência, a ideia da terceira margem do

rio, das coisas que não estão nas beiras, que não podem ainda ser nomeadas. Passaram-se anos até que eu entendesse o porquê da importância de narrar uma experiência, da potência de falar sobre o assunto de forma terapêutica, sem estar em uma relação terapêutica.

O percurso iniciado neste processo encorajou-me a sair da gaiola. A porta já estava aberta, mas, acomodada, resistia a atravessar. Ganhei mais penas em minhas asas, permitindo, além de maior estabilidade, voos mais altos e mais longos, como esta experiência do Mestrado no Rio de Janeiro, que traz em si a ponte entre a saúde e a educação. Venho de uma família de educadoras e que nunca tive muita simpatia pelo ofício, não estava claro para mim, até chegar aqui, o quanto essas mulheres que me antecederam me haviam influenciado.

Encaixando as peças deste quebra-cabeças, unindo saberes e interesses, a minha ida para a área de Educação dentro da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) aconteceu devido à necessidade de agregar pessoas a um grupo que trabalhava em um projeto de capacitação em saúde mental, que foi batizado REDE SAMPA.

O projeto REDE SAMPA – Saúde Mental Paulistana propõe a reunião de trabalhadores das diferentes esferas de atenção para a reflexão acerca das singulares condições de sofrimento e de práticas de cuidado, buscando ampliar o compartilhamento de experiências e conseqüentemente o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).¹ Uma aposta na potência do trabalhador como agente de transformação, capaz de intervir e alterar a realidade onde está inserido.

O meu projeto de pesquisa não chegou pronto aqui na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV). Inicialmente tratava-se de uma avaliação do “REDE SAMPA”, um desejo de registrar o percurso do projeto e sua influência junto à rede, seu impacto na rotina de trabalho, utilizando para isso as narrativas escritas pelos trabalhadores ao final de cada curso. Pretendia entender diversas coisas muito diferentes entre si, desde como desenvolver uma ferramenta de monitoramento e avaliação; avaliação do impacto desses cursos na rede de atenção psicossocial; o uso da narrativa como ferramenta na educação em saúde; se houve alguma transformação na prática dos trabalhadores. Ou seja, eu não sabia especificamente o que perguntar.

¹ 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).

Conforme fui tendo contato com os professores, as aulas e a bibliografia recomendada, principalmente no período de elaboração dos trabalhos finais, foi ficando mais clara a costura entre as disciplinas, e a lapidação das ideias no intuito de minimamente chegar a um ponto focal, que talvez seja como cada trabalhador pode ser o narrador da história do seu trabalho.

Um *'turning point'* deste percurso aconteceu com os trabalhos de dispersão nas escolas de origem, com a pesquisa das atividades passadas, com a busca do passado para entender o presente. Esse resgate histórico causou enorme impacto na Escola, inclusive reverberando na equipe que não está participando efetivamente do Mestrado. Na busca por informações, emoções foram trazidas à tona, grandes afetos transbordaram inclusive na forma de muita raiva com quem estava “mexendo” nos arquivos e pastas, levantando a poeira, literalmente.

Eu descobri a Escola onde trabalho. Simples assim, complicado desse jeito. A descoberta da minha relação e conexão com as questões da Educação foram muito fortes e me tocaram sobremaneira, realizando, no sentido do *insight* psicanalítico, a psicóloga clínica que sou, com extensa prática nas questões da saúde mental, fazendo um Mestrado em Educação; cuja jornada de conhecimento está navegando em outro mares, mares nunca dantes navegados. Encarnei um outro olhar que possibilitou seguir em frente.

Lapidando as questões que me trouxeram aqui, duplamente bem acompanhada que estou na orientação acadêmica, meu trabalho de pesquisa trata da utilização da Narrativa como estratégia de formação na Educação em Saúde a partir dos cursos oferecidos pela EMS, especificamente da *Narrativa Coletiva*², nome dado ao texto coletivo organizado pelos alunos ao final de cada turma dos cursos do REDE SAMPA.

Essa produção referente à caracterização do território e a relação dos trabalhadores com seu contexto e sua prática, teve como base a ideia de ouvir a voz do trabalhador da rede e eu, neste percurso, considero explorar se essas experiências/produções dos trabalhadores/alunos podem ser entendidas como espaço de acolhimento, de reflexão e de aprendizado “pela função de partilha de experiências, de reconstrução de identidade, de comunidade, de tradição, mesmo que temporariamente.” (GALVÃO, 2005, p.330.)

Uma das inovações referentes à construção deste texto coletivo deu-se a partir da proposta do setor de Educação à Distância (EaD/EMS) de utilização de um recurso da plataforma Moodle®, a *Wiki*³. Esta ferramenta permite que pessoas trabalhem de forma colaborativa, sem a necessidade de conhecimentos avançados na web, de forma que

² De modo a diferenciar a estratégia “narrativa coletiva” em estudo neste trabalho, será grafado em itálico.

³ <https://ae4.tidia-ae.usp.br/portal/help/TOCDisplay/content.hlp?docId=oqaeaferramentawiki>

participantes de um curso ou de um projeto possam produzir coletivamente documentos, textos, assim como compartilhem informações e criarem materiais *on-line* dentro de um *site*. Havia naquele momento de planejamento dos cursos uma intenção da EMS de que os profissionais da rede tivessem contato e pudessem se apropriar da linguagem desta modalidade de ensino.

As *Narrativas Coletivas* inserem-se dentro do projeto, primeiramente no eixo denominado *Qualificação da Rede de Atenção*, que foi estruturado com cursos de curta duração, de carga horária total de 60 horas, divididas em encontros presenciais com 32 horas, atividades de apoio à distância na plataforma Moodle®, com 16 horas, e o trabalho final na forma de um texto colaborativo, batizado de *Narrativa Coletiva*, com 12 horas.

A escolha pela narrativa dentro da educação profissional em saúde está associada à perspectiva de utilização de diferentes metodologias de ensino-aprendizagem, outros modos de ensinar saúde, tendo em vista não apenas mudanças na formação dos profissionais de saúde, trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), mas principalmente como estratégia de construção de um pensamento crítico.

Cunha (1997) nos conta que, para Connelly e Cladinin, a narrativa é o estudo das diferentes maneiras como o homem experimenta o mundo, a forma como as pessoas se reconhecem seres portadores e contadores de histórias. Rompendo com a perspectiva de que as narrativas são relatos fiéis e fidedignos da realidade, constituem-se em representações individuais e particulares, repletas de significados. Para os autores,

a razão principal do uso das narrativas na pesquisa em educação é que os seres humanos são organismos contadores de histórias, organismos que individual e socialmente vivem vidas contadas... por isso, o estudo das narrativas são o estudo da forma como os sujeitos experimentam o mundo.” (CONNELLY; CLADININ apud CUNHA, 1997, v. 23, n. 1-2)

Na construção do Projeto, para os coordenadores em suas intenções, a *Narrativa Coletiva* foi introduzida como estratégia metodológica por duas razões distintas. A primeira, como uma aposta de sua posterior utilização pelos gestores dos serviços, justamente por seu caráter documental, tal qual um instrumento de gestão, por configurar-se um “retrato” daquele território naquele momento, a narrativa poderia servir como estratégia para embasar o planejamento de ações, através da articulação de seus trabalhadores e seus saberes a respeito do território.

A segunda razão caracterizou-se como oferta de reconhecimento através da sistematização das experiências vivenciais em *Narrativas Coletivas* e sua posterior

publicação em Cadernos Temáticos⁴, entendendo que a valorização do saber de cada profissional, a reverberação das experiências pela amplificação das vozes é uma forma de potencializar a participação de todos.

O meu trabalho narrativo inicia-se agora, em forma escrita, e insere-se dentro da temática da produção de narrativas como estratégia de formação em saúde, sua potência transformadora na perspectiva do desenvolvimento de um pensamento crítico. Foram inúmeras narrativas que encontrei pela frente nesta jornada de ensino, aprendizagem e autoconhecimento.

Encontrei a voz de autores por meio de suas obras escritas, escutei o som da voz de cada docente e coordenador entrevistado contando de sua experiência, ouvi as vozes de trabalhadores tendo a oportunidade de refletir sobre a sua vivência dentro do REDE SAMPA. São vozes por todos os lados que buscam um jeito de se acomodar e de fazer parte da composição, neste jogo de quebra-cabeças, onde a narrativa como metodologia na educação em saúde é a parte onde habita o coração.

Para tanto, o objetivo desse trabalho é analisar a utilização da narrativa como estratégia na formação de trabalhadores em saúde, na Educação Profissional em Saúde a partir dos cursos oferecidos pelo EMS, especificamente os cursos do Projeto “REDE SAMPA – Saúde Mental Paulistana” que vem sendo desenvolvido no município de São Paulo desde 2013. Busca-se compreender se a narrativa produzida pode constituir-se como tecnologia para a construção de um pensamento crítico, e em que medida a narrativa pode constituir-se como um dispositivo de transformação da prática.

No Capítulo 1, farei uma contextualização do cenário no qual o Projeto REDE SAMPA está inserido, partindo de uma breve descrição do município de São Paulo, a organização de seu sistema de saúde, como historicamente se deu a chegada do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade, na medida em que ficamos à parte do sistema até meados de 2004, até chegarmos à Escola Municipal de Saúde, local onde são pensadas e articuladas as ações de Educação Permanente na área da Saúde e a sua relação com a Escola Técnica do SUS. Seguiremos em frente contando a história do Projeto REDE SAMPA, não sem antes contextualizá-lo na lógica da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial para pensarmos os alinhamentos desta ação educativa aos princípios da Reforma.

⁴ Os Cadernos Temáticos reúnem as *Narrativas Coletivas* de todas as turmas referentes a cada uma das 04 áreas temáticas (Infância, Adulto e Crise, Álcool e outras drogas e Redes) e dentro delas de cada curso ofertado pelo projeto, permitindo ao leitor uma visão abrangente das diferentes experiências nas diversas regiões da cidade.

No Capítulo 2, dedicar-me-ei a falar a respeito da Narrativa ferramenta de ensino, sua definição e as formas como tem sido compreendida e utilizada por diferentes pesquisadores. Sua relação com a memória e a experiência.

No Capítulo 3, descreverei a abordagem metodológica utilizada, os autores que embasaram esta trajetória e os instrumentos utilizados na coleta de dados.

No Capítulo 4, analisarei os dados encontrados no campo, a construção coletiva do projeto e a relação desta com a produção da *Narrativa Coletiva* pelos alunos.

Nas considerações finais, apontaremos para as questões relativas à utilização da estratégia e sua relevância para o processo de ensino-aprendizagem no projeto REDE SAMPA.

1. CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZANDO O REDE SAMPA

A formação em saúde, conforme compreendemos nesta dissertação, pretende articular a diversidade dos processos formativos à prática cotidiana, ao mesmo tempo a que disponibiliza ao trabalhador instrumentos voltados ao atendimento das necessidades de saúde da população, priorizando a consolidação do SUS e seus princípios fundamentais – universalidade, integralidade, igualdade e participação social. Tal formação objetiva ainda a reflexão sobre as práticas de cuidado a partir da qualificação dos profissionais do SUS, da promoção da gestão do trabalho, tendo como horizonte a necessária luta pela desprecarização dos vínculos de trabalho na Saúde.

Para Pinheiro e Ceccim (2011) a formação em saúde traz consigo a possibilidade de produção de saberes nas práticas de ensino, que se efetiva entre a educação da saúde e trabalho em saúde, sempre orientadas pela integralidade aqui entendida como “pensamento em ação, um processo de construção que envolve a si mesmo, o outro e os entornos; envolve os conhecimentos formais e as sensações e considera a produção e a transformação de saberes e práticas um campo de forças históricas.” (p. 14)

Segundo os autores, essa forma de entender a prática possibilita que se entre em contato com as invenções do cotidiano, a partir da perspectiva de uma *teoria viva* que “reflita, desde a sua própria constituição, a experiência concreta da vida que lhe dá origem e da vida que vai originar” (ibid., p. 14). Para Abrahão e Merhy (2014, p. 314), este campo “vem sendo desenhado e recortado por iniciativas de ordem prática, política e pedagógica que traçam diferentes formas e modos de como se ensina e se aprende a ser profissional.”

Porém, anterior às escolhas e métodos, faz-se necessário começar, para que o leitor possa compreender o cenário no qual o projeto está inserido, uma contextualização composta de uma breve descrição do município de São Paulo, a organização de seu sistema de saúde, tendo como base o atual Plano Municipal de Saúde (PMS) e os Relatórios de Gestão (RAG), assim como historicamente se deu a chegada do SUS na cidade.

1.1 A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo foi criada pelo Decreto-lei nº 430 de 08 de julho de 1947 e sofreu alterações em decorrência de leis⁵ e de decretos⁶ até se estabelecer com a estrutura organizacional consolidada nos termos do decreto nº 32.773 de 10 de dezembro de 1992.

O município de São Paulo, capital do Estado de São Paulo, é a cidade com o maior número de habitantes do país, do continente americano e de todo hemisfério sul, com população projetada para 2018 de 11.753.659 habitantes⁷, com densidade demográfica de 7.727 hab./km², pertencendo à Região Metropolitana de São Paulo que, com 39 municípios, forma a 4ª maior aglomeração urbana do mundo, com uma população estimada de 20 milhões de habitantes. Esta cidade potência “que não pode parar”, com vocação de megalópole, por mais que apresente expressivo desenvolvimento socioeconômico, mantém, ao longo dos anos, um nível de desigualdade social que se reflete diretamente nos indicadores de saúde.

O município de São Paulo constituiu-se como Região de Saúde São Paulo, a RRAS 06 do Estado de São Paulo⁸. Segundo o Ministério da Saúde, as RRAS

caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo como centro de comunicação a Atenção Primária à Saúde (APS). São arranjos organizativos e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam a integralidade do cuidado. (MS, 2010 – Portaria 4.279 de 30-12-2010)

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é um instrumento básico de planejamento do SUS. Apresenta elementos fundamentais para acompanhamento e avaliação das iniciativas quadriennais indicadas no Plano Municipal de Saúde de São Paulo (PMS) e anualmente operacionalizadas pela Programação Anual de Saúde (PAS), sob responsabilidade deste município, com o intuito de alcançar os objetivos propostos, atendendo determinação da Lei

⁵ Leis nº 5.869 de 27 de novembro de 1961; nº 7.932 de 22 de agosto de 1973; nº 8.764 de 18 de agosto de 1978; nº 9.268 de 26 de junho de 1981.

⁶ Decretos nº 27.724 de 06 de abril de 1989; nº 27.903 de 25 de julho de 1989; nº 30.371 de 14 de outubro de 1991.

⁷ Dados Fundação SEADE – Projeção de população residente em 01/07/2018. Os dados de projeção populacional estão disponíveis, estratificados por sexo e faixa etária (de 5 em 5 anos até os 75 e mais) e com opções de agrupamento por Distrito Administrativo, Prefeitura Regional, Supervisão Técnica de Saúde e Coordenadoria Regional de Saúde no TABNET da SMS no Portal da Prefeitura de São Paulo: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm3.exe?secretarias/saude/TABNET/POP/pop.def>.

⁸ Resolução nº 01 do Gabinete do Ministro da Saúde de Setembro de 2011, que estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do SUS.

Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que, em seu Artigo 36⁹ regulamenta a obrigatoriedade de tal procedimento, visando à transparência do processo.

De acordo com o RAG de 2017, a estrutura do sistema de saúde da cidade priorizou o planejamento e a organização dos serviços por meio da RRAS, no intuito de garantir uma atenção contínua, integral, responsável e humanizada, e para isso tem diversificado os tipos de equipamentos que compõem a rede de serviços de saúde. Atualmente conta com o total de 947 estabelecimentos, sendo 453 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 19 Hospitais Gerais ou Especializados. O município apresenta 62,6% de cobertura da Atenção Básica e 36,1% de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo que 42,2% da população acima de 12 anos tem cobertura de planos de saúde médicos ou odontológicos.¹⁰

Atualmente 25% dos equipamentos da rede conta com administração direta, ou seja, funcionários efetivos da SMS que ingressaram por meio de concurso público, e 75% da rede de serviços é administrada por Organizações Sociais (OSS), que tem trabalhadores celetistas. Conforme consta no relatório, em relação aos profissionais SUS Ativos que atuam nos serviços sob gestão do município, seja sob qualquer tipo de vínculo, a SMS adota

uma política de desprecarização do trabalho mantendo a proporção de 100% dos profissionais SUS com vínculos protegidos, promovendo a fixação e investindo em qualificação por meio de capacitações nas diferentes frentes de formação, aulas presenciais, EAD, encontros, seminários e outros. (RAG/SMS, 2017)

Segundo os dados do Sistema de Informação de Recursos Humanos da SMS (SISRH) de Maio de 2017, o número total de funcionários na Secretaria Municipal de Saúde é de 79.918 sendo que 15% estão nas Autarquias Hospitalares, 25,5% são Servidores Públicos Municipais, 3,4% é de Servidores Estaduais e Federais, 0,3% do Programa Mais Médicos e 55,8% são funcionários de Organizações Sociais.

A SMS tem a sua organização regionalizada, administrativamente dividida em seis territórios marcadamente desiguais, as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), que, por sua vez, se subdividem em 27 Supervisões Técnicas de Saúde (STS). Em sua organização administrativa, as CRS possuem unidades/áreas temáticas que reproduzem a divisão da SMS, de modo a coordenarem as diretrizes em seus territórios. Esta divisão organizacional e territorial foi pensada dentro da perspectiva da territorialização em saúde, que segundo GONDIM E MONKEN (2009) pauta-se “pelo pacto federativo e por instrumentos

⁹“§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público”.

¹⁰ ISA Capital 2015

normativos, que asseguram os princípios e as diretrizes do Sistema de Saúde definidos pela Constituição Federal de 1988.”

Os autores citando Teixeira et al. (1998):

A territorialização em saúde se coloca como uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, desenhando novas configurações loco-regional, baseando-se no reconhecimento e esquadramento do território segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situações de saúde e acesso às ações e serviços de saúde.

Para um município com o tamanho e complexidade de São Paulo, essa foi a forma encontrada para preservar a coerência das políticas de saúde, porém é preciso encarar o risco de que eventuais especificidades regionais sejam subestimadas. Há uma diferença sutil, mas com enormes desdobramentos quando o território comparece como o “reduto da carência” e quando é ele que pode dar os melhores subsídios para a sustentabilidade e a riqueza do cuidado.

Figura 1 – Divisão Administrativa da Secretária Municipal de Saúde por Coordenadorias Regionais de Saúde e Prefeituras Regionais, 2015.



Oferecer uma rede de cuidados que se teça a partir de recursos – formais e informais – e de relações estabelecidas nos territórios, permite uma alteração importante do lugar social, e favorece os processos formativos com foco na aprendizagem significativa e nos contextos de vida do cotidiano (GONDIM; MONKEM, 2008).

As CRS e STS são divididas conforme a tabela:

Coordenadoria Regional de Saúde	Subprefeitura	Supervisão Técnica de Saúde	Número de Habitantes	Número de equipamentos de saúde	Número de equipamentos de saúde mental
Centro	8 distritos	Sé Santa Cecília	453.135 habitantes	36	4 CAPS
					4 Outros ¹¹
Leste	17 distritos	Cidade Tiradentes Ermelino Matarazzo Guaianazes Itaim Paulista Itaquera São Mateus São Miguel Paulista	2.467.749 habitantes	225	19 CAPS
					18 Outros
Oeste	15 distritos	Butantã Lapa-Pinheiros	1.063.709 habitantes	66	8 CAPS
					10 Outros
Norte	18 distritos	Casa Verde-Cachoeirinha Freguesia do Ó-Brasilândia Pirituba Perus Santana-Jaçanã Vila Maria-Vila Guilherme	2.283.752 habitantes	185	15 CAPS
					21 Outros
Sudeste	23 distritos	Ipiranga Mooca-Aricanduva Penha Vila Mariana- Jabaquara Vila Prudente- Sapopemba	2.695.921 habitantes	210	20 CAPS
					20 Outros
Sul	18 distritos	Campo Limpo Capela do Socorro M'Boi Mirim Parelheiros Santo Amaro-Cidade Ademar	2.731.822 habitantes	225	17 CAPS
					18 Outros

¹¹ Centro de Convivência e Cooperativa; Residência Terapêutica; Unidade de Acolhimento; Unidade de Acolhimento Infantojuvenil; Unidade de Apoio.

1.2 OS PREFEITOS DE SÃO PAULO E O SUS

No período da gestão Luiza Erundina¹² (1989-1992), com a Constituição Federal recém promulgada, iniciaram-se em São Paulo as tratativas e as negociações de como se daria a organização do SUS entre o Estado e o Município, ou seja, quem seria o gestor da Rede de Serviços de Saúde. A municipalização, como o próprio nome indica, vem para descentralizar as ações do sistema de saúde, transformando a SMS em gestor local do SUS. Segundo Junqueira (2002, p. 31), esse processo foi bastante dificultado à ocasião devido às Secretarias de Estado, que temiam a perda de poder político, e ao Governo Federal, que não se empenhou devidamente a favor dos municípios, provocando uma lentidão no processo. Ao final da gestão, após muitos conflitos, 50 UBS passaram para a gestão do município.

Ao iniciar o mandato, Erundina encontrou uma rede de serviços desarticulada, com falta de recursos humanos e financeiros, ausência total de uma pauta democrática nos serviços e uma hierarquia bem definida entre a Superintendência Médico-hospitalar de Urgência responsável pelos prontos-socorros e hospitais, e os Postos de Atendimento Médico (PAM), evidenciando o modelo de atenção que era oferecido na cidade naquele momento. O SUS estava estruturado no papel, era uma ideia apenas. Na administração municipal, a frente democrático-popular foi fator preponderante para que as mudanças se efetivassem.

As ações desenvolvidas neste momento histórico da saúde na cidade marcam uma reconfiguração e um investimento que não foram superados pelas gestões que a sucederam. Desde maior aporte financeiro, autorização para realização de concursos públicos para outras categorias visando a uma ampliação da assistência, integração de todos os serviços, ambulatoriais e hospitalares, em um sistema único, inicialmente dividido em regiões e depois subdividido em distritos. Tanto a regionalização como a transformação em distritos foram maneiras encontradas para dar conta da complexidade da cidade, “de tornar as ações do sistema adequadas às necessidades de saúde da população e de democratizar a gestão” (id., p.31) com a instituição do Conselho Municipal de Saúde e os conselhos gestores locais. Mediante decreto, a cidade foi dividida em 10 Regiões de Saúde e em 32 Distritos de Saúde, dos quais a maioria era unidade orçamentária.

Concomitantemente à divisão em distritos, o conceito de territorialização foi lentamente sendo introduzido aos trabalhadores e serviços, trazendo com ele a inovação de

¹² Partido dos Trabalhadores (PT).

um trabalho que objetiva “o reconhecimento das condições de vida e a saúde da população da área de abrangência de cada unidade de saúde, assim como a vinculação das equipes multiprofissionais à população” (id., p.38). É interessante observar que a dificuldade da absorção de novas práticas pelos trabalhadores é descrita pela autora na forma de resistência e “críticas até mesmo do órgão formador da SMS, o Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde (CEFOR) [...] que apostava, de forma quase excludente, em outros caminhos.” (ibid.)

Entre os anos de 1993 e 1996, esteve à frente da Prefeitura do município a gestão Paulo Salim Maluf¹³, uma mudança que não trouxe benefícios para a cidade em termos de estruturação da saúde, na qual os serviços retornam ao funcionamento em modelo centrado na assistência médica, e a rede municipal de serviços sendo desmantelada (JUNQUEIRA, 2002, p.41). Em 1996, último ano de seu mandato, foi implantado o Plano de Atendimento à Saúde (PAS)¹⁴, que recortou o município em módulos assistenciais a serem administrados por cooperativas privadas. Houve primeiramente uma tentativa de implantar o projeto através de decreto, mas, ao falhar, o prefeito lançou mão da bancada malufista na Câmara Municipal, que era maioria na ocasião, e saiu vitorioso.

A violência com que o projeto foi implantado atacou em primeiro lugar os trabalhadores da Secretaria da Saúde. A lei permitia que os funcionários públicos pedissem licença sem vencimento, sem perda do cargo e das vantagens, para poderem filiar-se a uma das Cooperativas que tomaram conta da cidade, recebendo um salário substancialmente maior do que recebiam como servidores públicos, fazendo a mesma função.

Segundo o autor, cerca de 28 mil servidores públicos negaram-se a participar e foram transferidos para outras Secretarias como a da Educação, Verde e Meio Ambiente, Assistência Social e Esportes. De fato, os trabalhadores foram para onde foram acolhidos, já que a gestão simplesmente os deixou “livres” para resolverem suas vidas funcionais, ou seja, eles foram de porta em porta buscar um lugar para ficar. Nesse primeiro momento do desmonte, há relatos de equipes inteiras de unidades de saúde que foram para outra Secretaria sem qualquer função definida, enfrentando desvio de função ou pior, um completo abandono por parte da administração pública. Uma ruptura sem precedentes. Alguns poucos serviços, como o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), o Centro de

¹³ Partido Democrático Social (PDS) até 1993; Partido Progressista Reformador (PPR) de 1993 à 1995; Partido Progressista Brasileiro (PPB), após 1995.

¹⁴ Lei Municipal no 11.866 de 13 de setembro de 1995.

Referência e Treinamento DST/AIDS, o Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM) e o CEFOR continuaram sob gestão municipal.

Desta forma, na gestão Maluf, e na de seu sucessor eleito pelo mesmo partido, Celso Pitta (1997-2000)¹⁵, entre anos de 1996 a 2000, 100% das unidades assistenciais da saúde foram privatizadas, passando para cooperativas médicas com total autonomia, ficando o município de São Paulo completamente afastado das políticas do SUS. Se por um lado o atendimento prestado à população parecia ser de melhor qualidade, ele era totalmente realizado dentro de uma lógica médico centrada, individualizado, na contramão das ações de promoção e prevenção, inclusive abandonando programas relacionados à AIDS e à Saúde Mental. O PAS, por fim, não conseguiu sustentar-se devido ao alto custo, falta de controle dos gastos pela Secretaria da Saúde, o que gerou um “quadro de corrupção sem precedentes” (JUNQUEIRA, 2002, p.44) e os altos índices de desaprovação dos usuários, que reclamavam da ineficiência dos serviços.

Passado este período, entre 2001 e 2004 a gestão municipal ficou a cargo de Marta Teresa Smith de Vasconcellos Suplicy¹⁶, que logo ao início do mandato trouxe a público a complexa situação em relação aos danos causados pela gestão anterior, tratando de assuntos como a municipalização, com assunção da gestão plena da atenção básica, de transição do PAS para a reunificação das três redes da SMS, de distritalização, de implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), de modernização da gestão hospitalar, articulação metropolitana de saúde, participação social e respeito ao poder legislativo.

Para Junqueira (2002), SMS tinha nas mãos problemas enormes relacionados principalmente a recursos humanos. 1) O falecido PAS com seus 17 mil funcionários, 5 mil deles servidores municipais e os demais 12 mil cooperados em situação irregular, além de 10 mil servidores municipais “exilados” em outras secretarias que precisariam retornar a seu lugar de origem. 2) O sucateamento dos equipamentos próprios. 3) A desarticulação da rede de atendimento. 4) A desintegração das instâncias municipal-estadual-federal em um “estágio pré-SUS, pré-Constituição de 1988”. Ou seja, frente ao quadro caótico se constata que o município perdeu 8 anos de trabalho em relação ao resto do país, mas é nesta gestão que efetivamente o município ingressava no SUS.

Os primeiros passos dados pela Prefeita Luiza Erundina (1989-1992) foram bruscamente interrompidos por duas gestões extremamente reacionárias que tentaram uma experiência de privatização selvagem que destruiu a rede municipal de saúde (uma poderosa rede com mais de quarenta mil trabalhadores de saúde) e

¹⁵ Partido Progressista Brasileiro (PPB)

¹⁶ Partido dos Trabalhadores (PT)

que acabou se tornando um caso de polícia pelos seus desmandos e irregularidades administrativas e financeiras. (ALVES SOBRINHO, 2003, p. 209)

É no ano de 2004 que a prefeita Marta Suplicy, por um Decreto¹⁷, implanta definitivamente o Sistema de Saúde como vem sendo até os dias de hoje na cidade, levando em consideração a descentralização político-administrativa do município, através das Subprefeituras e Coordenadorias Regionais de Saúde.

1.3 ESCOLA MUNICIPAL DE SAÚDE: UMA HISTÓRIA FEITA DE NOMES E DECRETOS

A Escola Municipal de Saúde (EMS), denominada no período de 05 de Setembro de 2017 a 24 de Janeiro de 2019 de Centro de Desenvolvimento, Ensino e Pesquisa em Saúde (CEDEPS), foi fundada no ano de 1990 durante a gestão Luiza Erundina, com a denominação de Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde (CEFOR), através do Decreto Municipal nº 28.625 de 31 de Março de 1990.

Contar essa história de quase 40 anos é percorrer uma estrada que corre paralela ao movimento da Reforma Sanitária. A criação dos centros formadores estava diretamente vinculada à necessidade de formação e de qualificação profissional dos profissionais da saúde que não tinham, até aquele momento, uma política pública que fosse nessa direção. Os trabalhadores da saúde, além de uma baixa escolaridade, trabalhavam de forma precária e com pouquíssimo treinamento.

Nos agitados e efervescentes anos 70 e 80, período de abertura cultural, social e política, o país atravessava um processo de redemocratização após anos de governo militar e, dentre outros eventos que se dão neste momento, surge o Movimento da Reforma Sanitária, que propõe um novo olhar para as questões da Saúde Pública. Em Outubro de 1988, a Assembleia Nacional Constituinte promulga a Constituição da República Federativa do Brasil. No Título VIII, Capítulo II, Seção II, que trata - Da Saúde, em seu artigo 200, que versa sobre as atribuições previstas no SUS, encontra-se no artigo III “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” que visa a comprometer o Estado com a prestação de serviço para a população, como também pretende garantir que haja mão de obra qualificada para realizá-lo.

A estruturação do SUS foi regulamentada pelas Leis nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

¹⁷ Decreto nº 45.037 de 20 de julho de 2004, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo.

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e pela Lei nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, definindo a estruturação de um sistema ancorado nas noções de Universalidade, Igualdade e Integralidade.

Desta forma, neste momento propício de abertura política, a partir de uma confluência de forças que colocava naquele momento histórico o município de São Paulo alinhado política e conceitualmente com a estruturação de um sistema de saúde, em uma gestão que entendia a importância e necessidade de ofertar formação aos trabalhadores, favoreceu a pronta criação, também no ano de 1990, de um centro formativo cuja finalidade estava centralizada na figura do trabalhador, o Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde (CEFOR).

O CEFOR foi criado na estrutura organizacional da Secretaria Municipal da Saúde, vinculado ao seu Centro de Recursos Humanos e sempre esteve voltado a seus trabalhadores, tendo como missão formar e aprimorar trabalhadores da saúde na direção do desenvolvimento destes, tendo como objetivo último a melhora da qualidade do serviço prestado ao cidadão usuário através de:

- I. Qualificação profissional, a nível de 1º e 2º Graus, utilizando-se de cursos regulares e supletivos;
- II. Especialização e aprimoramento, através de cursos e outras atividades de formação permanente;
- III. Produção e difusão de materiais de apoio às ações de desenvolvimento de recursos humanos na área da Saúde.

Parágrafo único: O conjunto das atividades do CEFOR destinam-se, prioritariamente, aos trabalhadores da Secretaria Municipal da Saúde.

Quando de sua inauguração, evidenciando uma época profícua, generosa e construtiva, o Secretário da Educação do município de São Paulo era o educador Paulo Freire que, como grande incentivador do projeto, providenciou a cessão do prédio onde se instalaria a escola, da Secretaria da Educação para a Secretaria da Saúde.

Alinhada com os fundamentos de Paulo Freire e os princípios da Reforma Sanitária, o CEFOR de São Paulo foi “sonhado” de forma bastante inovadora e avançada, buscando pelas suas ações converter em realidade a educação dos profissionais das áreas de Enfermagem, Farmácia e Odontologia.

No ano 2000, foi criado pela Portaria nº 1.298 do Ministério da Saúde, em 28 de novembro, a Rede de Escolas Técnicas do SUS – RET-SUS com o intuito de facilitar a articulação entre as ETSUS e fortalecer a Educação Profissional em Saúde.

Em 2002, no governo da prefeita Marta Suplicy, o Decreto nº 42.120/02 de 19 de junho reestrutura o CEFOR. O Núcleo de Formação, departamento do CEFOR responsável pelo Projeto Larga Escala e pela formação dos trabalhadores de nível médio e fundamental, na ocasião envolvido com o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), ganha autonomia e passa a ser denominado Escola Técnica do Sistema Único de Saúde de São Paulo (ETSUS/SP). Ganhando status de Escola Técnica e vinculada oficialmente à RETSUS, nunca efetivamente conseguiu criar corpo técnico próprio, seguindo como um setor que ganhou status de projeto ainda inserido em uma nave-mãe com quem nunca conseguiu estabelecer relações realmente amistosas.

A ETSUS/SP é vinculada à Divisão de Educação da EMS, tendo por finalidade oferecer capacitação e formação dentro do escopo da Educação Profissional aos trabalhadores que estão inseridos na Rede.

Devido à dimensão territorial da cidade de São Paulo, 1.521,11 km², foram criadas 06 (seis) ETSUS descentralizadas, ligadas pedagogicamente à ETSUS sede, porém vinculadas administrativamente às CRS onde estão instaladas. Neste período, as Escolas trabalharam com as habilitações profissionais técnicas de Enfermagem, Farmácia, Higiene Bucal e Imobilizações Ortopédicas.

Em 2008, é inaugurada a Rede São Paulo Saudável com três canais de TV – Canal Cidadão, Canal Profissional e Canal Interativo – com vistas a facilitar e contribuir para a formação profissional dos trabalhadores do SUS.

Em 2009, foi criado, no CEFOR, o Setor de Educação à Distância buscando promover qualificação, formação e atualização por meio do meio do Ambiente Virtual de Aprendizagem – Moodle®.

No ano de 2011, na gestão do Prefeito Gilberto Kassab (31 de março de 2006-2012)¹⁸, por meio do Decreto nº 52.514, de 25 de julho, o CEFOR sofre mudanças na sua estrutura e nas suas atribuições, e com elas vem o novo nome Escola Municipal de Saúde (EMS), cujas finalidades estão descritas em seu artigo 2º:

- I. Promover a formação, o desenvolvimento e o aprimoramento profissional dos servidores públicos, dos trabalhadores das organizações

¹⁸ Partido da Frente Liberal (PFL) até 2007; Democratas (DEM) de 2007 à 2011; Partido Social Democrático (PSD) após 2011.

parceiras e dos membros dos conselhos gestores, vinculados às unidades de saúde, da Secretaria Municipal da Saúde, por meio do planejamento, desenvolvimento e execução de programas de educação profissional em saúde;

- II. Preparar o profissional da saúde para seu melhor desempenho e aprimoramento profissional;
- III. Contribuir para a qualidade da gestão do Sistema Único de Saúde no âmbito da Prefeitura Municipal de São Paulo.

Entendendo a educação profissional em saúde, como é definida para fins do decreto em seu artigo 3º, a formação inicial ou continuada, a formação técnica de nível médio e a formação tecnológica de pós-graduação, nos seguintes moldes:

- I. Cursos e programas de formação inicial e continuada, incluídos os de capacitação, aperfeiçoamento e atualização, em todos os níveis de escolaridade;
- II. Cursos e programas de educação profissional técnica de nível médio, organizados de acordo com as diretrizes curriculares nacionais e autorizados pelo Conselho Municipal de educação;
- III. Cursos de educação profissional tecnológica de pós-graduação, organizados de acordo com as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação.

A nova regulamentação pretendia, na ocasião, a consolidação da EMS como centro de referência na construção de conhecimento de políticas de saúde, de capacitação e formação dos servidores, trabalhadores e conselheiros municipais, tendo como diretriz a construção e o desenvolvimento de projetos institucionais de educação permanente com conteúdos, metodologias e estratégias que respondam às necessidades dos trabalhadores, à demanda dos serviços e que resultem na melhoria das condições de saúde da população.

Nos últimos dias da gestão do Prefeito Fernando Haddad (2013-2016)¹⁹, em 16 de dezembro, é publicado o Decreto nº 57.538/16, que dispõe sobre a reorganização da SMS, bem como altera a denominação e a lotação dos cargos de provimento em comissão que especifica. Em seu artigo 5º altera o nome da EMS, agora com status de Coordenadoria, para

¹⁹ Partido dos Trabalhadores (PT)

Coordenadoria de Educação em Saúde e Gestão do Conhecimento (CESGEC). No artigo 13º estabelece o novo organograma do CESGEC:

- I. Gabinete do Coordenador;
- II. Escola Municipal de Saúde Pública, com:
 - a. Divisão de Projetos Educacionais;
 - b. Escola Técnica do Sistema Único de Saúde – São Paulo/ETSUS-SP;
 - c. Divisão de Gestão Escolar e Informação;
- III. Divisão de Integração Ensino-Serviço;
- IV. Divisão de Gestão do Conhecimento e Tecnologias Educacionais.

Em seu artigo 39º descreve as novas atribuições da recém-criada Coordenadoria:

- I. Promover a formação e o desenvolvimento dos servidores públicos, dos trabalhadores das organizações parceiras, dos membros dos conselhos de saúde, residentes e estagiários por meio de planejamento, desenvolvimento, execução, monitoramento e avaliação de programas de educação profissional, educação permanente em saúde e educação em saúde;
- II. Gerir a Política de Gestão do Conhecimento no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde;
- III. Definir a política municipal de educação em saúde;
- IV. Desenvolver ações educativas que contribuam para a transformação das práticas de saúde no campo da gestão, da atenção e do controle social no sentido da integralidade, da humanização e da responsabilização às necessidades de saúde da população;
- V. Formular, gerir e avaliar os processos de ensino em serviço, destinados aos trabalhadores do SUS e estudantes de ensino médio, graduação e pós-graduação;
- VI. Organizar ações de ensino-aprendizagem, de modo a desenvolver as dimensões técnica, ética, política e cognitiva;
- VII. Realizar ações administrativas e pedagógicas relativas à vida escolar dos participantes das atividades de ensino aprendizagem;
- VIII. Utilizar ferramentas da tecnologia de informação e de comunicação nos processos administrativos pedagógicos.

A grande mudança nessa transição foi a incorporação pela Escola dos programas de Residência Médica, de Residência Multiprofissional e de Preceptorial, a coordenação das

ações do Comitê Municipal dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)²⁰ e as ações de regulação e monitoramento dos estágios remunerados e não remunerados.

Não foi possível compreender em toda a sua magnitude quais eram efetivamente as mudanças na medida que este decreto foi revogado e substituído em 05 de Setembro, já na gestão do Prefeito João Dória Jr. (2017–06 de abril de 2018)²¹, pelo Decreto nº 57.587/17, que dispõe sobre a reorganização da SMS, altera a denominação e a lotação dos cargos de provimento em comissão que especifica, bem como transfere cargos de provimento em comissão entre órgãos e do Quadro Específico de Cargos de Provimento em Comissão.

Além de nova mudança de nome para Centro de Desenvolvimento, Ensino e Pesquisa em Saúde (CEDEPS), perde-se a condição independente de Coordenadoria, retornando a ocupar espaço dentro da hierarquia da Coordenadoria de Gestão de Pessoas - COGEP, como podemos ver no artigo 11º:

A Coordenadoria de Gestão de Pessoas – COGEP é integrada por:

- I. Divisão de Administração de Pessoal;
- II. Divisão de Planejamento de Pessoal;
- III. Divisão de Informações de Gestão de Pessoas;
- IV. Divisão de Gestão de Cargos;
- V. Divisão de Saúde do Trabalhador;
- VI. Centro de Desenvolvimento, Ensino e Pesquisa em Saúde – CEDEPS,

com:

- a. Divisão de Educação com a Escola Técnica do Sistema Único de Saúde – São Paulo/ETSUS-SP;
- b. Divisão de Ensino e Serviço;
- c. Divisão de Desenvolvimento de Carreiras.

O artigo 66º dispõe que o Centro de Desenvolvimento, Ensino e Pesquisa em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde e da Secretaria Municipal da Saúde, tem as seguintes atribuições:

- I. Implementar e conduzir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia de formação e aperfeiçoamento da SMS;
- II. Gerir a Política Municipal de Educação Permanente em saúde;

²⁰ O Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES) e suas diretrizes foram publicadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação por meio da Portaria Interministerial nº 1.127 de 06 de agosto de 2015.

²¹ Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

- III. Definir a Política de Gestão do Conhecimento, de acordo com as diretrizes estabelecidas na legislação vigente;
- IV. Coordenar a educação mediada por tecnologia;
- V. Propor e articular a política de formação e desenvolvimento para o SUS;
- VI. Estimular a promoção de eventos de cunho acadêmico visando à valorização das práticas coletivas em produção do conhecimento em Saúde;
- VII. Coordenar o sistema de monitoramento e avaliação de indicadores de resultados e desempenho dos processos educativos em saúde;
- VIII. Fomentar e apoiar, por meio de parcerias, a consolidação de grupos de pesquisa e investigação.

Artigo 67º: A Divisão de Educação tem as seguintes atribuições:

- I. Coordenar as ações da Escola Técnica do Sistema Único de Saúde - São Paulo/ETSUS-SP;
- II. Desenvolver e fomentar pesquisas nas áreas de educação e saúde;
- III. Construir as diretrizes e normas referentes à organização e funcionamento de programas, projetos, eventos e atividades técnico-científicas;
- IV. Coordenar e executar curso de pós-graduação, de nível técnico e programas de desenvolvimento profissional para servidores, trabalhadores e controle social;
- V. Gerir e disponibilizar serviços de Telessaúde aos profissionais das Redes de Atenção à Saúde no SUS.

Artigo 68º: A Escola Técnica do Sistema Único de Saúde - São Paulo/ETSUS-SP tem como atribuição a oferta de Educação Profissional em Saúde no âmbito do SUS, bem como a oferta de cursos de aperfeiçoamento e especialização e atualização profissional.

A Portaria nº 062/2019, de 24 de janeiro, na gestão do Prefeito Bruno Covas (06 de abril de 2018-atual)²², resolve em seu artigo 2º que fica alterada a denominação do Centro de Desenvolvimento, Ensino e Pesquisa em Saúde (CEDEPS) para Escola Municipal de Saúde (EMS). A mudança de nomenclatura significou também uma mudança na perspectiva de Educação em relação àquilo que a escola vinha construindo.

²² Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

Desde outubro de 2015, a Escola Municipal de Saúde em suas diversas denominações passou por cinco gestões diferentes, sob o comando de pessoas convidadas, que não eram funcionários de carreira. No período entre as diferentes gestões, a Escola foi conduzida por um grupo de funcionários que funcionava como “gabinete de crise”, sem qualquer papel decisório, o que dificultava enormemente a resolução de problemas. Este contexto afetou completamente as atividades da escola e, especialmente, o projeto que é objeto de nosso estudo, o Projeto REDE SAMPA.

1.3.1 História do Projeto REDE SAMPA

O Projeto “REDE SAMPA – Saúde Mental Paulistana” vem sendo desenvolvido no município de São Paulo desde 2013²³ a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS): Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) – Coordenação de Saúde Mental e Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTS)/Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS): Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Drogas e Coordenação de Gestão de Pessoas (CGP)/Escola Municipal de Saúde (EMS), tendo como objeto: “Promover a qualificação e a educação permanente dos profissionais da saúde do Sistema Único de Saúde, assim como promover a desprecarização dos vínculos de trabalho da saúde e a qualificação da gestão do trabalho, por meio de CURSO.”

Seus objetivos: qualificar os trabalhadores das Redes de Atenção para o cuidado em saúde mental com foco na manutenção dos vínculos sociais e familiares e na minimização do sofrimento psíquico; favorecer a integração e a articulação intersetorial dos diversos serviços na efetivação da Rede de Atenção Psicossocial no município de São Paulo; promover o cuidado em rede na busca da integralidade na atenção à saúde da população a partir da reorganização dos processos de trabalho.

Notícias de que uma verba destinada à formação para a área de saúde mental chegaria datam do final da gestão Gilberto Kassab, sendo efetivamente negociada no governo de transição, no período entre outubro e dezembro de 2013, após a vitória de Fernando Haddad nas eleições municipais. Aproveitando esse momento auspicioso em que um partido de esquerda voltava à administração do município e Alexandre Padilha, do

²³ A proposta nº 51344/2012 inicial foi cadastrada no SICONV em 29 de dezembro de 2012.

mesmo partido, estava no Ministério da Saúde, juntamente com o Secretário da Saúde José de Filippi Jr., foram abertas as conversações a respeito desta verba destinada à educação permanente.

Como o município não tinha qualquer projeto estruturado àquele momento, optou-se por utilizar um projeto que já estava sendo desenvolvido pelo MS, envolvendo três oficinas para capacitação dos trabalhadores da rede de atenção à saúde para o cuidado em saúde mental, a saber:

- Saúde Mental da Infância e Adolescência no âmbito da Rede de Atenção Básica e Psicossocial, destinada a 2000 profissionais de nível médio e com 80 horas de duração;
- Atenção às Situações de Crise em Saúde Mental, destinada a 2000 profissionais de nível médio e com 80 horas de duração;
- Atualização em saúde mental e trabalho em rede: demandas relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, destinada a 2000 profissionais de níveis médio e universitário e com 160 horas de duração;

Quando o convênio foi firmado, e efetivamente a verba para a realização foi recebida, a responsável pela EMS e a Coordenadora da Área Técnica de Saúde Mental/SMS foram a Brasília com o intuito de negociar um novo plano, ampliado, que viesse mais ao encontro das necessidades do município. A nova proposta considerava que a divisão do público participante das três oficinas por nível de formação profissional não atendia a interdisciplinaridade do trabalho desenvolvido pelas unidades da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)²⁴, nem mesmo as propostas de intervenção nos processos de trabalho da Educação Permanente.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde por meio da Política de Saúde Mental, em compromissos assumidos desde a Reforma Psiquiátrica, o cuidado territorial, a exclusão social e a falta de integralidade do cuidado são os norteadores que balizam a ruptura

²⁴ A RAPS está presente em diferentes eixos: 1) Atenção Básica: Unidade Básica de Saúde (UBS); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Consultório de Rua; Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência e Cultura, que no município de São Paulo é chamado de Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO). 2) Atenção Psicossocial Estratégica: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades. 3) Atenção de Urgência e Emergência: SAMU; Sala de Estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro. 4) Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento (UA); Serviço de Atenção em Regime Residencial. 5) 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. 6) Estratégias de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Programa de Volta para Casa (PVC). 7) Estratégias de Reabilitação Psicossocial: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários.

com o modelo manicomial, tendo na articulação das unidades de assistência das diversas Redes de Atenção, Psicossocial, Básica, Urgência e Emergência e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência a possibilidade de garantir a integralidade do atendimento. Com a implementação da Portaria nº 3.088, que instituiu a RAPS²⁵, que trata justamente da criação, da ampliação e da articulação de pontos de atenção à saúde de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso ou abuso de álcool e outras drogas, e as ações de Educação Permanente sendo fundamentais para que esta articulação ocorra, viu-se nesse momento uma excelente oportunidade para congregar as intenções e fazer acontecer. O novo pacto foi realizado entre a SMS/SP e SGTES/MS, modificando significativamente a proposta inicial, resultando na celebração do Convênio nº 779947/2012. O novo plano cadastrado sob este convênio faz alteração no quantitativo de profissionais qualificados, passando de 6.000 para 11.000 profissionais, e no número de ações previstas, passando de três oficinas inicialmente propostas para cerca de vinte ações.

O Projeto REDE SAMPA foi elaborado a partir de uma perspectiva inclusiva e colaborativa, de forma coletiva e ascendente, procurando ir ao encontro das necessidades dos trabalhadores, valorizando a circulação de um saber já existente e as especificidades dos territórios. Foi construído para todos os trabalhadores e gestores que compõem as diversas Redes de Atenção à Saúde, Psicossocial (RAPS), Urgência e Emergência (RUE) e Atenção Básica e Rede Hospitalar, abrangendo todos os níveis de formação (básico, médio e superior), visando ao fortalecimento dos espaços de discussão e reflexão, o compartilhamento das experiências, a aproximação de equipes e de serviços e a valorização dos recursos existentes nos territórios.

Para que esse espírito de coletividade efetivamente tomasse corpo, foi constituído um Grupo de Trabalho (GT) formado por interlocutores de Saúde Mental das CRS e diretoras das EMSR, que elaboraram um cronograma de ações de forma a realizar um diagnóstico, o mais amplo possível, das necessidades de capacitação relacionadas ao escopo do projeto. Em 03 oficinas iniciais em que foram convidados trabalhadores dos Recursos Humanos (RH)/Desenvolvimento de carreiras das diversas regiões e serviços, incluindo o Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM), Autarquia Hospitalar Municipal (AHM) responsável

²⁵ Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, MS

pela rede hospitalar e Serviço de Atenção Móvel à Urgência (SAMU), foi produzido um instrumental para o levantamento de necessidades percebidas pelos trabalhadores, que foi distribuído entre os meses de julho e setembro de 2013, posteriormente condensado em novembro do mesmo ano. A última capacitação em saúde mental havia acontecido há mais de 20 anos, então a expectativa em torno das dificuldades era grande para que se pudesse organizar o projeto de forma que contemplasse os trabalhadores.

A capilaridade da rede permitiu que esse formulário atingisse os trabalhadores dos serviços, em um caminho descendente, coordenadoria, supervisão de saúde, gerência dos equipamentos, trabalhadores. Com algumas variações de abordagem e estilo, os profissionais puderam discutir em reuniões de equipe quais eram seus interesses e devolveram os formulários preenchidos.

As etapas do trabalho desenvolvido pelo GT envolveram discussão dos temas a serem abordados ao longo do projeto, a partir do produto final da enquete feita com as diferentes regiões da cidade, formatação dos cursos de qualificação na modalidade semipresencial, a inclusão da proposta de elaboração de *Narrativa Coletiva* a ser desenvolvida pelo grupo de trabalhadores como registro da intersecção dos conceitos trabalhados com o território de atuação daquela turma. Finalizando, a produção do GT foi apresentada para Áreas Técnicas da Secretaria e Conselho Municipal de Saúde (ANEXO 1).

A partir deste ponto, com a aprovação de diferentes instâncias da SMS, o projeto REDE SAMPA foi estruturado em determinadas bases:

- elaboração dos conteúdos dos cursos a partir das necessidades apontadas no instrumental pelos trabalhadores;
- constituição das turmas de formação a partir de profissionais pertencentes à mesma STS, visando a fomentar discussões centradas no cotidiano do trabalho e em suas dificuldades e facilitar as articulações territoriais na instituição da rede;
- a elaboração das narrativas coletivas e sua posterior publicação em cadernos temáticos, para que os profissionais possam se reconhecer e conhecer as experiências dos diversos territórios;
- ser direcionado ao público multiprofissional, com turmas heterogêneas, inclusive contemplando trabalhadores de nível básico, médio e superior na mesma sala de aula;

- acolher profissionais de outros equipamentos/secretarias envolvidas no cuidado em rede no território, tais como Assistência Social, Educação, Defensoria Pública, Conselhos Tutelares, Abrigos, etc.;
- criação da identidade visual do projeto com o objetivo de criar linearidade e percepção de continuidade na execução das ações previstas.

O Projeto foi elaborado em torno de quatro áreas temáticas – Atenção à Saúde Mental da Infância e Adolescência; Atenção à Saúde Mental do Adulto e às Situações de Crise; Atenção à Saúde dos Usuários de Substâncias Psicoativas; e a implementação da Rede de Atenção Psicossocial – com cursos modulares, possibilitando aos participantes construir seu itinerário de aprendizagem nas áreas oferecidas. As ações planejadas incluem Especialização em Saúde Mental, Especialização Pós-Técnico em Saúde Mental, Seminários, Encontros, Rodas de Conversa e Cursos com cargas horárias e conteúdos diversos.

Dentro da categoria *Cursos de Qualificação Profissional*, com 15 cursos, as quatro áreas temáticas foram subdivididas em três módulos estruturados na modalidade semipresencial, sendo oito encontro semanais e atividades em Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), com a carga horária distribuída em 32 horas presenciais – 4 horas em 8 semanas; 16 horas em Ensino à Distância (EaD) na Plataforma Moodle® e 12 horas de Narrativa – Reflexões sobre a prática, na Plataforma Moodle®.

As áreas temáticas foram estruturadas da seguinte forma:

Atenção à Saúde Mental da Infância e Adolescência

- Atendimento Familiar;
- Vulnerabilidades e situações de risco psicossocial na Infância e Adolescência: abordagem e linhas de cuidado integral;
- Detecção precoce de Transtornos Graves na Infância e Adolescência e Medicalização.

Atenção à Saúde Mental do Adulto e às situações de Crise

- Manejo e conceituação ampliada de Crise em Saúde Mental;
- Psicopatologia, Psicofarmacologia e Medicalização;
- Atendimento e Manejo de Grupos.

Atenção à Saúde dos Usuários de Substâncias Psicoativas

- Histórico e Epidemiologia do uso de drogas: Da visão reducionista da doença à Política de Atenção à Saúde Mental, Álcool e outras Drogas;

- A Redução de Danos: conceituação, mitos e estratégias de ação no território e com população vulnerável;
- A Clínica das Dependências.

Rede de Atenção Psicossocial

- O SUS, a Reforma Psiquiátrica e os desafios para a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial;
- Matriciamento;
- Linhas de Cuidado Integral e Projeto Terapêutico Singular.

Outros cursos com temáticas transversais:

- Cartografia e Itinerários de Cidadania;
- Recursos terapêuticos e ferramentas para atendimento em oficinas;
- Economia Solidária e organização de redes de produção e comercialização.

A organização dos *Cursos de Qualificação Profissional* em áreas afins possibilitou o aprofundamento das temáticas escolhidas, porém foi pensada de forma a que os cursos pudessem ser frequentados sem pré-requisitos de aprendizagem, como módulos independentes, de forma a permitir que o trabalhador escolhesse os que fossem de seu interesse, sem necessariamente ficar restrito à sua área de atuação.

Esta maneira de elaboração curricular pretendia que houvesse uma circulação entre as áreas temáticas de forma a tentar romper com a segmentação por categorias que pré-estabelecem que cursos de assuntos relacionados à Infância são para os trabalhadores de CAPS Infantil; cursos de Crise, para trabalhadores de CAPS Adulto; cursos de Redução de Danos, para trabalhadores de CAPS Álcool e Drogas, pretendendo que, nos diversos pontos de atenção da rede, a discussão dos conteúdos abordados fosse fomentada por diferentes trabalhadores.

Dentro da proposta de construção coletiva do projeto, foram realizadas Rodas de Conversa entre cada Coordenador de área e os trabalhadores de cada uma das cinco CRS, visando a uma aproximação entre o conteúdo do curso e a realidade cotidiana dos profissionais, permitindo ajustes de rota, de forma a deixar o curso adaptado ao território onde ele aconteceria. Uma das forças propulsoras do projeto consiste na valorização das especificidades dos territórios e dos recursos que potencialmente fazem a diferença na qualificação das intervenções, em processo de “habitar um território” (KASTRUP apud GONDIM; MONKEM, 2008) de forma a penetrá-lo e a deixar-se penetrar, explorá-lo,

capturar e ser capturado por ele. Tomá-lo para si em relação de pertencimento, conhecê-lo desde dentro.

A dinâmica proposta para estes encontros envolvia uma apresentação do território, do número de habitantes, das características demográficas, culturais, econômicas e sociais, da rede de equipamentos de saúde e de recursos sociais existentes para que o coordenador pudesse se inteirar daquela região. Posteriormente, era apresentada aos profissionais uma proposta básica do curso com os seus objetivos, um “esqueleto” a ser preenchido e fortalecido a partir desses encontros. As Rodas tinham a clara intenção de ofertar um lugar de escuta aos trabalhadores, além de convocá-los a participarem dos cursos, instigando sua curiosidade.

A partir da coleta de todo o material pelas diferentes regiões, iniciou-se o processo de planejamento pedagógico e metodológico. Segundo Amarante (não publicado)²⁶ sua realização foi baseada em uma abordagem participativa e conscientizadora dos docentes contratados visando à interação, à cooperação e à articulação entre os temas propostos e a realidade de cada região da cidade.

As horas em EaD foram incluídas na proposta do Projeto prioritariamente como um estímulo para que os trabalhadores da rede tivessem contato com a ferramenta pela primeira vez, ou que, através das tarefas, pudessem melhorar suas habilidades nesta forma de ensino. Os cursos começaram em 2014 e, nesta época, muito pouco havia sido realizado em termos de educação à distância pela EMS. Desta forma, mais do que uma preocupação com o conteúdo do curso, a coordenação objetivava uma ampliação do número de trabalhadores com conhecimento da plataforma Moodle® e seus recursos.

A inclusão da ferramenta “Narrativa” no projeto vinha de encontro à ideia de construção de um relato que integrasse os conteúdos teóricos discutidos em sala de aula às práticas cotidianas dos profissionais em seus territórios de trabalho, de forma a articular esses aspectos em uma experiência coletiva, que viria a ser publicada em Cadernos Temáticos após a finalização dos cursos, assim como publicada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

Esse material era elaborado progressivamente, aula a aula, na plataforma Moodle®, através da ferramenta *Wiki* (Anexos: 4 a 13). A proposta relacionada à construção deste texto coletivo era que os profissionais pudessem fazer registros de suas experiências, reflexões, dúvidas que fossem surgindo no decorrer do percurso, a partir de temas discutidos ou de uma

²⁶ No final de 2017, foi elaborado pela equipe do projeto REDE SAMPA um documento das ações, com a finalidade de prestação de contas para o MS. Algumas informações neste texto foram retiradas deste material. COSTA, Christiane Mery; ABREU, Cláudia Regina de Moraes. Relatório de Atividades do Projeto REDE SAMPA – Saúde Mental Paulistana (2013-2017), 2017, 244 p.

pergunta disparadora incluída na atividade no ambiente virtual. Desta forma, a narrativa demanda que o trabalhador seja protagonista na construção de seu conhecimento, estimulando-o a sair de uma posição de passividade frente ao conhecimento e que se envolva com aquilo que está acontecendo no curso e nas atividades ao seu redor.

Tendo em mente a criação de espaços de convivência e de reflexão, a divisão de turmas por STS baseou-se no território, o que possibilitou aos trabalhadores que fazem parte dele estarem juntos na formação, em uma iniciativa que priorizou a consolidação das redes de atenção, propondo mudanças nas relações de poder entre os profissionais à medida que trouxe para dentro dos espaços de ensino a validação e a troca de saberes, apoiando-se em uma perspectiva de uma oferta de saberes para que, à medida que o estudante narra a sua trajetória de cuidado, possa seguir compreendendo a historicidade de seu trajeto.

O Projeto REDE SAMPA, no atual contexto de mudança política no município de São Paulo, pôde continuar suas atividades, já que contávamos com verba do ministério e um plano de trabalho estruturado. Porém, as mudanças de direção da EMS afetaram-no duramente.

1.4 CONTEXTO POLÍTICO, CULTURAL E SOCIAL DO PROJETO REDE SAMPA

1.4.1. O contexto da Educação Permanente

No início dos anos 2000, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)²⁷ a educação permanente ganha status de política com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)²⁸, e desta forma desvincula-se da ligação exclusiva com a educação profissional, passando a ser vista como “uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde.” (MS, 2003.)

Como apontado na PNEPS, Educação Permanente é o “conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e 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

²⁷ A SGTES é responsável por formular políticas públicas orientadoras da gestão, da formação e da qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil, promovendo integração entre a Saúde e Educação, fortalecendo as instituições formadoras de profissionais atuantes na área, buscando, para isso, integrar e aperfeiçoar a relação entre as gestões federal, estaduais e municipais do SUS.

²⁸ Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.

saúde.” (MS, 2007). A proposição de novas estratégias educativas permitem a valorização do saber advindo da prática, que passa a ser entendido como fonte de conhecimento, ocupando um lugar de destaque anteriormente designado apenas ao saber acadêmico, ao mesmo tempo a que a problematização do fazer, por meio da reflexão daqueles que realizam a tarefa, possibilita o reconhecimento desses atores como protagonistas da ação e construtores do conhecimento.

É uma grande diferença que acontece aqui! Os profissionais que, antes passivos, ocupavam as carteiras como polos receptores, nessa perspectiva ganham autonomia e passam a se perceber como alguém que também sabe e que tem o que oferecer. A relação antes unidirecional e hierárquica vira, aos poucos, uma via de mão dupla.

Assim como mudam as relações, mudam os lugares e os espaços destinados à atividade educativa, que sai dos bancos dos centros formativos, e, alargando-se, atinge o território e as unidades de saúde. Uma maneira de fazer saúde bastante democrática que pretende oferecer espaço para reflexão aos trabalhadores, visa a garantir a liberdade de pensar, de ser e de fazer, a propiciar condições que habilitem o trabalhador a ser um agente transformador em seu local de trabalho.

A ação democrática e o exercício da cidadania só podem ser ensinados a partir da prática por aqueles que ocupam um lugar de saber, fazendo valer a ideia de uma ação educativa que propicie a formação com autonomia, crítica e criatividade, que permita ao educando ser um sujeito ativo na construção de seu conhecimento, que tenha em vista a melhora da qualidade de vida em seu território, sendo solidário e colaborativo, vivenciando esses conceitos em todas as relações que perpassem seu local de trabalho.

Para falar em educação emancipatória, antes de discutir educação, como fez Gadotti²⁹ (2012), é necessário definir o que se entende por emancipar. O que vem à mente quando pensamos nessa palavra é a retirada da tutela de alguém, permissão para que seja responsável por suas ações perante a sociedade, a libertação do poder parental, pelo menos no que concerne ao aspecto jurídico. Falar em emancipação é falar em poder ser livre para fazer suas próprias escolhas e ser responsável por elas.

Segundo o autor, uma educação que se acredita emancipatória, ou seja, que pretende que os educandos sejam livres para pensar e escolher, tem necessariamente uma práxis educativa que siga em direção à construção de sujeitos autônomos, "capazes de autogovernar-se e de governar" (id., p. 4), que vise à superação da lógica do capital na sociedade, em uma

²⁹ Palestra proferida no II FÓRUM MUNDIAL DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA. Democratização, emancipação e sustentabilidade.

perspectiva contra-hegemônica à concepção de mercado, do neoliberalismo que "concebe a educação como mercadoria, reduzindo nossas identidades a meros consumidores, desprezando espaços públicos e a dimensão humanista da educação." (id., p. 1), almejando a transformação da sociedade como objetivo último. Desta forma, esta perspectiva emancipatória da educação e do trabalho pressupõe necessariamente uma visão de mundo correspondente, um mundo que não somente seja passível de transformação mas que o seja a partir de um modo de educação que "deve desenvolver a capacidade de pensar criticamente a realidade e promover a justiça e a solidariedade, fundada na ética e respeitando a dignidade e a autonomia do educando" (id., p. 2) como também do trabalhador.

O autor nos conta que, para Freire (1997), a questão está no entendimento da educação como potência transformadora, onde o saber daquele que aprende é levado em consideração, existindo espaço para que as experiências individuais e particulares venham à tona e contribuam para a construção do conhecimento. Assim considera que todos possuem um saber que lhes é próprio, tendo algo para contribuir e oferecer para o grupo. Nesse sentido, valoriza a participação e uma relação menos assimétrica entre professor e aluno, em uma perspectiva democrática e emancipadora.

O contraponto desta educação emancipatória e libertária está no que Freire (2014) denomina educação bancária, na desvalorização do saber não científico, na hierarquização de saberes, na repetição automática de conceitos, na ausência de leituras críticas da realidade, sem diálogo com a realidade do sujeito, a serviço da manutenção e da preservação da ordem vigente. "A educação é uma forma de intervenção no mundo" (id., p. 96). Assim, pode estar tanto a serviço da evolução e da transformação do mundo, quanto da manutenção do *status quo*.

O autor fala de uma educação na qual, para além dos conteúdos, fórmulas e métricas, encontramos sujeitos, pessoas que estão em formação, descobrindo-se na presença do outro, percebendo por meio do encontro aquele "Não Eu" que permite o reconhecimento de si, "presença que pensa a si mesma, que se sabe presença, que intervém, que transforma, que fala do que faz mas também do que sonha, que constata, compara, avalia, valora, que decide, que rompe" (FREIRE, 2014, p. 20).

Completamente diferente desta perspectiva educacional, dos anos de 1970 para cá uma outra linha de educação vem ganhando a hegemonia no campo do ensino. Trata-se de uma visão que acompanha o desenvolvimento do neoliberalismo e visa a produzir sujeitos igualmente neoliberais – "produz certos tipos de relações sociais, certas maneiras de viver, certas subjetividades" (DARDOD E LAVAL, 2016, p. 16). Desta forma, trata-se de uma nova

forma de (mal) estar no mundo, que gera inclusive novas patologias psíquicas. Segundo os autores,

essa norma impõe a cada um de nós que vivamos em um universo de competição generalizada, intima os assalariados e as populações a entrar em luta econômica uns contra os outros, ordena as relações sociais segundo o modelo do mercado, obriga a justificar igualdades cada vez mais profundas, muda até o indivíduo, que é instado a conceber a si mesmo e a comportar-se como uma empresa (id., p. 16).

Analisando esse movimento de reformas na educação especialmente no que diz respeito à incorporação do modelo de competências sob a orientação e o apoio financeiro de organismos internacionais tais como BID, BIRD, UNESCO e OIT³⁰, Deluiz (2001) refere que esta ação visa a “articular e subordinar a produção educacional às necessidades estabelecidas pelo mercado de trabalho e à necessidade de estabelecer mecanismos de controle e de avaliação da qualidade dos serviços educacionais” (GENTILI apud DELUIZ, 2001, p. 5).

A ideia de “competência” é apresentada à sociedade como a grande panaceia da educação para o trabalho, seria “a capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação conhecimentos, habilidades e valores para uma atuação eficiente e eficaz em situações profissionais” (BRASIL, 1999), caracterizando-se por flexibilidade, mobilidade, polivalência e empregabilidade. Neste sentido, o modelo de gestão por competências, segundo a autora, demanda “trabalhadores flexíveis” para lidar com mudanças no processo produtivo, capazes de enfrentar imprevistos, adaptabilidade às diferentes funções e mobilidade, sempre em sintonia com as exigências postas pelo padrão de acumulação capitalista flexível ou toyotista: competitividade, produtividade, agilidade, racionalização de custos.

Neste modelo, apesar de haver maior destaque em relação à formação educacional, o conhecimento valorizado permanece aquele que serve aos objetivos e à missão da empresa, e seu "capital humano" precisa ser constantemente atualizado para garantir o diferencial ou a "vantagem competitiva" necessários à desenfreada concorrência na economia internacionalizada. (DELUIZ, 2001). A competição, neste caso, deixa de ser entre produtos, processos ou empresas, e passa a ser incorporada pela própria subjetividade das pessoas que se tornam “sujeitos competitivos” (DARDOD E LAVAL, 2016).

É interessante frisar, conforme nos conta Deluiz (2001) que o que está em jogo aqui são os “saberes em ação”, talentos, capacidade de inovação, criatividade e autonomia, a subjetividade do trabalhador transformada em mercadoria. Espera-se que o trabalhador, transfigurado em colaborador, antecipe-se à exploração de sua força de trabalho assumindo

³⁰ BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento), BIRD (Banco Mundial), UNESCO (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura) e OIT (Organização Internacional do Trabalho).

posturas e incorporando um vocabulário próprio do neoliberalismo, como “vestir a camisa da empresa” ou “pró-atividade”. Não se trata de valorizar a iniciativa positiva de um trabalhador que contribui com a qualificação do processo produtivo, mas incentivar que todos os trabalhadores se tornem competidores entre si, entregando ao capital mais (tempo, dedicação e produção) do que dele seria esperado. Neste mundo a “avaliação” surge como ferramenta chave de condução do trabalho.

Para Ramos (2012) fica clara a razão de o modelo de competências ter tido rápida adesão pela escola. Ao apresentar à sociedade, cada vez mais imersa numa crise estrutural de desemprego, a possibilidade de empregabilidade, de união da formação com a colocação no mercado de trabalho, acaba por nortear a pedagogia em aquisições de saberes e habilidades que vão de encontro com a “produção de competências verificáveis em situações e tarefas específicas” (id., p. 57), definindo “utilidade” ao conteúdo ofertado. O corolário desta perspectiva é que o desemprego seja responsabilidade individual. Neste contexto, deixa de ser papel precípua do Estado criar políticas de incentivo e de proteção do trabalho, eximindo do cenário as transformações radicais que atravessaram o mundo do trabalho nas últimas décadas.

À medida que as inovações tecnológicas avançam e que a realidade do mundo se transforma, as demandas educacionais atualizam-se de maneira a formar um trabalhador adaptado às novas necessidades, na figura de sujeitos com capacidade de tomar decisões, de processar e de interpretar dados, trabalhar em equipe, com capacidades cognitivas e emocionais diferenciadas.

O que poderia ser encarado apenas em seus aspectos positivos, já que promove crescimento e/ou desenvolvimento das habilidades do aluno/trabalhador, significando uma melhora na qualidade de vida, tem atrelada a si uma ideia de formação voltada para o mercado de trabalho dentro da lógica das competências, valorizando as utilidades, onde a pró-atividade vira sinônimo de autonomia – que simultaneamente nega a capacidade crítica de reflexão sobre a própria prática. Nesse sentido, a concepção de educação que deveria apontar para um **projeto de sociedade**, ocupa-se em **formatar, adequar e conformar sujeitos** à atual ordem do mundo, e não é por outra razão que atualmente vivemos em uma sociedade tão conformada, adequada e apática.

Segundo Ramos (2012), dos trabalhadores da saúde é demandada, além das competências formais e técnico-científicas, outras competências, como a política e humana, que visam à integralidade do cuidado proposta pelo SUS. A autora cita TORREZ para esclarecer o que seria a competência política:

o desempenho ético, comprometido com a vida, com o outro (o colega, a equipe, o usuário), com o trabalho humanizado que qualifica a referida competência formal. A competência política está voltada para fins históricos e revela-se naquelas atitudes que vão além do que um curso centrado estritamente nas técnicas perfeitas e rápidas possa assegurar, sem significar de forma alguma a negação da importância das mesmas como parte da competência formal necessária (2001, p.50).

Nesse contexto de transformações que o neoliberalismo impõe a toda a humanidade, no Brasil é sancionada a Lei 9394/96 - Lei de Diretrizes e Bases - LDB, que teve seu conteúdo interpretado de maneira diversa pelos ministérios que têm em sua pauta a relação Trabalho – Educação: Educação - MEC, Trabalho e Emprego - MTE e Saúde - MS. Deluiz (2001) refere que dos três Ministérios, o da Saúde é o que mais se aproxima de uma leitura crítica, “na medida em que busca a construção e a mobilização de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, não apenas na dimensão técnica especializada, quanto na dimensão sócio-política, comunicacional e de inter-relações pessoais”.

A Educação Permanente em Saúde é uma política de educação de aprendizagem no trabalho, uma prática de ensino-aprendizagem, visando à melhoria do processo de trabalho. Como política, envolve a contribuição do ensino à construção do SUS, aproximando as políticas de saúde e as diretrizes curriculares nacionais para a formação dos profissionais. Propõe novas articulações entre ensino, trabalho e cidadania, entre formação, gestão, atenção e participação social, e a construção da rede do SUS como espaço privilegiado de educação profissional. Tem pontos de convergência com a educação popular em saúde, tendo como seu foco principal o trabalho e uma proposta de ruptura com a lógica da compra/pagamento de produtos e de procedimentos educacionais orientados pela oferta do mercado.

Segundo Ceccim e Ferla (2008), os conceitos de ‘ensino problematizador’ e de ‘aprendizagem significativa’ são fundamentais para que possamos entender a educação que se oferta aos trabalhadores dentro de seus locais de trabalho e de que forma essa ação produz conhecimento a partir das instituições de saúde onde estão inseridos. Ao questionar a realidade, interrogar de maneira crítica aquilo que não sabem, podem a partir de suas vivências e experiências criar respostas, gerar soluções que venham de encontro às necessidades do território, da sua clínica, de si mesmos.

Para os autores, deve ser entendida como prática de ensino-aprendizagem ao mesmo tempo a que tem status de política de educação em saúde, mais identificada como um processo político-pedagógico do que didático-pedagógico. Afirmam que

será ‘educação permanente em saúde’ o ato de colocar o trabalho em análise, as práticas cotidianas em análise, as articulações formação – atenção – gestão - participação em análise ... não se trata de conhecer mais e de maneira mais crítica e

consciente, trata-se de mudar o cotidiano do trabalho na saúde e de colocar o cotidiano profissional em invenção viva (em equipe e com os usuários)” (id.).³¹

Trazer reflexão para dentro da prática é um convite para apropriação do saber fazer, da problematização dos processos de trabalho, não apenas o conhecimento implícito na prática, mas a manutenção de um diálogo entre a prática vivida e as construções teóricas, entre as equipes, as instituições e os usuários, reconhecendo neste eixo a determinante da educação permanente em saúde, “produzir novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no SUS” (RAMOS, 2012, p. 71).

Para Freire (2014), o próprio discurso teórico, fundamental a esta reflexão crítica, aproxima-se da prática fazendo sentido ao trabalhador, operando transformações no caminho entre o estado de curiosidade ingênua para o de curiosidade epistemológica. Esse caminho proposto não poderá acontecer sem o reconhecimento do valor da subjetividade.

Para Pinheiro e Ceccim (2011), uma educação que pretende a produção de conhecimento precisa contar necessariamente com a vontade e a implicação daquele que constrói a prática, possibilitando entrar em contato com as invenções do cotidiano a partir da perspectiva de “uma **teoria viva** que reflita, desde a sua própria constituição, a experiência concreta da vida que lhe dá origem e da vida que vai originar” (idem, p. 14), aberta para possíveis transformações. Os autores referem que no campo da saúde isso se dá na indissociabilidade entre a educação em saúde e trabalho em saúde, o que Merhy (2005, p. 172) denomina de uma relação “em dobra”, uma prática na qual é impossível separar as instâncias educação e trabalho à medida que uma produz e é produzida pela outra, em que o processo de educação busca oferecer condições para que o trabalhador produza em seu cotidiano ações de cuidado.

Para RAMOS (2012), a utilização da educação permanente na política de saúde, a partir do governo Lula, vem de encontro às reivindicações da reforma sanitária e, posteriormente, às conquistas dos princípios do SUS naquilo que concerne à “constituição de sujeitos sociais capazes de efetivar as mudanças propostas” (id., p. 66) à medida que nesta estão implicados os sujeitos, as equipes e suas relações na produção do cuidado.

³¹ Citação retirada do dicionário de verbetes, sem página.
<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>

Entretanto, de que forma podem coexistir uma educação que propõe o aprendizado com significado, solidário, que leva em consideração as especificidades de cada sujeito, com a racionalidade neoliberal que tem “como característica principal a generalização da concorrência como norma de conduta e da empresa como modelo de subjetivação” (DARDOD E LAVAL, 2016, p. 17)? Como se articulam no jogo de forças?

Ramos (2012) refere que para Campos (2003) e Merhy (2002), apesar dos efeitos deletérios do neoliberalismo, este não seria um obstáculo para as transformações no mundo do trabalho em saúde desde que fosse desenvolvida no fazer uma identidade com o cuidado, e o reconhecimento pelo trabalhador como sendo parte de um coletivo, de forma que as “mudanças empreendidas por eles em seu processo de trabalho potencializariam mudanças sociais mais amplas” (RAMOS, 2012, p. 67). A partir de uma perspectiva individualizante e competitiva no mundo do trabalho, que acompanha uma tendência ultraliberal, não poderíamos indicar esta como uma das causas possíveis do adoecimento de tantos profissionais de saúde? Temos por um lado uma construção teórica que dá sentido ao trabalho em equipe, visando à construção cotidiana destes espaços versus a responsabilização pessoal pela solução de problemas que estão muito além da sua governabilidade. Sabemos que atualmente cada vez mais os trabalhadores têm pouco acesso a espaços de escuta e de acolhimento compartilhados. As reuniões de equipe e as discussões de caso perdem espaço, solidificando condutas individuais de profissionais de alta performance.

1.4.2. O contexto da Reforma Psiquiátrica

A história da Lei nº 10.216, conhecida como lei antimanicomial, começa em 1989, com o então deputado federal Paulo Delgado (PT/MG) dando entrada no Congresso Nacional ao Projeto de Lei nº 3.657/89, que pretendia a extinção progressiva dos manicômios, a substituição por outros recursos assistenciais e a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória. A Lei Antimanicomial fica assim denominada porque visava a garantir que a prática da internação hospitalar acontecesse apenas quando já estivessem esgotados todos os demais recursos extra-hospitalares, entendendo que a internação compulsória, aquela que é realizada sem o expresso desejo daquele que vai ser internado, não terá mais voz nesse cenário. Trata-se, portanto, de resolver quem efetivamente tem o direito de decidir sobre a vida do “louco”, do “insano”, daquele que

socialmente é visto e entendido como um ser sem razão e que, como consequência direta, tem seus direitos expropriados. Dar voz a quem a tem por direito.

O próprio Paulo Delgado refere-se a ela como “uma lei cautelosa, quase conservadora” se for levada em consideração a complexidade da questão. É interessante observar que em seu artigo 4º está escrito que esta lei que entra em vigor revoga disposições ao contrário do Decreto-Lei nº 24.559, de 03 de Julho de 1934, “período marcado pelo predomínio de formas de governo e de pensamento extremamente autoritárias, com a prática e o saber psiquiátricos apresentando marcas semelhantes, retroalimentando aquelas características.” (SCHECHTMAN E ALVES, 2016, p.41) – ou seja, praticamente 50 anos sem que as questões referentes à política de saúde mental sofressem qualquer tipo de mudança, vindo apenas a ser modificada no século seguinte com a Lei 10.216/01 (PEREIRA, 2004).

Apesar de ter sido considerada moderada, é necessário entender que a apresentação do projeto de lei só aconteceu devido ao momento histórico e político efervescente de mobilização popular, momento da redemocratização do país, em que houve a possibilidade de que assuntos espinhosos como exclusão social e desrespeito aos direitos humanos pudessem ter lugar na pauta.

Fazendo uma breve digressão, saindo um pouco do caminho das leis e indo talvez um pouco à esquerda em um atalho que nos levará a entender as forças atuantes naquele momento, o movimento manicomial, conforme narrado por Amarante (1995) em “Loucos pela Vida”, tem seu nascedouro em 1976 com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME) enquanto espaços de abertura para discussão e produção de pensamento crítico. Do interior desses espaços nasce, em 1978, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que, juntamente com o Movimento da Reforma Sanitária, assume papel fundamental de porta-voz ao enfrentar a assistência psiquiátrica da maneira como ela era oferecida àquele momento, denunciando práticas de tortura, crimes, fraudes e corrupção. Segundo Pereira (2004, p. 92), a base comum a ambos estava na forte influência de correntes de pensamento de tradição marxista, em que os determinantes de saúde são profundamente marcados pelos processos sociais.

Também em 1978 acontece o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, o “Congresso da Abertura”, que a autora nos conta ser “a primeira participação dos movimentos em saúde mental em um evento promovido pelos setores tradicionais da psiquiatria”, que é pautado por discussões políticas que extrapolam o campo da saúde mental, propondo debates sobre a realidade política, social e econômica do país. No mesmo ano, no Rio de Janeiro, acontece o

I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições que, trazendo pensadores da magnitude de Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Thomas Szasz, Howard Becker, Ronald Laing e Erving Goffman, propicia o encontro entre aqueles que estavam à procura de novas maneiras de cuidar e aqueles que traziam na bagagem conhecimento e experiências. Uma ocasião propícia para trocas e renovação dos saberes.

Neste período, entre 1978 e 1980, uma sucessão de encontros importantes entre os movimentos de trabalhadores em saúde mental acontecem, até chegarmos a 1987, com a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro e o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, interior de São Paulo. Este último conta com a participação de várias associações e fortalece-se como um movimento mais amplo com a integração das associações de usuários e familiares que se dedicam à luta pela transformação das políticas e das práticas psiquiátricas (PEREIRA, 2004, p.98).

Foi em Bauru que, dentro do movimento, a partir de reformulações de propósitos, ganhou força a proposta estratégica de intervenção na sociedade expressa pelo lema: “Por uma sociedade sem manicômios”, frase emblemática que é utilizada até os dias de hoje. Nesta ocasião foi escrito o “Manifesto de Bauru” que, segundo nos conta a autora, constituiu-se como o documento inaugural da fundação do movimento antimanicomial, firmando laços entre os atores para o enfrentamento da questão da loucura e suas formas de tratamento, promovendo a mudança no nome do antigo movimento de trabalhadores, que passou a se chamar “Movimento Nacional de Luta Antimanicomial”.

As várias frentes que lutavam àquele momento pela garantia de direitos dos portadores de transtornos mentais estavam inseridas em um contexto mais amplo, atravessando esses tempos de redemocratização e de abertura política neste ano de 1987, ano de valiosos acontecimentos. Em 1º de Fevereiro foi instaurado órgão colegiado com intuito de discutir a Constituição do país, a Assembleia Nacional Constituinte, que tinha nas mãos a oportunidade de reelaborar, reescrever, reformular uma Constituição autocrática marcada pelos anos de ditadura militar, constituindo outra mais democrática contemplada com ampliação de direitos e com a possibilidade da livre expressão e do exercício da cidadania. Não à toa a Constituição de 1988 ficou conhecida como “Constituição Cidadã”.

Para o campo da Saúde como um todo, a anexação dos artigos nº 196 a 200 à Constituição foi um marco fundamental de mudanças e de aquisição de direitos à medida que conquistou a garantia “da saúde como um direito de cidadania, e não mais como um benefício trabalhista” (LUZ apud MACHADO et al, p.25), como podemos ver nas três linhas do art. 196 que traduzem um universo de possibilidades: “A saúde é direito de todos e

dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A regulamentação do que estava proposto na Constituição foi transformado em Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/1990 e 8.142/1990, dando forma ao Sistema Único de Saúde – SUS e transformando a luta dos diversos coletivos envolvidos em realidade para a totalidade dos cidadãos brasileiros.

Voltando a 1989, com o Deputado Federal Paulo Delgado e o projeto de lei nº 3.657 entendemos a dinâmica de um projeto realizado a muitas mãos, uma tarefa que envolveu diversos atores, trabalhadores, usuários e familiares, resultado justamente dos grupos de militantes dos movimentos sociais ligados à saúde e à saúde mental, que viram, nessa possibilidade de penetrar o circuito legislativo, uma maneira de perpetuar e garantir o produto de suas reflexões. Segundo Pereira (2004), o deputado, ao compartilhar do ideário proposto e pertencendo a um partido político afinado com questões populares, era a pessoa certa àquele momento.

Para Amarante (1995), muitas transformações no campo jurídico-político foram acontecendo a partir do Projeto de Lei que, justamente por ser um assunto polêmico e muito pouco discutido, que foi ganhando espaço na mídia e conseqüentemente virando tema de interesse popular, o que se encaixava perfeitamente ao desejo de ter a sociedade civil integrante ativa no processo antimanicomial, aproveitando aquele período de redemocratização a que as pautas estavam sendo amplamente discutidas.

A Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, foi sancionada pelo Congresso Nacional 12 anos depois de o PL nº 3.657/89 ter dado entrada com várias emendas agregadas ao texto original. Conforme estabelecido em seu texto, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Destrinchando essa curta frase temos indícios de que se pretende olhar para os indivíduos portadores de transtornos mentais de uma forma diferente daquela que vinha sendo empregada até então, envolvendo-os com valores de proteção, ou seja, como pessoas que necessitam serem protegidas e que têm direitos que precisam de ser preservados. Ao mesmo tempo a que, ao se referir a um redirecionamento, autoriza e até mesmo impõe uma mudança radical de rota à forma como a assistência ao transtornado mental era oferecida, visando à transformação das práticas profissionais e à consolidação de um modelo de atenção à Saúde Mental aberto e de base comunitária.

1.4.2.1. O paradigma da Reforma Psiquiátrica

Conforme nos conta Amarante (2009) a partir da Reforma Psiquiátrica, com a quebra de paradigma que acompanha a desinstitucionalização, um modo psicossocial vai ganhando corpo em oposição ao modo asilar que estava instalado nas instituições, fundamentando-se na reconstrução do conceito e da prática clínica através das múltiplas possibilidades e formas de tratar o sujeito em sua existência, abandonando o isolamento como forma de tratamento, e a anterior posição de objeto de saber incapaz de obra ou voz, reinventando a clínica indo “da doença ao sujeito da experiência do sofrimento” (AMARANTE, 1995).

Nesta mesma linha analítica, Yasui (2006) sugere que a Reforma Psiquiátrica seja compreendida como um processo civilizatório, perspectiva semelhante à adotada pelo movimento da Reforma Sanitária. Isto porque se trata de um processo que visa a romper com a hegemonia da biomedicina e que busca “inventar dispositivos diferentes de cuidado, diversificando ações, tecendo uma rede com o território, inventando formas de sociabilidade, produzindo valor social, construindo uma ética, insistindo em sonhar com um outro mundo possível” (id., p. 18). É justamente por tratar de assunto tão complexo e mesmo assim garantir um pacto consensual mínimo que a Reforma Psiquiátrica se revela uma enorme conquista de sustentação democrática e humana.

Conforme relatam Schechtman e Alves (2016), desde a primeira Lei, datada de 1903, que dispõe sobre o tratamento dispensado aos psicopatas, como eram denominados os doentes mentais no início do século passado, até o fim da década de 1970, a terapêutica destinada a esses pacientes era baseada em tratamento disciplinar, laborterapia, eletrochoques e psicofármacos, porém prevalecendo o abandono como a maior de todas elas. Desta forma, pensar uma mudança de paradigma não remete apenas à clínica ou à forma de entender o sujeito no mundo, mas acima de tudo ao entendimento de uma mudança do tratamento para o cuidado, propondo-se enxergar do lado de fora dos muros e das prisões.

A respeito da mudança de paradigma que acompanha a Reforma Psiquiátrica, Costa-Rosa (2000) entende que é necessário compreendê-lo dentro do contexto da saúde mental, à medida que não será a polarização de critérios que poderá abarcar a complexidade da questão e muito menos caracterizar a alternatividade de dois modos de ação, o modo asilar e modo psicossocial. Na compreensão do autor, não cabe apenas a contraposição de termos “hospitalocêntrico” e “médico centrado” (id., p. 144) a seu oposto diametral, porque é possível que, dentro de um ambulatório criado para ser alternativo, existam ações

“manicomiais”, como uma equipe multidisciplinar que permanece acreditando na potência e na eficácia exclusivas do medicamento, por exemplo.

Colocando em comparação os dois modelos, o modelo asilar tem como base terapêutica o medicamento, assim como define prioritárias os determinantes orgânicos para a compreensão dos males que acometem os doentes. No modelo psicossocial, os transtornos mentais são multideterminados e para entender o sofrimento psíquico para além da genética é necessário levar em consideração aspectos políticos, psicológicos, sociais e culturais, ou seja, os determinantes são biopsicossocioculturais. O arsenal terapêutico também é plural e diversificado, além de ser ampliado e praticado por profissionais de especialidades não-médicas, tendo como recursos as psicoterapias de diversas abordagens, laborterapia, arte-terapia, atividades artísticas, esportivas e culturais, dispositivos de reintegração psicossocial e as cooperativas de trabalho. O saber antes focado na figura exclusiva do médico passa a ser de toda a equipe multiprofissional.

Em relação ao processo de trabalho no modelo asilar, apesar de contar com profissionais de categorias diferentes, ele é realizado sem que os profissionais se encontrem ou se reúnam periodicamente para troca impressões ou para discussão de caso. A atividade comum que os conecta é o preenchimento dos prontuários dos pacientes. É interessante marcar que sendo a determinação biológica, espera-se que a eficácia do tratamento venha da química (id., p. 152), o que coloca os demais profissionais das equipes em desnível, em posições acessórias. O saber que extrapola o psiquiátrico é entendido como auxiliar e secundário, orbitando o núcleo principal.

Essa lógica é alterada de maneira significativa no modo psicossocial, ao colocar todos os trabalhadores em um mesmo nível hierárquico com os diferentes saberes da equipe multiprofissional ocupando o mesmo patamar. É preciso ressaltar que, ainda hoje, tantos anos após a Reforma, não é uma realidade o médico fazer parte da equipe multidisciplinar. Muito desta questão estando relacionada à maneira fragmentada de que o paciente ainda é entendido dentro dos serviços de saúde, assim como na rede como um todo.

O produto dessa lógica fragmentada de realizar o trabalho, em que o paciente é visto por diversos especialistas que não conversam entre si, é uma oferta de tratamento fragmentada que corresponde ao que o autor chama de “linha de montagem” (id., p.153), sem a menor singularidade, que conduz todos a uma mercadoria comum. Um trabalho que vai na direção oposta da integração, fragmentando e despersonalizando o paciente, que fica à mercê de ações pontuais e sem qualquer sentido. Ao lutarem por outra lógica de atenção, os trabalhadores dos

movimentos pretendiam superar a “linha de montagem” e os saberes estratificados, incluindo nessa lógica o saber do paciente, até então completamente desconsiderado.

A radicalidade do modo psicossocial está em justamente investir no sujeito como alguém que pode implicar-se em seu tratamento, pode ser considerado um ser desejante, alguém que é mais que corpo. Seu modelo de intervenção pretende superar o modelo médico como única possibilidade e a medicação como única forma eficaz de tratamento. Entre outras terapêuticas, a integração da família ao tratamento é essencial neste modelo de atenção em que o indivíduo não pode ser compreendido fora de seu contexto social. Segundo Costa-Rosa, “a loucura não é um fenômeno exclusivamente individual, mas social e como tal deverá ser metabolizada” (2000, p. 154).

Na visão de Amarante (1995), um ponto focal do processo da Reforma Psiquiátrica é a possibilidade de transformar o olhar que se direciona ao louco e à vivência da loucura, um outro modo de enxergar a loucura que possa transformar as relações que são estabelecidas com esse sujeito, visando à superação do estigma e da exclusão. A partir deste exercício, cotidiano, poder refletir e transformar, seja na clínica, na rede de assistência, nos espaços de cultura, nas produções científicas, pretendendo que as formas de convivência e de coexistência sejam de outra qualidade, permeadas de cuidado e trocas.

A partir do contexto democrático em que emergiu, a Reforma Psiquiátrica abriu as portas para a possibilidade de uma redemocratização das instituições de saúde, assim como o aparecimento de novos modos de fazer saúde e de ofertar cuidado, propondo uma nova organização dos serviços de saúde que se voltam para um cuidado de base comunitária.

Como refere Belmonte (2016, p.14), na desinstitucionalização está a essência do processo da reforma psiquiátrica, a ação promotora das transformações que impulsionaram o processo como um todo, desde seus aspectos clínicos, jurídicos, sociais e técnicos, até os educacionais à medida que a nova forma de trabalho exigia uma renovação da prática e, com ela, da aprendizagem.

Capítulo 2 - AS NARRATIVAS

O ensino baseado exclusivamente em um modelo biomédico tem se mostrado insuficiente para a formação de profissionais na área da saúde. A partir das Diretrizes Curriculares Nacionais aprovadas entre 2001 e 2004 para os cursos de graduação da área da saúde, marcando que “*a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde*” (CECCIM E CARVALHO, 2011, p. 77), somado ao grande esforço para a consolidação do SUS, segundo Pinheiro e Ceccim (2011) foram possíveis algumas mudanças do paradigma biologicista, medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado, na direção de um outro modelo, assim como na utilização de novas metodologias.

Como já vimos anteriormente, o modelo pedagógico adotado pela maior parte das instituições de ensino em saúde é voltado para aquisição de conteúdos, com currículos organizados de forma compartimentalizada e fragmentada, dentro de uma perspectiva que visa à especialidade, dissociando as diversas áreas do conhecimento, o que perpetua formas tradicionais de aprendizagem e de cuidado. Nesta abordagem de formação em saúde, “o ensino é tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos e do conhecimento dos equipamentos auxiliares do diagnóstico, tratamento e cuidado, planejado segundo o referencial técnico-científico acumulado pelos docentes em suas respectivas áreas de especialidade ou dedicação profissional” (CECCIM E FEUERWERKER apud CRUZ et al, 2015, p. 726).

A adoção de um modelo de atenção centrado no indivíduo e não na doença pressupõe a formação de profissionais que tenham uma compreensão do estado de saúde do paciente como um todo, englobando os aspectos psicológicos, afetivos e sociais, pensando o cuidado de forma integral, o que Pinheiro e Ceccim (2011, p.25) entendem como uma prática cuidadora.

Para os autores, à medida que o cuidado é entendido como “uma prática social que se orienta pelas sensações do outro, mediada pelo assistir próprio das profissões de saúde” (id., p. 27), o que demanda um balanceamento equilibrado entre o saber técnico e aquele que provem da escuta, apresenta-se o desafio de ensinar a “escuta”, de incrementar, na prática, o desenvolvimento desta capacidade que diz respeito às singularidades, abrindo espaço para os entendimentos sociais e culturais dos processos saúde-doença, que trata de questões da subjetividade.

Segundo Cruz et al. (2015, p. 728), não existe a possibilidade de mudar a formação em saúde, seja na graduação ou nos centros de formação de trabalhadores sem que haja discussão e questionamento da prática cotidiana, sem que se preste atenção aos atos automáticos “do saber, do dizer, do pensar e do cuidar”, sem que se observe atentamente todas as tarefas esvaziadas de sentido, esperando que surja, pelo estranhamento, “o próprio processo de *desaprendizagem*”. É necessário que aconteça uma interferência externa nos processos produtivos dos encontros entre os profissionais e sua equipe de trabalho, ou mesmo entre equipe e usuários, abrindo espaço para o aflorar de novos modos de produção de cuidado.

O trabalho em saúde é eminentemente relacional. Aquele que cuida, cuida de alguém, de algo; aquele que precisa de cuidado é tomado em cuidado por alguém. Por maior que seja o distanciamento das partes ou que elas sejam fortemente mediadas pela tecnologia, esse fazer está diretamente relacionado ao encontro. Encontro real entre partes determinadas, onde cada um cumpre o papel que lhe foi destinado: o usuário e sua dor; os profissionais e seus instrumentos de resolver-dor. Parece estanque visto desta forma, mas é importante refletir a quantidade de encontros que, por não serem mediados por nenhum tipo de afeto (afetação), se restringem a essa equação.

Acontece a vida nos encontros. Afetos são mobilizados, emoções vem à tona, “identificações, que dificultam ou facilitam a aplicação dos conhecimentos dos profissionais na percepção das necessidades de atenção ou interpretação das demandas trazidas pelo usuário” (SILVA JR.; PONTES; HENRIQUES, 2011, p. 94).

O conceito de tecnologia criado por Merhy (2002) faz uma distinção entre os diferentes modos de produção em saúde. Carregando em três diferentes valises seu instrumental de cuidado, na primeira estão os equipamentos e ferramentas – exames laboratoriais, físicos, de imagens –, aqueles que dão suporte ao diagnóstico e à terapêutica e que são entendidos dentro desta perspectiva como trabalho morto, colocando-se em relação ao trabalho vivo do encontro. Para o autor, essas seriam tecnologias duras.

Na segunda valise de ferramentas, estão os conhecimentos adquiridos prontos para serem colocados em prática quando se fizer necessário, trabalho morto enquanto depósito que ganha vida ao ser colocado a serviço do outro, no ato do encontro. Essas tecnologias denominam-se leve-duras.

A terceira valise, onde estariam as tecnologias leves, é aquela que ocupa o espaço entre o profissional e o usuário, que tem a sua utilização no momento do encontro em que o trabalho é vivo, pleno da presença. Um trabalho que se realiza em ato, que “permite a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança” (MERHY, 2002, p. 98).

Visando a proporcionar aos estudantes melhor compreensão acerca das experiências, da vida dos usuários dos serviços de saúde e do contexto onde estão inseridos, assim como o reconhecimento da dimensão humana na saúde e doença, é fundamental oferecer espaços de escuta e de reflexão ao estudante desde o início de sua formação. Assim, incorporado ao processo o sujeito aprende a entrar em contato com seus próprios afetos e, principalmente, a refletir sobre eles, tornando-se um instrumento mais afinado e com uma base mais sólida para o enfrentamento das dificuldades.

Uma escuta atenta e apurada é parte fundamental do processo do cuidado, assim como o exercício do autoconhecimento por parte daqueles que tem como ofício o cuidar. Nos cenários de prática e ensino, emergem muitas narrativas reais, histórias vivenciadas por estudantes, profissionais de saúde, familiares e pacientes, que mobilizam afetos e angústia. Quando utilizadas como ferramenta de aprendizado, as narrativas auxiliam na busca do conhecimento de si mesmo e do outro em seus diversos aspectos, fomentam a empatia, estimulam a reflexão sobre temas difíceis, integrando e organizando emoções. Segundo Ceccim e Carvalho (2011, p. 90), não aprendemos somente pela transmissão de conteúdos, de forma cognitiva, mas “para incorporar modos e perfís, são necessárias exposições de si e contato com a alteridade (o outro despertando diferença-em-nós).”

Ao encontrar um interlocutor disposto a escutar com atenção, o sujeito constrói uma narrativa pessoal que enriquece enormemente a relação entre paciente-profissional de saúde, estudante-preceptor, profissional de saúde e seus pares. Conforme conta-nos Stelet (2013, p. 53), “a narrativa contempla, ao mesmo, a experiência contada pelo narrador e ouvida pelo outro, o ouvinte. Este, por sua vez, ao contar aquilo que ouviu, transforma-se ele mesmo em narrador”.

Quando lançamos mão da narrativa, em sua forma oral ou escrita, falamos de percursos distintos a serem percorridos. Da possibilidade da utilização de narrativas como metodologia de aprendizado e cuidado em saúde e em outra via, a possibilidade de um método de investigação, reflexão e formação em educação, onde “o investigador que utiliza o método da narrativa as descreve e faz construção e reconstrução das histórias pessoais e

sociais, de acordo com um modelo interpretativo dos acontecimentos” (CARTER apud GALVÃO, 2005, p. 327).

Neste estudo, o objetivo é buscar compreender a narrativa na educação em saúde a partir da ideia de que as narrativas são mobilizadoras de mudanças, na forma como as pessoas compreendem a si próprias, aos outros e ao mundo e essa trajetória não é possível sem a devida distinção entre esses caminhos.

Para Galvão (2005, p. 329), as narrativas em suas mais diversas formas têm sido usadas nas pesquisas em Ciências Sociais e em Educação, estando necessariamente conectadas ao contexto atual de quem as escreve. Segundo a autora, sob esse guarda-chuva “investigação narrativa” se acomodam as análises biográficas, autobiografias, histórias de vida, narrativas pessoais, entrevistas narrativas, etnobiografias e memórias populares.

Narrar significa expor minuciosamente; Contar, relatar, referir, dizer; Por em memória, registrar, historiar; Descrever, verbalmente ou por escrito, um acontecimento ou de uma série de acontecimentos, reais ou imaginários, por meio de palavras ou de imagens. Expor as seqüências de um fato ou acontecimento.

Segundo Brockmeier e Harré (2003, p. 525), a narrativa tem se tornado alvo de interesse nas Ciências Humanas desde os anos 80, tratando-se “de uma nova abordagem teórica, de um novo gênero de filosofia da ciência [...] sugere a emergência de um outro caminho para o movimento dos “novos paradigmas” e de um aprimoramento do método científico pós-positivista”, entendendo esse movimento, incluindo a Psicologia, como uma re colocação do lugar ocupado pelo sujeito nas ciências humanas, na centralidade da ação, “permitindo a abertura de novos horizontes para as investigações interpretativas que se concentram nas formas de vida social, discursiva e cultural” (ibid.).

Em decorrência, houve uma abertura à valorização dos significados atribuídos pelo homem às suas experiências e a compreensão de que “com relação a questões referentes à vida humana, é sobretudo através da narrativa que compreendemos os textos e contextos mais amplos, diferenciados e mais complexos de nossa experiência” (id., p. 526). Desta forma, da perspectiva que é adotada neste estudo, a “escuta” dada aos relatos dos trabalhadores da rede valoriza não apenas a voz carregada de sentido e de subjetividade, mas também propõe a centralidade desta voz, enxergando potencialmente um ponto de partida único que cada experiência desta carrega consigo.

A narrativa é um tipo de discurso, visto que o discurso é a categoria mais geral da produção linguística, é o nome dado segundo os autores “para um conjunto de estruturas linguísticas e psicológicas transmitidas cultural e historicamente, delimitadas pelo nível do domínio de cada indivíduo e pela combinação de técnicas sócio-comunicativas e habilidades linguísticas - como denominado por Bruner (1991)” (2003, p. 526). É uma história contada a partir de determinadas condições.

A partir da amplitude que a ideia de narrativa abarca, os próprios autores reconhecem a dificuldade de definição e “seu potencial conceitual e analítico tende, algumas vezes, a tornar-se pouco claro” (2003, p. 526). Definem como condição inicial para um mínimo recorte a necessária existência de personagens, de enredo, de espaço, de contexto e de uma situação que se desenvolva no tempo - passado, presente e futuro - contada de forma linear.

Para Bruner (1991), organizamos a nossa experiência cotidiana, a maneira como estamos na vida, sob a forma de narrativas à medida que criamos histórias, desculpas, mitos. As narrativas, desta forma, operam “como instrumento do pensamento ao construir a realidade” (id., p. 06), ou seja, a ordem discursiva através da qual tecemos nossa realidade emerge como um modo de funcionamento do próprio processo narrativo.

Este processo não deve ser entendido como uma representação da realidade, mas um modo específico de sua construção e constituição, produtora de subjetividade, estruturante da experiência de mundo. Experiência e narrativa imbricam-se e tornam-se parte da expressão de vida do sujeito. A maneira como vivo e como narro o que vivo são constituintes uma da outra.

Cunha (1997) refere que Ferrer ressalta a importância das narrativas escritas uma vez que elas são, para a autora, organizadoras do discurso. Quando uma pessoa relata os fatos vividos por ela mesma, percebe-se que reconstrói a trajetória percorrida dando-lhe novos significados. “Compartir a historicidade narrativa e a expressão bibliográfica dos fatos percorridos se converte em elemento catártico de desalienação individual e coletiva, que permite situar-se desde uma nova posição no mundo” (FERRER apud CUNHA, v. 23, n. 1-2).

Simultaneamente, o sujeito organiza o relato, reconstrói a experiência de forma reflexiva, realizando uma autoanálise que possibilita a compreensão do seu fazer e de seu estar no mundo, teorizando a própria experiência. “Este pode ser um processo profundamente emancipatório em que o sujeito aprende a produzir a sua própria formação, autodeterminando a sua trajetória” (CUNHA, 1997), esteja ele no papel de estudante ou de

trabalhador. Ao escrever, registramos nossa realidade e confrontamo-nos com ela, nos fazemos passado e presente, pressentiríamos o futuro através de possibilidades e de projetos que se desenham conforme narramos uma história. Que sentido há quando não se pode contar a vida que se vive?

Trabalhar com narrativas possibilita a visibilidade. Escrevo para tornar-me visível para mim e para o mundo. O trabalhador, ao narrar a sua prática, torna-a visível e reconhecível para os seus pares e para si próprio, caminhando em direção oposta à alienação produzida pelo sistema social que empurra o sujeito para uma espiral de ação sem reflexão, levando-o a repetir ações sem sentido.

A utilização da ferramenta narrativa vem se contrapor a essa tendência de alienação, isolamento e hierarquização do saber. Convida a que todos tenham voz, que aprendam a dizer o que sentem e pensam, visando a resgatar a identidade dos sujeitos, a liberdade de ser e estar no mundo, ampliando a capacidade de compreensão de si, do outro e do mundo.

O ato de narrar vem como uma quebra na rotina que permite parar para pensar, uma reflexão contextualizada que ressignifica o vivido ao mesmo tempo a que estrutura o pensamento, criando estratégias num processo de reflexão, investigação e nova reflexão. Entendendo as narrativas “como produtoras de conhecimento que ao mesmo tempo que se fazem veículos, constroem condutores” (CUNHA, 1997).

Freire fala da grande importância que tem a educação para os trabalhadores, em que a reflexão, sob o olhar crítico de hoje, melhora a prática de amanhã – “o que se precisa é possibilitar que, voltando-se sobre si mesma, através da reflexão sobre a prática, a curiosidade ingênua, percebendo-se como tal, se vá tornando crítica” (2014, p. 40).

Assim, o próprio discurso teórico, fundamental a esta reflexão crítica, aproxima-se da prática, fazendo sentido ao trabalhador, operando transformações no caminho que leva “do estado de curiosidade ingênua para o de curiosidade epistemológica” (id.). Para o autor, essa trajetória não pode acontecer sem o reconhecimento do valor das emoções, da sensibilidade, da afetividade, da intuição envolvidos no processo.

A utilização de narrativas da prática lança mão do conceito da aprendizagem como experiência para evocar curiosidade e interesse em resolver problemas. Ao descrever uma experiência, e conseqüentemente refletir sobre ela, processo denominado por Bruner (1997) de pensamento narrativo – pensamento que é da ordem do particular e que se ocupa das

conexões entre os eventos específicos para explicar os motivos do que acontece na realidade. Para o autor, a mente é criadora de significados justamente para dar conta do que acontece na relação entre o indivíduo e a cultura.

Para Cunha (1997), existem duas vertentes ou formas de condução do trabalho no campo das narrativas. A pesquisa que utiliza a narrativa como instrumento e a investigação da narrativa na educação – neste caso específico, na educação em saúde. No primeiro caso, a narrativa como método de investigação tem sido utilizada como instrumental de coleta de dados, como material de trabalho nas pesquisas qualitativas. Segundo Galvão (2005), “pressupõe uma postura metodológica na interação entre investigador e participantes, um jogo de relações baseado na confiança mútua e na aceitação da importância de cada um na coleta de dados e na sua interpretação” (id., p. 342).

No segundo caso, a narrativa em seu uso didático, como ferramenta de formação, “tem sido a principal alternativa metodológica para a concretização dos pressupostos teóricos de um processo ensino-aprendizagem que tenha o sujeito e a cultura como ponto básico de referência” (CUNHA, 2005, p. 191).

A autora faz um contraponto interessante ao afirmar que o uso das narrativas dentro deste contexto didático, no que ela denomina “dados narrativos”, não podem nem devem ter um caráter terapêutico. Já que existe a intenção de aproximar o sujeito de suas emoções, afetos e desejos, existe uma delicada separação entre essas experiências que fica sob a responsabilidade daquele que colhe a narrativa de discernir. O foco deve estar dirigido para o “reconhecimento e a reflexão do sujeito sobre si mesmo para melhor reconhecer-se como profissional educador” (id., p. 192). É importante ressaltar a ênfase que Cunha faz ao profissional educador, entendendo que a Educação e o trabalho com professores é a base de seus estudos. Procuro, neste trabalho, ampliar esta noção aos trabalhadores de outras áreas, especificamente ao profissional trabalhador da saúde, compreendendo que o cerne da questão está no processo de reflexão a respeito da própria prática e não na categoria profissional.

Abro aqui parênteses para discordar de Cunha no que diz respeito ao caráter terapêutico do uso dos “dados narrativos”, estabelecendo uma diferenciação entre processo terapêutico e a terapia. Parece-me que a autora tenha utilizado essa palavra no sentido de marcar um distanciamento entre o trabalho que ela descreve e uma psicoterapêutica que serve a fins de redução ou eliminação de sintomas. Isto posto, cabe dizer que o caráter terapêutico não pode e nem deve estar presente para o profissional formador, porém pode

ter esta característica para o profissional formado. O que é determinado como terapêutico é pessoal e não depende necessariamente de o contexto ter ou não essa característica.

Abrahão e Mehry (2014) questionam como reconhecer, no processo de formação no campo da saúde, **ferramentas** que, combinadas, transitem pela multiplicidade e extensividade do campo de forças e dos fluxos em interação, multiplicidade dada a partir do emprego das ferramentas pedagógicas e cuidado em ato.

Nesse sentido, a narrativa coloca-se como uma ferramenta que possibilita que o saber do trabalhador aflore. Operar um conceito como ferramenta é fazer uso de novos significados para dar conta do que acontece, em um processo de produção de subjetivação, de vida, de cuidado. "Cuidado entre vivos, com suas singularidades e multiplicidades, em acontecimento" (ABRAHÃO E MERHY, 2014, p. 317).

Os autores falam da formação enquanto dada por uma "ciência, técnica e racionalista, que opera a partir de um ponto de vista cientificamente comprovado. Dentro de uma lógica de um "produto pronto para ser consumido e reproduzido", que não valoriza a autonomia e a crítica, fazendo uma relação direta entre conteúdo e formação, deixando pouco espaço para a subjetividade e a produção de conhecimento, ou seja, com "uma baixa capacidade de produzir arranjos pedagógicos que apresentem formas diferentes de aprender e provoquem outras possibilidades na identificação dos distintos modos de existir que há no mundo" (id., p.314).

Uma formação instaurada a partir de outro lugar, sob outra perspectiva, que convida o aluno a experimentar, criticar e participar da experiência de aprender e ensinar, e que traz consigo a possibilidade, como refere Cruz et al., de reinventar a formação e a atuação do campo da produção do cuidado em saúde "que tomam muito mais as desaprendizagens e as potencialidades dos diferentes atores envolvidos" (2015, p. 722). Além de possibilitar uma relação dialógica entre os processos de formação em saúde e o mundo do trabalho, onde "outras possibilidades emergem nas mais diferentes práticas cotidianas que alargam o imperativo biológico na formação e na atuação no campo da saúde e apostam muito mais no encontro e em sua potência criativa, do que na *ensinagem*³² e no distanciamento (CRUZ et al., 2015, p. 722)".

Segundo Larrosa (2002), é possível pensar a educação em termos da relação entre ciência e técnica que abarca uma perspectiva determinada e disciplinadora, ou na relação

³² A palavra encontra-se com esta grafia no texto original.

entre teoria e prática em uma perspectiva política e crítica em que, para o autor, faz sentido a palavra "reflexão" e expressões como "reflexão crítica", "reflexão sobre prática ou não-prática" e "reflexão emancipatória" (id., p. 20).

Desta forma, compreende-se que, para o autor, o sujeito da educação é um sujeito crítico, portador de um arsenal de estratégias reflexivas que o possibilita a pensar sobre o que acontece a si, ao outro e ao mundo, comprometido e partidário da educação como práxis política. A partir desta perspectiva que convida a pensar a educação para além do "raciocinar", do "calcular" e do "argumentar", mas como uma possibilidade de “dar sentido ao que somos e ao que nos acontece” (id., p. 21), colocando esse pensar em relação à experiência. “[...] o saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal” (id., p.27).

Larrosa citando Heidegger nos fala da experiência:

[...] fazer uma experiência com algo significa que algo nos acontece, nos alcança; que se apodera de nós, que nos tomba e nos transforma. Quando falamos em "fazer" uma experiência, isso não significa precisamente que nós a façamos acontecer, "fazer" significa aqui: sofrer, padecer, tomar o que nos alcança receptivamente, aceitar, à medida que nos submetemos a algo ... deixar-nos abordar em nós próprios pelo que nos interpela, entrando e submetendo-nos a isso. Podemos ser assim transformados por tais experiências, de um dia para outro ou no transcurso do tempo" (id., p.25)

O autor refere que a ciência moderna desconfia da experiência justamente por seu caráter pessoal e singular e a coloca como uma parte do *método* científico, da ciência objetiva, transformando-a em método experimental, em experimento, “em uma etapa no caminho seguro e previsível da ciência [...] o modo como o mundo nos mostra sua cara legível, a série de regularidades a partir das quais podemos conhecer a verdade do que são as coisas e dominá-las.” (id., p. 28).

Definindo a experiência como radicalmente diferente do experimento, Larrosa pretende esclarecer que a primeira é singular, enquanto o segundo, genérico; se aquela produz diferença, heterogeneidade e pluralidade, o outro homogeneiza. Se a experiência tem a sua potência na incerteza, o experimento fortalece-se na certeza e na repetição.

Autor de outro campo de investigação, mas que também dá centralidade ao tema da consciência e da experiência humanas “insistindo na centralidade da ação humana no fazer da história” (Velasques, 2016 apud Dworkin, 2014, p. 97), Thompson é um historiador que trabalha com a ideia de que é por meio dessas experiências e vivências do cotidiano,

compreendendo essa dimensão da realidade “na relação entre teoria e prática que ele vai buscar compreender a maneira como homens e mulheres são sujeitos de sua história, ainda que dentro de uma situação determinada” (Ramos e Maratori, 2017, p. 75). Revela-se um pensador comprometido com a perspectiva da transformação social, que não só compreende os homens e as mulheres como produtores do processo histórico, como vê na tomada de consciência destes a possibilidade de transformação.

As autoras referem que Thompson propõe a categoria “experiência humana” em seus estudos, buscando “compreender a influência do ser social sobre a consciência social” (2017, p. 77), sempre tendo em vista que “para o entendimento desta realidade social, é fundamental que o estudo interrogue os trabalhadores, porque são eles que viveram e vivem a experiência de autofazer-se cotidianamente, tanto individual quanto coletivamente.” (id., p. 78) A partir deste viés propõe um olhar para o cotidiano, para o miúdo das coisas, para a delicadeza das experiências particulares, dirigindo o olhar para aquele trabalhador que não está nas camadas de comando.

Os pesquisadores Jean Clandinin e Michael Connelly tiveram a influência de John Dewey (1859-1952) em seu trabalho. Conhecido como um grande defensor de uma abordagem da educação baseada na atividade e centrada na resolução de problemas, para quem “estudar uma experiência de vida seria a palavra-chave para a Educação” (2015, p. 17). Educadores de formação, Clandinin e Connelly sempre estiveram interessados na aprendizagem, no ensino e na maneira como o processo de aprendizagem ocorre, focando justamente na experiência vivida pelos sujeitos, suas vidas e como essas vidas são vividas: “A vida das pessoas e como elas são compostas e vividas é o que nos interessava observar, participar, pensar sobre, dizer e escrever sobre o fazer e o ir e vir de nossos colegas, seres humanos.” (id., p. 22). Os autores propõem pensar a pesquisa como o estudo da experiência, entendendo-a como profundamente imbricada na vida, de forma a uma não poder ser compreendida sem a outra.

Nesta perspectiva, estudar Educação é estudar a experiência, e para os autores a narrativa tornou-se um “caminho para o entendimento da experiência” (id., p. 27), entendendo experiência como as “histórias que as pessoas vivem” (ibid). Desta forma, quando lançamos mão da narrativa, em sua forma oral ou escrita, falamos da utilização de histórias como metodologia de aprendizado e cuidado em saúde e de um método de investigação, reflexão e formação em educação.

A partir desta perspectiva, é possível pensar os cursos do Projeto REDE SAMPA como um local privilegiado para experimentações e experiências, um espaço promotor de deslocamentos no processo formativo e na produção de conhecimento, como refere Cruz et al (2015), à medida que coloca o saber do trabalhador em foco, fornecendo condições para que este seja um participante ativo no processo de aprendizagem.

A experiência como elemento dinamizador da formação implica colocar-se à disposição do exercício de apreender com e no mundo do trabalho, enquanto um campo essencialmente micropolítico. A formação nos convoca a experimentar durante o cuidar, durante o ato do trabalho; despertar sensações e afetos produzindo-se no cuidado." (ABRAHÃO E MERHY, 2014, p. 317)

Formar é estar em formação, é produção, é **produzir-se** (id., p. 319), no sentido em que, ao estarmos com o outro, em relação, no decorrer do processo, estamos nos constituindo, construindo saberes, produzindo novas formas de ser e de estar no mundo, em ato, na experiência viva, tentando dar sentido para aquilo que nos atravessa, tentando colocar em palavras o que é afeto, buscando dar conta da desorganização em que nos coloca o processo formativo. Dar sentido ao caos que nos abarca.

Desta forma, é sempre nas experiências concretas, na realidade concreta que nos desenvolvemos, construímos a nossa própria concepção de mundo, onde teorizamos e colocamos em prática nossos novos saberes. Não é um saber que vem de fora e vem somar, mas focado na vida e atos do cotidiano, naquilo que se faz na prática. O que é revolucionário aqui é a possibilidade de pensar criticamente na própria experiência e fazer escolhas.

CAPÍTULO 3 - DELINEAMENTO METODOLÓGICO

3.1 CONSIDERAÇÕES TEÓRICO METODOLÓGICAS

Este trabalho pretende contribuir para o campo dos estudos da Educação em Saúde à medida que traz para a discussão a experiência do trabalhador, a narrativa de sua prática cotidiana e a construção de um pensamento crítico, a partir dos processos formativos. Uma oportunidade para abrir espaço para ouvir as histórias dos trabalhadores no que concerne à sua prática profissional, dando voz e escuta, tendo como perspectiva a construção do conhecimento a partir de experiências e histórias de vida.

A partir da utilização de uma estratégia, já bastante utilizada nos campos da Educação e da Pedagogia, analisou-se em que medida as narrativas coletivas produzidas nos cursos do projeto REDE SAMPA contribuem para a reflexão a respeito da própria prática, dos trabalhadores da rede. Questionou-se se a narrativa pode ser utilizada de forma a potencializar a autonomia destes trabalhadores a partir do conceito de que "as narrativas provocam mudanças na forma como as pessoas compreendem a si próprias e aos outros, e por esse motivo são importantes estratégias formadoras de consciência numa perspectiva emancipadora" (CUNHA, 1997, p. 185).

Uma pesquisa narrativa pode ser desenvolvida pelo contar histórias ou pela vivência de histórias "como um tipo de pesquisa que pode criar oportunidades para que as pessoas (pesquisadores e participantes) construam suas vozes e possam construir e compor significados de suas próprias histórias" (MELLO, 2005, p. 98). Nela, o foco está na experiência que o indivíduo teve em determinada vivência, como colocado por Connelly e Clandinin (1995, p. 12), caracterizando-se pelo estudo da forma como os seres humanos experimentam o mundo e a maneira como dão significado a essas experiências; é pensar como pesquisadores e participantes vivem, relatam, compreendem suas histórias, e a partir daí criam novas histórias a serem vividas, nas quais "histórias não são parte da pesquisa, elas são a pesquisa." (MELLO, 2005, p. 91).

Diferenciando-se de outros métodos que utilizam narrativas, histórias de vida, biografias e autobiografias, a Pesquisa Narrativa (Narrative Inquiry) baseia-se no estudo da experiência como história (CONNELLY E CLANDININ, 2004). No entanto, tal afirmação vem acompanhada de um lembrete – da não intenção de definir narrativa de forma a fechar a questão ou a excluir da discussão outras perspectivas que existam a respeito do assunto

(id., 2011, p. 84). Os autores visam assim a contextualizar esse campo de pesquisa a partir do recontar de suas práticas, ampliando, desta forma, o espectro de possibilidades.

Connelly e Clandinin (2004) contam que seu trabalho com a pesquisa narrativa recebeu forte influência da visão de experiência de John Dewey – a saber, as noções de situação, de continuidade e de interação, que em releitura agregam à pesquisa narrativa os termos sociabilidade, temporalidade e lugar.

Em relação à sociabilidade, Connelly e Clandinin (2004) entendem que o pesquisador, dentro desta perspectiva, precisa de considerar as condições pessoais, compreendendo-as como variáveis internas do sujeito, devendo estar sempre atento aos afetos, sentimentos, desejos e emoções presentes, assim como às condições sociais entendidas aqui como o ambiente, as variáveis e as forças externas ao sujeito que interferem no e participam do contexto em que as experiências são vividas.

Sobre a temporalidade, Connelly e Clandinin (2004) entendem que a história apresentada no presente é resultado de influências do passado e prospecta o futuro, em um contínuo experiencial que conecta o que já se passou com as possibilidades vindouras. Quando reconstruímos as experiências relatadas e vividas e compomos significados para refletir sobre o conhecimento construído e sobre formas alternativas para construir novas experiências no futuro.

O lugar, para Connelly e Clandinin (2004, p.10), “são as divisas concretas específicas, físicas ou topológicas nas quais a pesquisa e os eventos ocorrem”, e levam em consideração as variantes do espaço, colocando em xeque essas variáveis. Tal afirmação pressupõe que histórias são contadas de maneira diferente a partir do contexto em que são narradas.

A contribuição de uma pesquisa narrativa está mais no âmbito de apresentar uma nova percepção de sentido e de relevância acerca do tópico de pesquisa do que em divulgar um conjunto de declarações teóricas que venham somar ao conhecimento na área (CONNELLY E CLANDININ, 2011). A Pesquisa Narrativa, tal qual pensada por esses autores, propiciou o eixo estruturante deste trabalho e forneceu a necessária aproximação com o tema que se desenhava. Tal estrutura iniciou-se com a narrativa da experiência do pesquisador deste estudo, sua autobiografia.

Ao colocar-me pessoalmente narrando as experiências que me trouxeram até aqui, a intenção foi aproximar-me das narrativas orais e escritas que encontrei pela frente.

Relembrando as histórias passadas, possibilitando a abertura aos encontros, posicionei-me não apenas como ouvinte, mas como construtora de uma narrativa coletiva que será produzida conjuntamente com os sujeitos da pesquisa, de maneira a desenvolver um trabalho pelo contar de histórias ou pela vivência de histórias, na qual “o pesquisador vive a experiência com seus participantes de pesquisa e colaborativamente tentam construir significados para histórias vividas” (Mello, 2005, p. 89).

A ideia, ao utilizar a investigação narrativa, está na possibilidade de um diálogo a respeito do significado da construção da narrativa coletiva e da participação dos entrevistados no projeto, tecendo uma malha em que todas as histórias se imbricam e confluem em direção à própria história da formação e estruturação do projeto REDE SAMPA. Josso (2007) denomina esse cenário “pesquisa-formação”, à medida que a atividade de pesquisa

contribui para a formação dos participantes no plano das aprendizagens reflexivas e interpretativas, e situa-se em seu percurso de vida como um momento de questionamento retroativo e prospectivo sobre seu(s) projeto(s) de vida e sua (s) demanda (s) de formação atual (id., p. 421).

A memória tem um papel fundamental na narrativa. É a partir do que vivemos e daquilo que podemos contar a respeito que revivemos a experiência dando novos sentidos a ela, ressignificando a história. Desta forma, a metodologia de pesquisa narrativa segundo Abrahão (2003, p. 86) "aposta na capacidade de recuperar a memória e de narrá-la desde os próprios atores sociais", indo em direção alternativa a modelos de pesquisa mais rígidos, buscando valorizar a subjetividade e as sutilezas que são dificilmente detectadas em outras modalidades de investigação.

A escolha por ouvir os trabalhadores que participaram dos cursos do Projeto REDE SAMPA como alunos, assim como os docentes e os coordenadores de área que os estruturaram, visa a dar voz aos participantes, cada um em sua esfera, ouvindo-os a respeito do processo vivido, em busca de suas histórias, memórias e lembranças, esperando que possam acessá-las, contá-las de forma a relacionar suas experiências, seus sentidos, e a construção do projeto, focando particularmente na elaboração da Narrativa Coletiva. Nas palavras de MELLO (2005, p. 101),

no papel de pesquisadora, creio ser a Pesquisa Narrativa um paradigma inclusivo, no qual o conhecimento prático pessoal, construído a partir das experiências pessoais de pesquisadores e principalmente de participantes de pesquisa, é ouvido e considerado.

Outros autores também nos ajudam a pensar metodologicamente a análise dessas narrativas. A autora Mary Jane Spink apresenta um modo de fazer pesquisa que se estrutura no saber cotidiano, destacando “as maneiras pelas quais as pessoas produzem sentidos e posicionam-se nas relações sociais, no *locus* onde se produzem sentidos e se significam determinadas práticas.” (Guareschi, 2010, pg. IV).

Segundo Spink (2010), o termo Práticas Discursivas vem sendo desenvolvido e utilizado pelo Núcleo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde da PUC São Paulo, com sentido de “a linguagem em uso” (p. 26), evidenciando a importância do papel da linguagem na interação social, com destaque para a noção de contexto. A perspectiva apresentada por Spink (2010) fundamenta-se na investigação do saber cotidiano, e traz consigo três aspectos centrais que a estruturam: reação ao representacionismo, compreensão de que a ciência espelha a sociedade; a desconstrução da retórica da verdade; e o fortalecimento de grupos socialmente marginalizados à medida que dá voz aos que não são protagonistas nos processos científicos. Tais aspectos rompem com o *modus operandi* tradicional de compreensão do saber, pautada na explicação das ciências biológicas e exatas. Essa ruptura refere-se ao modo como a ciência é desmistificada através de questionamentos epistemológicos, que se dão desde dentro do campo da própria ciência, mas também por questionamentos que se dão por parte da sociedade, ou seja, desde o lado de fora, por leigos.

Segundo a autora, a Reflexividade tal qual conceituada por Beck caracteriza-se pela “abertura à revisão crônica das práticas instituídas à luz de novas informações” (2010, p. 07), entendendo esse movimento de revisão como uma necessidade de que os conceitos anteriormente adquiridos sejam postos à prova e novas proposições possam emergir, a partir de uma possibilidade de pensar de maneira reflexiva. Este é um movimento intrínseco à Ciência e questionar a hegemonia do conhecimento abre a possibilidade para a validação de outras metodologias, saindo de uma posição ensimesmada, de “uma prática que não abria as portas do laboratório à inspeção pública”.

A investigação construcionista é uma teoria do conhecimento que rompe com a noção representacionista que entende a mente como espelho do mundo e parte para uma perspectiva de que a construção do conhecimento é algo que as pessoas fazem coletivamente a partir das práticas sociais, em que a ideia de participação ativa se sobrepõe ao lugar de passividade, contando com o que cada sujeito carrega consigo em forma de experiência, de memórias e de vivências (Spink, 2010).

Para que possamos indicar uma pesquisa como construcionista, é fundamental entender como a categoria de nosso estudo foi construída socialmente, em que contexto histórico surgiu. A narrativa coletiva produzida pelos alunos/trabalhadores da Rede de Saúde do município de São Paulo, no período de 2014 e 2016, dentro do projeto de Saúde Mental Rede Sampa, que deu origem aos sentidos diretamente relacionados às experiências vividas naquele contexto interacional.

A relevância dada à questão do contexto na pesquisa construcionista deve-se ao fato de que outro momento histórico, com outros atores, criaria, certamente, outras narrativas. O sentido que é dado ao instrumento narrativa coletiva é relativo à construção do projeto, baseado na experiência daqueles que o constituíram desde seus primórdios, daqueles que referendaram a utilização do termo dentro do sentido que tinha para aquele grupo de trabalho.

É importante ressaltar que o termo narrativa coletiva utilizado pela equipe tinha um sentido inicial e foi ganhando outras nuances conforme foi sendo apropriado e empregado pelos coordenadores, docentes e alunos dos cursos em questão, como também a tarefa deste trabalho é o de investigar os sentidos que esse instrumento teve para cada entrevistado.

Spink (2010) trabalha com uma matriz de construção de sentidos de três tempos, “concomitantemente, uma microanálise (o Tempo Curto da interação), uma pesquisa das estruturas geradoras de *habitus*³³ (o Tempo Vivido) e uma exploração da história das ideias (o Tempo Longo)” (id., p. 26), embora ressalte que a análise dos dados privilegia o tempo da interação, o tempo curto do encontro, da coleta de dados, da dinâmica da produção do sentido do aqui/agora, visto a importância do “trabalho com a linguagem em ação” (id., p.26), já que neste se evidenciam a produção de sentidos e sua dinâmica social cotidiana. Ao escolher trabalhar com as práticas discursivas, partimos do pressuposto de que os conteúdos são contextuais, o sentido do que foi dito está diretamente relacionado ao contexto em que foi dito.

Sem trabalhar com uma perspectiva temporal cronológica ou linear, o tempo a que se refere a autora é o tempo presente quando se narra uma história, é a atualização do passado ou a antecipação do futuro sempre na presentificação do encontro. O Tempo curto refere-se à dinâmica da produção de sentido, no momento em que ele acontece, sendo nele

³³ Segundo SPINK, o conceito de *habitus* conforme proposto por BOURDIEU (1994) tem valia estruturante enquanto apoio teórico “que o define como o sistema de disposições duráveis, estruturas estruturantes que funcionam como matriz de percepções, apreciações e ações.”

que se “presentificam as diferentes vozes ativadas pela memória cultural do tempo longo ou pela memória pessoal do tempo vivido” (id., p. 34). O Tempo vivido diz respeito à pesquisa das estruturas geradoras, ao tempo da socialização onde aprendemos a usar os diferentes repertórios a partir dos múltiplos ambientes por onde passamos durante o nosso desenvolvimento. Em outras palavras, é o tempo do que fazemos com aquilo que herdamos e de que nem sempre temos consciência. O Tempo longo é o tempo daquilo que nos é dado quando nascemos, a cultura e aquilo que já estava produzido antes de nascermos, da exploração da história das ideias, dos repertórios linguísticos, da ciência, da religião, entre outros.

O sentido que produzimos nas interações conforme refere a autora é uma construção social, coletiva e interativa, sempre situada em um contexto e perpassado por fatores históricos e culturais, por meio dos quais são construídos os termos com os quais as pessoas dão conta das experiências que acontecem com elas e com as situações que acontecem à sua volta.

O presente trabalho compreende sua inserção no Tempo Longo do contexto sócio-histórico-cultural da realização da pesquisa, especificamente referindo-se ao SUS. Já o momento da criação, implementação e desenvolvimento do projeto REDE SAMPA, alvo deste estudo, constitui-se nos Tempos Vivido e Curto, tanto no que se refere ao momento presencial de ensino quanto ao momento de encontro das entrevistas e dos grupos focais.

3.2 ETAPAS DA COLETA DE DADOS

Para a realização deste estudo utilizou-se uma abordagem qualitativa, lançando mão de dois instrumentos de coleta de dados:

3.2.1 Grupo Focal

Ao princípio do estudo, quando o projeto de investigação a respeito das narrativas coletivas começou a tomar corpo como estratégia na educação, eu estava fortemente direcionada única e exclusivamente para o material escrito realizado pelos alunos. Minha intenção era entrar em contato com essa produção através da leitura dos textos. Conforme fui me aprofundando na literatura, conhecendo novos autores, fui me dando conta de que a riqueza deste processo estava justamente na interface entre o produto final e os seus autores, que a voz daqueles que estavam por detrás das narrativas foi sendo ouvida muito lentamente.

A partir do momento a que desejei conhecer os autores, minha perspectiva abriu-se para a possibilidade de reunir grupos que estiveram juntos nos cursos para trabalharmos em conjunto o material escrito, fazendo uma narrativa deste processo, partindo do olhar para o passado, reavaliando o processo de confecção da narrativa, presentificando-a. Minha ideia era trabalhar com grupos focais.

Segundo Trad (2009, p. 778) o grupo focal é uma técnica utilizada na pesquisa qualitativa que coleta informações por meio de interações grupais, tendo como objetivo “apreender percepções, opiniões e sentimentos frente a um tema determinado num ambiente de interação”, que pode ser utilizada como técnica única ou pode compor com outras técnicas. A autora refere que, para Morgan (1997), é uma técnica derivada das entrevistas em grupo que tem como estratégia a coleta de informações a partir das interações entre os participantes de um grupo. Para Kitzinger (2000), é uma forma de entrevistas com grupos, baseadas na comunicação e na interação, cujo objetivo primordial é a coleta de informações a respeito de um tópico específico, visando à obtenção de variada gama de opiniões sobre o mesmo tópico.

Inicialmente, planejamos iniciar o grupo focal convidando os participantes a lerem a Narrativa Coletiva que foi elaborada como atividade de finalização do curso, em um momento de resgate de memória e de atualização dos fatos, já que, ao terem se passado mais de três anos, a possibilidade de esse assunto não estar “fresco” na lembrança das pessoas era grande. Depois, conversaríamos a respeito das práticas sociais desempenhadas no cotidiano do trabalho, a discussão dos paradigmas da reabilitação psicossocial e da produção de consensos acerca do cuidado integral nos territórios de trabalho, assim como o próprio processo de construção da Narrativa Coletiva.

Contudo, não foi assim que os acontecimentos se deram. Em primeiro lugar, tive de encarar o grau de dificuldade que era propor uma atividade com mais de um encontro, que aconteceria em horário de trabalho, com impactos na agenda de diversos trabalhadores. Seria praticamente inviável conseguir a autorização das chefias envolvidas. Mesmo que eu me dispusesse a ir até as unidades, as narrativas foram realizadas por trabalhadores de diversos equipamentos, a logística seria muito complicada – reunir pessoas que trabalham no mesmo território, mas com horários e agendas diferentes. Fazer fora do horário de trabalho, à noite ou aos finais de semana, também não era uma opção à medida que os trabalhadores não adeririam com facilidade. Eu, por outro lado, não via sentido em propor algo que se

encerrasse em um único encontro, já que, àquele momento, pensava em um processo a ser desenvolvido com os participantes.

Assim, analisando as dificuldades em reunir os grupos originais, pensei em fazer grupos focais com trabalhadores que tivessem realizado alguns dos cursos na mesma região, e efetivamente participado da confecção da narrativa. De minha parte, permanecia a motivação de promover vários encontros para a discussão das temáticas. Talvez por minha origem psicoterapêutica e por nunca ter realizado um grupo focal anteriormente, estava certa de que seria fácil e interessante trazer as pessoas para participar. Fui alertada de que não seria uma tarefa fácil convencer as pessoas a participarem de um encontro, quiçá dois ou mais, pois o que é interessante para mim não é necessariamente interessante para os outros.

Já tendo desistido da dinâmica de levar as narrativas para serem lidas junto a seus autores, passei a elaborar questões objetivas que pudessem abarcar os assuntos de meu interesse e também fornecer dados para uma reflexão sobre o tema. A este ponto do caminho, restrita ao grupo focal que conseguiria montar, iniciei o processo de seleção dos participantes.

Foram selecionados trabalhadores que tivessem participado de pelo menos dois cursos do eixo Cursos de Qualificação Profissional do Projeto REDE SAMPA³⁴, entre os anos de 2014 e 2016, desta forma tendo participado da confecção de pelo menos duas Narrativas Coletivas. A definição por esse número ateu-se a escolher pessoas que tivessem passado pelo processo de escrita do trabalho de conclusão de curso mais de uma vez, possibilitando uma percepção ampliada do processo. É importante ressaltar que foram considerados participantes da Narrativa Coletiva aqueles que tiveram conceito satisfatório e receberam a certificação de conclusão de curso.

Ao todo, entre os anos de 2014 e 2016 foram realizadas 148 turmas, com 2.714 alunos aprovados, gerando 148 narrativas finais. Precisava saber destes alunos, quantos tinham participado de dois ou mais cursos. A partir do levantamento dos relatórios de finalização das turmas, montei uma lista única a partir da qual foi possível verificar esses

³⁴ Os sete cursos que já tinham sido realizados e que entraram no recorte da pesquisa: Área 1: Atenção à Saúde Mental da Infância e Adolescência – “Atendimento Familiar” e “Vulnerabilidades e Situações de Risco”; Área 2: Atenção à Saúde Mental do Adulto e à Crise – “Manejo de Crise” e “Psicopatologia e Medicalização”; Área 3: Atenção à Saúde dos Usuários de Substâncias Psicoativas – “Histórico e Epidemiologia do Uso de Drogas”, “A Clínica das Dependências e Redução de Danos”. Área 4: Rede de Atenção Psicossocial – “O SUS, a Reforma e os Desafios para a Construção de Rede”.

números. Cheguei ao total de 176 pessoas que participaram de mais de dois cursos, sendo 138 sujeitos participaram de dois cursos, 29 participaram de três cursos, 05 sujeitos participaram de quatro cursos, 02 participaram de 5 cursos, 02 participaram de 06 cursos e 01 sujeito participou de 07 cursos. Esta última, por ser uma funcionária da Escola Regional que acompanhava os cursos, não tendo participado da confecção das narrativas, foi excluída.

Por entender que estava trabalhando ainda com um número muito grande de sujeitos, incluí a participação em Rodas de Conversa como pré-requisito a partir do entendimento de que a participação nas Rodas que antecederam os cursos daria ao participante da pesquisa uma experiência ampliada do processo. Encontrei 32 sujeitos que participaram de uma Roda de Conversa e 11 que participaram de duas Rodas, totalizando 43 pessoas que seriam potencialmente convidados a participar dos Grupos Focais. Retirando desta lista participantes que eram estagiários dos serviços à época dos cursos e que não estavam, para mim, na categoria trabalhadores, cheguei a 37 sujeitos de todas as regiões da cidade que fizeram mais de dois cursos, participaram das Rodas de Conversa e participaram da confecção das Narrativas Coletivas.

Como os cursos aconteceram regionalmente, com as turmas divididas por territórios de atuação, a lógica seria manter esta divisão para a realização dos grupos, e com isso tomei a decisão de não misturar nos grupos pessoas de regiões diferentes. Os números encontrados facilitaram a minha decisão. Por região os participantes estavam separados da seguinte forma: Coordenarias Centro e Oeste 01 pessoa cada; Norte 02 pessoas; Sul 06 pessoas; Leste 07 pessoas e Sudeste 20 pessoas. Desta forma, o recorte foi a região Sudeste por ser aquela com o maior número de trabalhadores dentro do critério, e onde eu conseguiria formar grupos sem ter que misturar os trabalhadores de diferentes coordenadorias.

O local escolhido para o encontro foi a EMSR SUDESTE, onde aconteceram os cursos desta região, por ter localização conhecida e a possibilidade de evocar lembranças. Foram oferecidos dois horários, um pela manhã e outro à tarde com o intuito de proporcionar conforto aos participantes que poderiam adequar seus horários. Foi encaminhada uma carta convite por e-mail para a lista selecionada, convidando-os a participar do Grupo Focal, que foram planejados para terem a duração máxima de três horas.

No dia agendado estiveram presentes no Grupo Focal, além de mim, a outra coordenadora do projeto REDE SAMPA, também pesquisadora do mesmo grupo de

pesquisa, e uma estagiária de psicologia que acompanha o projeto desde janeiro de 2018 pela EMS. Os grupos foram gravados com recurso do aparelho celular e posteriormente transcritas na íntegra.

Foram realizados 02 grupos focais com profissionais da Rede de Atenção. O primeiro grupo contou com 04 participantes, todas do sexo feminino, autodeclaradas brancas, com idade superior aos 50 anos. Todas são funcionárias efetivas da SMS, trabalhando atualmente em CAPS ou CECCO e uma delas já está aposentada. A este grupo chamarei Grupo Focal.

O segundo grupo contou com a presença de 02 participantes, 01 do sexo feminino, 01 do sexo masculino, autodeclarados brancos, com idade entre 35 e 45 anos. Ambos trabalhadores de CAPS, 01 funcionário efetivo da SMS e 01 funcionário de OSS. A este segundo encontro chamarei entrevista em grupo.

3.2.2 Entrevistas

A necessidade de realizar entrevistas foi aparecendo ao decorrer do processo, conforme foi ficando clara a imprescindibilidade em entender os primórdios do projeto, as escolhas realizadas, a forma como essa estratégia acabou sendo pensada e realizada por aqueles que idealizaram as atividades, informações sem as quais a narrativa ficaria descontextualizada e sem base para uma análise crítica.

Conforme Minayo (2015), a entrevista pode ser “tomada no sentido amplo de comunicação verbal e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico” (p. 64), definida como uma conversa que é levada a dois, ou a vários, realizada sob a determinação e o convite do entrevistador, ou seja, o que a diferencia de uma simples conversação é a intenção, aquilo que se pretende conhecer, o direcionamento para a coleta de informações referentes a um determinado objeto de pesquisa.

A importância da entrevista na pesquisa qualitativa está relacionada ao material que produz o entrevistado, suas reflexões, seu jeito de ver e entender o mundo, a maneira subjetiva de compreender os fenômenos que contribuem para que o pesquisador compreenda seu objeto.

Nesta perspectiva, convidei a participar das entrevistas profissionais responsáveis pela construção, pelo planejamento e pela articulação do projeto junto ao Ministério da Saúde e Secretaria da Saúde do município, que, estando à frente do Projeto REDE SAMPA desde seu início, poderiam contar a história que ainda não está escrita em nenhum lugar. Estes indivíduos foram designados Idealizadores (I).

Em diferente patamar, com outra inserção no projeto, mas dentro de sua dinâmica desde o início das atividades estão os Coordenadores das áreas temáticas, profissionais contratados responsáveis pela elaboração de ementas, de conteúdos, de planos de aula dos cursos, bem como da formação e do acompanhamento dos docentes. Ao todo, participaram do projeto quatro coordenadores de área temática. Devido a conflito de interesses em relação à pesquisa, dois indivíduos foram entrevistados e identificados neste trabalho como Coordenadores (C).

Em relação aos docentes, a seleção foi direcionada aos que tivessem participado de pelo menos dois cursos do eixo Cursos de Qualificação Profissional do Projeto REDE SAMPA³⁵, entre os anos de 2014 e 2016, e que tivessem, desta forma, acompanhado a elaboração de pelo menos duas Narrativas Coletivas em dois cursos distintos, e ministrado aulas em pelo menos duas turmas em cada um deles. A ideia, àquele momento, era entrevistar docentes que tivessem uma gama maior de experiências em relação à estratégia em foco nesta pesquisa.

Ao todo tivemos, neste percurso, 27 docentes contratados, contando com 18 que estavam dentro dos critérios estabelecidos. Para obter um número representativo de entrevistas, mas que tornasse exequível a transcrição e a análise, estabelecemos que seriam escolhidos dois docentes de cada área temática, totalizando oito sujeitos, identificados como Docentes (D).

As entrevistas não tiveram lugar fixo para acontecer – a cada entrevistado escolheu-se um lugar de preferência, variando entre a EMS, a casa de uma das entrevistadoras, a casa das entrevistadas, a praça pública e o local de trabalho das entrevistadas. Nestas entrevistas, exceção feita à entrevista com a idealizadora do projeto, esteve presente como entrevistadora, além de mim, a outra coordenadora do projeto REDE SAMPA, também integrante do mesmo grupo de pesquisa, cujo tema versa sobre os sentidos da educação permanente para o trabalho em rede. As entrevistas foram gravadas com recurso de aparelho celular e posteriormente transcritas na íntegra.

³⁵ Os sete cursos que já tinham sido realizados e que entraram no recorte da pesquisa: Área 1: Atenção à Saúde Mental da Infância e Adolescência – “Atendimento Familiar” e “Vulnerabilidades e Situações de Risco”; Área 2: Atenção à Saúde Mental do Adulto e à Crise – “Manejo de Crise” e “Psicopatologia e Medicalização”; Área 3: Atenção à Saúde dos Usuários de Substâncias Psicoativas – “Histórico e Epidemiologia do Uso de Drogas”, “A Clínica das Dependências e Redução de Danos”. Área 4: Rede de Atenção Psicossocial – “O SUS, a Reforma e os Desafios para a Construção de Rede”.

As entrevistas foram elaboradas de forma semiestruturada, ou seja, constituídas por questões abertas cuja função era propiciar a conversação, pretendendo captar o entendimento dos sujeitos a respeito de alguns temas, como o processo de confecção das narrativas, a proposta de inclusão da estratégia de ensino nos cursos, seu desenvolvimento junto aos alunos, percepções sobre a sua utilidade e a opinião sobre o resultado obtido. Estas entrevistas foram realizadas em parceria, como mencionado anteriormente, já que estão dentro do mesmo espectro de interesse. Como os focos das duas pesquisas são distintos, embora na realidade estejam imbricados, decidimos que a entrevista deveria começar com as questões da outra pesquisadora, seguidas pelas minhas, que dizem respeito apenas às Narrativas Coletivas, desta forma indo dos assuntos mais amplos aos mais específicos. Esta organização mostrou-se muito potente durante o processo, já que as questões trazidas pela pesquisadora abriram portas, permitindo aquecer e reavivar a memória dos entrevistados.

As questões específicas desta dissertação passaram pelo conhecimento prévio da utilização de narrativas como estratégia na educação, como foi a produção das narrativas coletivas para o docente, e como entenderam esse processo para os alunos, a utilização da plataforma EaD, a experiência da escrita como algo presente na rotina de cada um. Não houve uma rigidez em relação à ordem dos assuntos e nem todas as perguntas apareceram da mesma forma – cada entrevista configurou-se como uma narrativa daquele encontro, daquele momento, fluindo na direção que o entrevistado e entrevistador seguiram.

As entrevistas foram realizadas nos meses de setembro e outubro de 2018 com os seguintes sujeitos: 01 Idealizador do Projeto; 02 Coordenadores das áreas temáticas; 08 Docentes; e 01 Funcionária que acompanhou os cursos em uma Escola Regional, totalizando 12 entrevistas. Os entrevistados são 10 sujeitos do sexo feminino e 02 do sexo masculino, todos da área da saúde, sendo 10 psicólogas, 1 fonoaudióloga e 1 terapeuta ocupacional. 10 deles declararam-se brancos, 01 autodeclarou-se parda e 01 autodeclarou-se amarela. A faixa etária dos entrevistados variou entre 34 e 61 anos de idade.

3.3 CUIDADOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi devidamente encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), CAAE nº 93507018.1.0000.5241 e nº do parecer 2.847.024 e posteriormente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – SMS/SP, CAAE nº

93507018.1.3001.0086 e nº do parecer 2.992.518, estando desta forma a pesquisa em consonância com as normas vigentes e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) utilizados. A necessidade de submissão a dois comitês de ética constitui-se como um fator decisivo no tempo disponível para a realização desta dissertação.

3.4 PROCEDIMENTOS DE TRANSCRIÇÃO E DE PRÉ-ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Manzini (2014)³⁶, a transcrição pode ser entendida como uma das fases da entrevista. Este momento é aquele a que o entrevistador entra novamente em contato com o material obtido na entrevista a partir de uma outra perspectiva, da escuta do material coletado. Segundo o autor, ao momento da entrevista a atenção está voltada para o entrevistado, para as perguntas, para o ritmo da entrevista, enfim, ao que está acontecendo àquele momento. O tempo da transcrição possibilita a escuta do material de forma distanciada, em outro ritmo, sem as pressões da etapa presencial. A importância desta nova escuta dá-se à medida em que nela surgem novas hipóteses, novas perguntas e descobertas, momento propício para a reflexão a respeito do material obtido.

O grupo focal e as entrevistas foram transcritos na íntegra, preservando a identidade dos entrevistados. Segue quadro com as siglas utilizadas

PARTICIPANTES	IDENTIFICAÇÃO
Entrevistadora	E1
Docentes	D1 a D8
Coordenadoras	C1 e C2
Idealizador	I1
Acompanhamento dos Cursos	A1
Grupo Focal	G1 a G4
Entrevista em Dupla	P1 e P2

³⁶ O texto do autor utilizado nesta dissertação faz parte do material utilizado para obtenção do título de Livre-docência em Educação intitulada “A entrevista como instrumento de pesquisa em Educação e Educação Especial: uso e processo de análise”, pela Unesp de Marília. Disponível em: http://www.oneesp.ufscar.br/texto_orientacao_transcricao_entrevista. Acesso em 25 de abril de 2019.

CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS DADOS

O intuito, neste trabalho, é analisar a utilização da Narrativa Coletiva como uma estratégia na formação em saúde para os trabalhadores do Projeto REDE SAMPÁ, buscando compreender se a narrativa pode constituir-se como tecnologia para a construção de um pensamento crítico e como um dispositivo para a transformação da prática.

Iniciamos a análise a partir do conhecimento prévio que as pessoas envolvidas no projeto, coordenadores, docentes e alunos tinham deste instrumento anteriormente ao contato com ele dentro do projeto, na forma como ele foi apresentado – como foi para cada um esse encontro.

De forma geral, para os todos os docentes entrevistados, para além do enfrentamento do desconhecido que é inerente ao início de qualquer novo processo, o REDE SAMPÁ trouxe consigo muitas propostas novas, sendo a narrativa, no início, apenas uma delas. A primeira experiência na docência, a primeira vez com o acompanhamento à distância pela plataforma EaD, o ineditismo do projeto do ponto de vista do trabalho com equipes formativas, uma metodologia dos modos de fazer que agregou os profissionais na escolha dos temas.

Eu acho que é narrativa já aparece antes da (coordenadora do curso), se não me engano, quando vai, não sei se desde o processo seletivo, mas enfim, logo na apresentação a gente já sabia que tinha uma narrativa... eu acho que já tinha...um monte de coisa que tinha, mas que a gente não entendia; fomos com o passar do tempo, com as reuniões que fomos começar a entender. (D3)

Todos impregnados pelo ineditismo do começo, estavam juntos os que não conheciam o formato, os que não tinham tido experiências pregressas nem conhecimento a respeito, com aqueles que não achavam a narrativa “coisa de outro mundo [...] vem do trabalho de pensar da psicologia social [...] eu trabalhei com muita história de vida, né?” (D3), aqueles que já tinham notícia do trabalho de formação com educadores que usavam a metodologia, sem terem diretamente se envolvido “não um material que eu pus a mão, né?” (D2), os que traçaram paralelos dentro do seu universo de conhecimento “se aproximava um pouco [...] quando eu supervisionava estágios, porque os estágios também trabalham com uma narrativa que tem que combinar a experiência dele com a teoria então eu já estava familiarizada com essa construção” (D4). Os coordenadores que compuseram a equipe traziam consigo algum conhecimento sobre a narrativa, mas não aplicada do modo como aconteceu no projeto:

sou uma terapeuta sistêmica né, que trabalho sob a perspectiva do construcionismo social. Então trabalhar com narrativa pra mim faz todo sentido porque eu me interessei pelo trabalho de narrativa sob a perspectiva, a força da narrativa, sob a perspectiva do trabalho terapêutico [...] trabalhar sob a perspectiva da narrativa dos

profissionais, pra mim, dentro do Rede Sampa, foi um outra proposta que eu adorei nesse sentido, num é...Trabalho muito sério (C1).

Havia àquela ocasião, entre o grupo que se formou, uma aposta, uma criação coletiva que permitiu que cada um trouxesse os seus conhecimentos para a organização das ações, em um modelo horizontal – “acho que a gente fez um trabalho muito intenso de coautoria [...] os professores, os docentes, quando passavam também a ter contato com os seus alunos, os profissionais” (D2) – no qual a autoria, ou a origem de uma ideia não tivesse assim, muita importância. Porém, a partir da pesquisa que me propus a fazer, há relevância em saber a respeito do surgimento da ideia para tentar compreender seu percurso, entender como ela foi sonhada e como acabou sendo realizada. Perguntando para quem estava desde o começo, durante as negociações, antes mesmo de ser contratada, soube “Ah, essa narrativa veio da [...]” (C2), surgiu do desejo de ofertar visibilidade à prática que é realizada cotidianamente nos equipamentos da rede, pelos trabalhadores da saúde

E aí a história da narrativa eu comecei a achar interessante, né? Assim, na verdade, para mim eu pensei um pouco na questão do grupo operativo, de fazer a elaboração, ali, de elaborar a partir de um trabalho. Então eu acho que foi com essa ideia... Eu não gostava muito da história dessas plataformas. Elas são interessantes, mas achava ela um pouco burocratizada, tanto é que nos mudamos tudo, né? Vocês mandavam fazer de um jeito e gente fazia de outro, mas tudo bem, né? Mas deu certo (risos). (C2)

4.1 CONSTRUÇÃO COLETIVA DO PROJETO

A maneira como o projeto foi elaborado desde o princípio, a partir de um questionário que buscava entender as necessidades de formação dos trabalhadores em cada território da cidade, já dava indícios de que a construção não seria descendente e pouco colaborativa, como é comum quando nos referimos à maneira como a gestão habitualmente trata alguns temas, em especial aqueles ligados às ações de educação permanente em saúde. A inclusão da opinião das equipes de diversos equipamentos, além de fornecer um panorama do que era primordial em termos de formação, possibilitou a conexão entre os trabalhadores e o projeto muito antes de ele efetivamente ter início.

A equipe responsável pelo projeto, composta por profissionais da EMS e da área técnica de Saúde Mental da SMS e por interlocutores de Saúde Mental, nesta fase de construção inicial do Projeto, buscava incorporar Coordenadores que pudessem compor a equipe estando à frente das áreas temáticas que viriam a ser definidas a partir das demandas dos trabalhadores. Essa procura levou a conversas com professores e coordenadores de cursos

de renomadas universidades, a partir de indicações dentro das redes de conhecimento, visando profissionais com experiência em coordenação de cursos e com conhecimento da rede de saúde pública. Foi ponto pacífico que estes profissionais precisariam compreender a rede a partir da lógica do trabalhador, não da gestão, e que trouxessem consigo a valorização do trabalho em equipe.

Uma das Coordenadoras de área entrevistada contribui para a compreensão daquele momento ao ser perguntada a respeito do projeto como um todo:

Mas sabe que pra falar isso eu tenho que falar anteriormente, porque quando a gente começou a conversar junto, ainda quando nem tinha o projeto, pra mim eu me senti assim: dentro de uma totalidade de um... então aquilo tudo pra mim fazia parte, assim, [...] pra mim nunca passou essa pergunta, essa distinção que você tá fazendo, porque pra mim eu só via o Projeto como um todo. Essas áreas, no final acabei de ficando nessa área, mas a gente conversou tanto no início quando estava sendo... Foi bem antes... (C2)

O cuidado com a contratação dos coordenadores de área foi meticuloso, porque deles viria a “cara” do projeto, a delicadeza na composição entre as temáticas desejadas, as necessidades da gestão e o conhecimento do mundo acadêmico. Há uma marca estabelecida por aqueles que já são autores legítimos de seu trabalho e que permanecem permeáveis às trocas, ao saber do outro, ao novo que se apresenta, com uma atitude arrojada de confiança e desejo.

Para os coordenadores do projeto, era essencial que houvesse abertura e contato entre a rede e os quatro coordenadores contratados, providenciando assim a realização de Rodas de Conversa, momento ao qual os cursos já estavam elaborados e puderam ser discutidos coletivamente com os trabalhadores dos diferentes territórios, contando com a presença dos docentes selecionados e contratados. “Sentir-se parte do processo também de construção disso, faz muita diferença, do que só ser alguém que vai levar informação pensada e construída por uma outra pessoa” (D6).

Porque a construção ela foi coletiva desde o começo, quer dizer, os profissionais, o que a gente trabalhou como tema, lá com os professores, a execução, na verdade dos temas, eles foram previamente definidos pelos profissionais em cada uma das áreas, especificamente na minha área [...]. Então as Rodas de Conversas elas são fundamentais dentro de um processo de construção de educação permanente porque a partir daí você já vai sentindo também o que esses profissionais na sua prática precisam. E não a gente chegar na verdade, com uma, com uma proposta, às vezes muito boa que advém é, de um pesquisador ou de um coordenador, até com bastante expertise no tema, mas que só sai da cabeça dele. (C1)

O relato abaixo, de um dos docentes entrevistados, apresenta a percepção sobre este momento:

Eu participei da seleção [...] teve um momento, acho que coletivo, bastante construtivo no sentido de, acho que de conhecer a prática dos outros profissionais, e

como que eles vinham pensando a infância e adolescência, a saúde mental na infância e adolescência, a gente participou da capacitação, junto com a coordenação, aonde foi apresentado, um pouco, qual que era o caminho dos cursos né, dos três cursos. E aí a gente pode dialogar sobre os conceitos e pensar como levar isso para os trabalhadores que estavam, enfim, cursando. Não só a questão de conteúdo, mas acho que principalmente pensando em como articular isso com a prática deles e eu acho que esse é o maior desafio do Rede Sampa. Daí tem então o momento das aulas, né? (D6)

O trabalho encabeçado pela coordenação nas ações de planejamento começava a tomar corpo, agregando mais membros, valorizando momentos de troca de experiências. Os cursos não estavam prontos, eles partiriam do grupo, de uma tarefa que agora cabia a todos: formatar as aulas, trazer à vida aquilo que estava no campo das ideias – “eu participei junto com a equipe da configuração das aulas, né, para o próprio curso a partir do, da ementa, né, conforme tinha, vocês coordenadores tinham colocado, coordenador geral e junto com Coordenadores de Área. Aí, então, eu dei este curso (D3)” –, revelando a apropriação do trabalho em decorrência da presença nas diferentes etapas do processo, desde a ponta do novelo até o tecer da rede, evidenciando a delicadeza na urdidura da trama:

eu acho um diferencial do projeto e que também diz de uma posição ética que reverbera numa forma, né, numa metodologia dos modos de fazer, né. E a gente soube e participou né, dos grupos de conversa, das rodas de conversa com os profissionais para eleger os temas que eles achavam mais relevantes, que eles achavam que precisavam cuidar né (D2).

Falar do respeito pela participação do outro como efetiva e não como *pro forma* na operacionalização dos cursos é falar sobre a lógica do cuidado em rede, visando a uma “prática cuidadora” (Pinheiro e Ceccim, 2011, p.25), uma maneira de estar no trabalho em saúde que não só leva em consideração a opinião, mas abarca o desejo e o saber do outro, que permite a fala e que promove a escuta, um aprendizado da escuta que acontece à medida que se é escutado, uma rede que é construída com base em seus participantes, que atenta aos diversos pontos de atenção e suas necessidades. Nas palavras de uma das coordenadoras, “dentro da metodologia que a gente foi tentando criar, que é esse foco no grupo, deste estabelecimento de relação, de vínculo, de construir rede, que é uma possibilidade, ao mesmo tempo, das pessoas poderem refletir sobre si mesmas dentro desse processo do coletivo” (C2).

A construção coletiva e a proximidade entre os docentes e a coordenação do curso propiciou esse espaço de escuta e de acolhimento, como relata uma docente:

especialmente quando começou o Rede Sampa, que acho que tudo era muito novo pra todos, é, teve um espaço muito, muito acolhedor para isso, né? no sentido de que, de como que é estar diante dos trabalhadores, que questões eles trazem, é, como... na verdade acho que se a gente não se entende também acolhido, enquanto docentes, porque vêm muitas questões, vêm casos difíceis, vêm conflitos... (D6).

Possibilitou uma reverberação desta qualidade pelos cursos, uma circularidade que foi acontecendo entre a formação construída na formatação dos cursos e o que foi ofertado aos trabalhadores participantes dos cursos. A intencionalidade desta ação é narrada por uma das coordenadoras:

essa foi uma condição inclusive, que eu tinha colocado pra ficar, que teria que ir construindo uma relação entre a gente ali, porque aquilo que acontecer com a gente ali era o que deveria, a gente poderia revivenciar, se tivesse sentido para a gente, a gente faria também com esse sentido, né? (C2)

A importância dos encontros regulares de toda a equipe neste processo pode, ao longo do tempo, sedimentar as bases e reforçar a existência de um núcleo de apoio e de suporte para as ações, que, para além das reflexões sobre o curso e sobre o trabalho docente, ofereceu estrutura para a escuta da realidade cotidiana dos alunos em seus locais de trabalho: “então poder ter esse espaço onde a gente levava isso e tinha um apoio para pensar como dar esse suporte, inclusive para os trabalhadores, eu entendo foi fundamental, assim ao longo de todo percurso (D6)”. Outra docente acrescenta:

Aí tinham essas reuniões intermináveis que eram muito importantes, que estão todas gravadas porque a ideia era que um dia isso pudesse se transformar também num escrito [...] porque a gente começou a pensar que isso era formação em permanência, que é a formação que fica, né? Para nós também... (D3)

A circularidade das ações vai tomando forma a partir de uma lógica comum de trabalho, em uma ideia de *plataforma de lançamento* que, referenciada no posicionamento específico de cada integrante, nas particularidades de cada turma, de cada encontro, viabilizou a estruturação de uma rede articulada e potente. Uma das coordenadoras de área conta como via este momento “dentro da metodologia que a gente foi tentando criar, que é esse foco no grupo, deste estabelecimento de relação, de vínculo, de construir rede, que é uma possibilidade, ao mesmo tempo, das pessoas poderem refletir sobre si mesmas dentro desse processo do coletivo (C2).”

4.2 ESTRATÉGIAS DE CONSTRUÇÃO DAS NARRATIVAS

As Narrativas Coletivas foram sendo construídas, como dito anteriormente, a partir de algumas orientações básicas que versavam sobre a utilização da plataforma EaD, a ferramenta *wiki* e o propósito de sua confecção. O processo de desenvolvimento da narrativa, ou seja, as estratégias utilizadas para a construção da tarefa ficaram sob a responsabilidade de cada

docente. Não houve, por parte dos idealizadores do projeto, uma preocupação em formatar a atividade passo a passo, justamente para que houvesse espaço para customização.

A ideia era primeiro dar voz ao trabalhador, não para o teórico [...] por isso que não tinha roteiro também. Os professores ficavam desesperados com a gente – Mas qual é o roteiro? o roteiro é o seguinte, você não apresentou o assunto? O roteiro é os trabalhadores falarem da prática deles nesse assunto [...] (I1)

O acompanhamento das atividades realizadas à distância é atravessado necessariamente pela questão do conhecimento e pelo manejo de plataformas EaD. Para alguns docentes e coordenadores entrevistados, o trabalho com EaD era novidade e sua utilização causou impacto negativo “Eu não gostava muito da história dessas plataformas. Elas são interessantes, mas achava ela um pouco burocratizada, tanto é que nós mudamos tudo, né? (C2)”, referindo-se a como o trabalho à distância acabou sendo apropriado por cada docente de maneira diferente. Uma docente sentiu-se pouco à vontade com a ferramenta: “ai eu vou ser muito sincera assim, [...] eu prefiro trabalhar presencialmente e eu fazia esses incentivos muito mais presencialmente do que de fato pelo meio virtual [...]. Eu não gosto muito de trabalhar nos ambientes virtuais, né?”, expressando pouca afinidade com a modalidade de ensino – “não me dou bem num chat de EAD, né, acho que dá pra pular inclusive, assim. (D2)”.

Houve aqueles para quem a novidade foi encarada como desafio: “O EaD foi novo e a proposta de [...] construir esses espaços, ou a narrativa final, coletivamente [...] foi uma experiência nova também para mim. (D5)”, aqueles para quem a plataforma, o EaD e a narrativa se imbricaram em um grande e único processo: “É, então foi desafiador [...] como que a gente vai conseguir fazer isso? [...] como também implicar todos nesse processo [...] é uma fala coletiva num texto único, né? (D6)”.

Outro fator que perpassou o trabalho à distância foi a instabilidade da plataforma Moodle® utilizada pela EMS. As dificuldades na aprendizagem e na utilização foram relatadas pelos entrevistados: “Eu apanhava um pouco com o EaD, mas eu acho que eu me relacionei positivamente com ele, quando não pifava me ajudava”. A mesma docente prossegue:

Eu acho que uma coisa que a gente ainda inexperiente e que então perdeu um pouco de organicidade, era aquela ideia de que as wikis semanais iam ser o grande alimento da narrativa, eu acho que isso não rolou muito por várias questões. Dificuldade da plataforma de acesso, falta de hábito da discussão virtual em paralelo da discussão presencial, né, acontecia um pouco, mas não era... (D7)

Como conta uma das docentes, as dificuldades com a ferramenta também atingiu os alunos: “[...] a dificuldade que foi trazida da plataforma, do EaD, do Moodle® [...] nós

docentes demoramos para compreender a lógica da plataforma, e aí os alunos muito mais [...]” (D3).

Segundo uma das coordenadoras:

Eu entendi que o EAD, as pessoas, os profissionais, eles ainda não tinham uma cultura em relação à construção do EAD, a trabalhar com o EAD. Eu acho que tiveram dificuldades, mas que são as dificuldades inerentes a um processo que talvez as gerações futuras darão conta [...] (C1).

A importância dos percalços no caminho está em percebê-los parte do processo de aprendizagem tanto quanto os acertos. As narrativas aconteceram com as dificuldades e apesar das dificuldades, como frutos da originalidade com que cada docente lidou com as adversidades e se colocou disponível frente ao desconhecido.

4.2.1 Desafios da Construção Coletiva de um Texto

As Narrativa Coletivas foram sendo desenvolvidas em dois espaços distintos: no virtual com a produção semanal das wikis e presencialmente por meio da relação que foi sendo estabelecida entre aquele material e o momento da aula. Conforme conta uma docente: “O que eu achava interessante era que a gente não raro lia esse material, trabalhava com esse material, e fazia uma escalação forte entre o que estava sendo produzido e o que era falado em sala e vice-versa (D2)”. Essas pontes foram sendo construídas fomentando um espaço ampliado de ensino-aprendizagem que, indo além da construção da tarefa final, constituiu-se como uma ferramenta de trabalho docente.

A forma como a Narrativa Coletiva foi construída por cada grupo apareceu no relato de todos os docentes. Partindo da aula presencial, uma pergunta disparadora é colocada na plataforma, em um lugar denominado *wiki*, com o intuito de os participantes escreverem suas reflexões e, por esta ação, criarem uma discussão sempre tendo em vista uma aproximação entre o que foi apresentado em sala de aula e a vivência de cada um. A diferença desta ferramenta para um chat ou um fórum é que ela tem como função a escrita colaborativa de um texto, ou seja, existe a intencionalidade de usar essa produção posteriormente. Para que essa interação possa ser compreendida mais facilmente, é recomendado a cada participante que use uma cor distinta ao escrever e, assim, ao término da atividade, é produzido um material coletivo.

A ocupação do espaço *wiki* não se deu de maneira espontânea, necessitando continuamente ser estimulada pelos docentes:

A construção da narrativa é algo que eu, eu falo na primeira aula, na segunda, na terceira, dou uma folga na quarta, na quinta, volto na sexta, mas eu fico dizendo pra eles o quanto [...] tem tanto significado aquilo que eles fazem no cotidiano de trabalho [...] vou reforçando toda semana a importância da produção nas wikis [...](D6).

Ele foi sendo incorporado aos poucos, em diferentes escalas: “alguns grupos conseguiram fazer isso, [...] utilizar os debates de cada aula que os textos sustentavam como disparador e como apoio para construção da narrativa, que a narrativa também era isso, não é? Poder discutir um processo (D6)”.

A compreensão da utilização da ferramenta *wiki*, segundo uma das docentes:

Me parece assim que ela foi entendida de maneiras muito distintas, pelos distintos alunos; alguns muito curiosos e muito engajados e vamos lá, vamos pensar no território, vamos conhecer e outros fazendo de uma maneira um pouco burocrática, que acho que é preencher papéis, da mesma maneira que às vezes eles têm que preencher [...] no próprio trabalho. (D3)

Com a devida apropriação da ferramenta, uma expressão entre os docentes ganhou forma, como pude perceber através das entrevistas: “põe isso lá na *wiki*” ou “põe isso lá na *narrativa*”, evidenciando a criação de um espaço para além do momento presente da sala de aula, onde as reflexões do Tempo Curto do encontro deveriam ser depositadas. Como uma joia que se guarda no cofre, um marcador de texto que ressalta uma fala que precisa sobressair, foi criado em sala de aula um lá, um outro lugar, um espaço virtual, um outro Tempo. A Narrativa era um outro tempo, uma órbita, que foi sendo alimentada por todos, criando um memorial:

Isso a gente foi construindo como algo que contasse que território é esse e o quê que a gente estava pensando sobre o território, que práticas aconteciam, enfim, daí [...] cada turma foi fazendo de um jeito, eu tive turma que escreveu uma poesia, teve outra que foi uma coisa mais organizacional do trabalho em si (D6).

Em uma organização de trabalho identificada pela ação coletiva do “*nós*”, em uma amarração dos conteúdos “tem por vezes no meio da aula alguém contar um caso, uma situação, uma experiência e aí eu falo: ‘ah, então vou te fazer um convite escreve, escreve na *Wiki* dessa semana, acho que vai ser muito importante lá no final para a gente poder resgatar na narrativa, e de falar dessas experiências’”. (D6)

“Então escreva lá na narrativa” (D2) transparece essa qualidade fluída de outras possibilidades, transporta a discussão do tempo presente para o tempo da reflexão e do recolhimento da escrita. Convoca os participantes a terem tempo, a perceberem o tempo, a reconhecerem este espaço como uma oportunidade de olhar para si e para sua prática de trabalho cotidiana. “Então escreve” viabiliza outra dimensão, uma abertura ao espaço/tempo

da escrita, um espaço narrativo que possibilita a reconstrução das experiências de forma reflexiva, a compreensão do seu fazer e de seu estar no mundo, teorizando a própria experiência. (CUNHA, 1995.)

Pra que eles possam se enlaçar com a narrativa, porque eu acho que é um desafio nos tempos atuais escrever, sentar, fazer uma produção coletiva, vou reforçando toda semana a importância da produção nas wikis, que a gente tem semana a semana, que é uma reflexão aonde procura fazer uma aproximação entre os conteúdos que foram trabalhados naquela aula e o que eles vivenciam na prática. (D6)

Este movimento de coautoria podemos compreender na dimensão em que os docentes, ao recortarem, sugerirem e trabalharem no material, são participantes confeccionadores da narrativa tanto quanto os alunos, com uma atuação direcionadora e selecionadora do que é relevante. Neste sentido, por mais que a proposta da narrativa tenha sido na perspectiva da espontaneidade dos relatos, ela foi atravessada por outras intencionalidades:

(nas *wikis*) eu não pus a mão, diferente das narrativas coletivas. Acho que aquele dispositivo da escrita meio semanal [...] dos alunos ali escrevendo coisas era um facilitador. Lá pelas tantas eu fazia indicações precisas - Isso que você contou hoje aqui na sala por favor escreva lá - para de fato incentivar essa escrita e depois fiz uma organização bem, um pouco professoral em algumas situações assim que era imprimir tudo, levar, ler, pensar como que articulava tentando fazer o material virar alguma coisa mais coesa, separando grupos fazendo a estrutura da narrativa em alguns casos. (D2)

O trabalho de curadoria também fez parte do processo, no cuidado com a apresentação do produto final, como podemos ver a seguir: “alguns têm mais fôlego para escrita e outros menos fôlego, então por vezes eu ficava assim um pouco – ‘Nossa, uau que legal’, em outros – ‘Nossa, que pobrinho, que pequenininho, vamos mais longe’, então tinha muitas variações (D2)”. No estímulo para a confecção do trabalho, “acho que não ia rolar sozinho, apesar de ter alguns mais capazes de escrita ou mais familiarizados com a produção de textos e contextos acadêmicos, achei que a gente não ia ter uma liderança nessa estruturação e eu acreditava muito na potência desse material” (D2).

quando você, tem a narrativa do próprio profissional, ele lê., ele identifica, como um processo vivencial, ele identifica nos textos que ele lê aquilo que ele também está vivendo, elaborando e reelaborando. Eu acho que era isso que a gente procurou fazer quando a gente discutiu a força da narrativa, [...] é como se a gente já (risos), cada um já conhecesse ou já defendesse a força da narrativa. (C1)

Neste processo de constante “ah, isso tem que compor, isso é característica do grupo de vocês” (D4), aparece uma preocupação em manter esse espaço para a criação e potência dos trabalhadores:

eu achava que a narrativa não podia ter um modelo, [...] não tinha um modelo de como se constituir essa narrativa, como que aquele grupo ia decidir o que que ia

constar, que caminho que ele ia seguir, eu acho que era assim o maior valor isso, porque aí ia trazer a marca daquele grupo então por isso que eu acho que a ideia da narrativa é muito boa porque ela, diferente de um TCC que tem um método (D4).

Bem como o reconhecimento de sua identidade, que permitiu que cada narrativa mantivesse a originalidade e especificidades de seu grupo, “cada grupo podendo decidir o seu próprio caminho [...] deles se reconhecerem na narrativa” (D4).

Não houve, entre os docentes – nem era esperado que houvesse – uma unanimidade quanto ao processo de construção da Narrativa Coletiva, como podemos perceber pelas falas a seguir: “No curso, como tinha um monte de coisa, eu acho que talvez a história da narrativa, quando chegou a hora de fazer veio meio de supetão, porque a gente tinha que ir entendendo muita coisa ao mesmo tempo e ir construindo e sei lá” (D3).

Então talvez, porque a tal da narrativa ficou lá para o fim, talvez seria diferente se a gente já tivesse começado a pensar que desde o início a gente ia construindo uma narrativa. Talvez, aí teria sido diferente, mas também a gente não ia conseguir fazer isso, a gente não sabia o que ia fazer. Acho que foi um nadar com muitas dúvidas, o nosso caminho é cheio de dúvidas o tempo inteiro, de uma construção nova, de entender o que estava fazendo. (D7)

Aqui é possível perceber a compreensão diversa a respeito do encadeamento das ações. Enquanto, para alguns docentes, havia a *wiki* e sua alimentação paulatina, semana a semana, “a construção da narrativa [...] eu falo na primeira aula, na segunda, na terceira, dou uma folga na quarta, na quinta, volto na sexta [...] vou reforçando toda semana a importância da produção nas wikis” (D6), para outros “a tal da narrativa ficou lá para o fim, talvez seria diferente se a gente já tivesse começado a pensar que desde o início, a gente ia construindo uma narrativa” (D7). Entendemos, a respeito deste ponto, que as divergências ocorreram principalmente devido aos docentes estarem divididos em áreas, com coordenadores diferentes cujas compreensões da narrativa não eram comuns.

Os docentes que tiveram maiores dificuldades com o processo foram aqueles que fizeram mais críticas ao uso plataforma em EaD, entendendo-a como um elemento *burocratizador* do processo, que impedia o contato direto professor e aluno: “pensando em retrospectiva [...] a *wiki*, só que a gente não entendia onde tá aquela *wiki*, essa que era a verdade, e os alunos também não, ficava como se fosse lugar de fazer lição de casa” (D3). Da mesma forma como uma coordenadora de área: “eu não gostava muito da história dessas plataformas. Elas são interessantes, mas achava ela um pouco burocratizada, tanto é que nós mudamos tudo, né? Vocês mandavam fazer de um jeito e gente fazia de outro, mas tudo bem, né? Mas deu certo (risos)” (C2). Desta forma, entendemos que para alguns profissionais, a mediação desta ferramenta foi um fator desagregador do trabalho, atrapalhando o

desenvolvimento da atividade da forma como ela fora proposta, dentro da metodologia que o projeto propunha:

então é aqui na *wiki* que estão os elementos da narrativa; só que tinha o problema que não se usava exatamente a plataforma. Por isso que a minha compreensão é que a plataforma foi uma necessidade, mas por outro lado ela foi um atrapalhador das narrativas, ela dificultou; se a gente pensasse a narrativa de outra forma, que não passasse pela plataforma, ela teria sido mais apropriada, mais efetivamente das pessoas, né? Porque as pessoas faziam narrativas; elas não tinham escrito, mas faziam cada narrativa nas aulas, se a gente fosse pensar; elas estavam narrando experiências, histórias de vida, sentidos do trabalho, o tempo inteiro e que depois que a gente foi ver lá no produto final, isso não apareceu. (D3)

Desta forma, entendemos que não existiu uma uniformidade no entendimento do que deveria ser a Narrativa Coletiva e do processo de sua construção.

Se esta experiência que ao mesmo tempo é uma experiência individual e coletiva que trouxe alguma modificação, que eu me percebi mais sujeito, se isso é possível, como transformar isto num produto? Acho que é isso o grande desafio que esse tipo de narrativa trouxe e [...] eu não sei, porque eu não fiquei muito contente com as narrativas das quais eu tive que contato, né? Acho que para algumas pessoas elas tiveram significados, para algumas pessoas num rolou ainda... talvez com o tempo poderia rolar, vamos dizer assim. (D3)

A respeito do processo de escrita colaborativa, a percepção dos alunos: “não acho que seja uma construção natural para todo mundo, porque a escrita é uma coisa singular, é uma coisa muito sofrida para a pessoa, [...] o coletivo ajudou quem não dava conta (A1)”. Outra aluna conta como se deu a atividade e sua utilidade:

desde o início a gente foi colocado numa narrativa coletiva, era uma coisa bacana porque você colocava a sua opinião ali e depois duas ou três pessoas do grupo se propunham a fazer a síntese [...] fazia com que você fosse amalgamando esses conceitos, essas mudanças na prática, repensando a sua própria prática. (A1)

A fala a seguir destaca o processo de organização do grupo:

No meu primeiro curso eu acho que foi mais difícil fazer a narrativa, foi mais difícil juntar, fazer. Acho que no segundo a gente fez um grupo de e-mail, daí as pessoas iam lendo e colocando e tinha duas ou três pessoas que ajudou melhor lá [...] talvez o primeiro curso a gente não estava mesmo sabendo como fazer e no segundo já foi [...] e no último teve o vídeo, foi maravilhoso (A2)

Outro entrevistado relatou a sua experiência com a Narrativa Coletiva: “eu fui dando forma nessa escrita, a proposta dele era que cada equipamento fizesse o seu [...] daí todo mundo mandou e eu meio que fiz uma edição disso [...] foi um trabalho de que as pessoas falavam da experiência do trabalho (A3)” e “eu senti que o pessoal quer muito falar da própria experiência, vamos falar do que a gente faz também (A3)”. Continuando:

Tinha gente que defendia ligar com a teoria, eu sou absolutamente contra [...] não vou fazer ligação nenhuma com teoria porque teoria está em todo lugar, na internet, na biblioteca, onde for, agora o que a gente faz aqui não tem em lugar nenhum, como é que é esse trabalho.” (A3)

Sobre este assunto, encerro com a fala de uma participante do grupo focal: “a narrativa propicia muita reflexão [...] a escrita é sempre um processo de reflexão e a leitura outro [...] ela é participativa, as pessoas em maior ou menor grau vão refletir [...] eu entendi sempre que a gente estava participando de um grande processo de participação coletiva (A1)”

4.3 SEMIOLOGIA DAS NARRATIVAS

As entrevistas com os docentes e com os coordenadores proporcionaram um interessante tópico de investigação, chamando atenção para as diversas funcionalidades da estratégia que me propus a estudar.

Apesar de não ter sido perguntado durante a entrevista de forma objetiva qual o significado para cada sobre o assunto, os entrevistados trouxeram a sua definição do que é a narrativa para eles: “Para mim narrativa é relato de histórias vivas (C1)”. Esta docente define assim: “acho que uma tentativa de elaboração daquilo que foi vivido ao longo do percurso, no que diz respeito ao conteúdo do curso (D6)”. Já para esta, abarca outras dimensões: “isso é registro, é registro de uma experiência [...] acho que esse registro [...] faz memória, faz história, faz a gente lembrar do que que a gente já tem” (D2). Para este docente, é um instrumento com inúmeras funções:

a Narrativa como um trabalho de conclusão de um coletivo, de uma turma, acho que tem uma marca e ali aparecem experiências [...] uma tentativa de elaboração daquilo que foi vivido ao longo do percurso, no que diz respeito ao conteúdo, mas também [...] dar voz a esses trabalhadores daquilo que eles já fazem. Acho que é um exercício de legitimar o que já acontece, trazer uma certa visibilidade para isso, para que então, outras pessoas possam ter esse conhecimento e eles mesmos poderem reconhecer e valorizar o que é feito. (D5)

A análise do material das entrevistas possibilitou que viessem à tona múltiplos sentidos para a utilização do espaço da narrativa. Sem deixar de lado a caracterização da ferramenta narrativa e sua utilização como estratégia educacional, pudemos perceber uma gama de funções que foram atribuídas a este espaço de construção colaborativa de texto.

O período entre 2014 e 2016, tempo do desenvolvimento das ações aqui relatadas, foram anos turbulentos, de muitas mudanças para alguns territórios da cidade. Estavam sendo realizados chamamentos públicos³⁷ das Organizações Sociais, parceiras da SMS, com o

³⁷ Procedimento destinado a selecionar órgão ou entidade da administração pública direta ou indireta, de qualquer esfera de governo, consórcio público ou entidade privada sem fins lucrativos para firmar convênio ou contrato de repasse, no qual se garanta a observância dos princípios da isonomia, da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos.
<http://portal.convenios.gov.br/ajuda/glossario/chamamento-publico>

intuito de organizar determinadas regiões que tinham múltiplos parceiros, visando a uma melhoria na coordenação do cuidado. Ou seja, estavam sendo trocadas as empresas que administram os territórios. Levando em consideração que mais da metade dos trabalhadores da rede do município são de OSS, a insegurança frente às mudanças e a possibilidade de demissão pairavam no ar, afetando todos os equipamentos de uma região.

Dentro de um novo chamamento, a OSS que fica responsável pela região abarca os seus trabalhadores, que desta forma passam a ter novos patrões. O território permanece, muda o contratante. Os profissionais podem ser demitidos por este novo empregador, perdendo o trabalho e seu território de cuidado. Outra possibilidade é o trabalhador permanecer na sua OSS de origem, seguindo para outro território na cidade, perdendo a rede de cuidado construída naquela localidade. “A efervescência que o território estava vivendo estava deixando as pessoas muito juntas também, o sofrimento estava unindo aquela rede, com todas as brigas que tinham, tinha ali um inimigo comum, vamos dizer assim.” (D7).

Um dos docentes do REDE SAMPA conta como estava sendo para os trabalhadores atravessar tempos difíceis:

Como é que também a gente podia usar essa ferramenta como um instrumento político. De também se colocar [...] Acho que era uma tarefa, acho que duas tarefas: uma de pensar junto e, talvez ter um espaço de reivindicação e um espaço de poder falar, que acho que a gente estava vivendo [...] na reconstrução, no chamamento das OSS e muito se sentiam privados de poder falar dentro dos próprios serviços, assim. Se sentiam com medo, que iam ser demitidos, em alguns territórios um fantasma desse, então que eu ia insistindo que aquele espaço era um espaço que podia ser utilizado por todos, né? Então a questão do sigilo que as pessoas pudessem ocupar espaço como uma reivindicação, uma questão política, né, e um posicionamento daquele território frente às questões todas que iam aparecendo. (D5)

A utilização da plataforma como espaço de registro dos acontecimentos, de exposição do trabalho e de valorização do trabalhador, mas também de sigilo, pela maneira como ela é configurada permitiu o anonimato dos participantes quando necessário, o acolhimento dos relatos:

acho que quando a gente está na situação política, por exemplo, que tá com tantos riscos...Então eu acho que esse registro é isso né faz memória, faz história, faz a gente lembrar do que que a gente já tem, que a gente não quer perder pelo que a gente vai lutar, então eu acho assim que me emociona sim o comprometimento, a competência de muitos profissionais de saúde que estão na ponta né, que vivem situações muito difíceis muito disruptivas e sustentam suas práticas com vigor e com alegria né. (D2)

Como possibilidade de pensar sobre as questões colocadas àquele momento político e de articular o material produzido com as instâncias de gestão, “no [...] eles resolveram finalizar o curso decidindo que iam realizar uma escrita, um registro, uma documentação

daquele processo para a interlocução [...] transformaram isso numa carta (D7)” em que a narrativa pudesse chegar às mãos dos gestores. Uma outra compreensão, fruto deste processo horizontal e democrático, dá frutos e deseja ocupar outros espaços, com iniciativas e ações concretas:

a gente conseguia pensar os fluxos e discutir [...] eventualmente em alguns grupos até fazer propostas porque super incentivei: a narrativa é um lugar e o registro [...] é fundamental. Uma coisa a gente fala aqui, ótimo poder pensar e sair com novas ideias, mas a gente precisa registrar, documentar, falar das nossas proposições, ser mais positivos, porque as narrativas também servem para isso. (D2)

Uma perspectiva interessante acompanha o processo da construção narrativa, como uma ferramenta que permite adaptações. Tendo algumas funções pré-determinadas, evolui conforme sua utilização, permitindo transformações e múltiplas interpretações. O entendimento desse espaço como um lugar de memória, valorizando importância do registro da própria prática: “então, quando (se) começa a promover essas conversas deles terem que registrar alguma coisa [...] por uma certa convocatória, vamos dizer assim, eles tem que produzir algo, mas eles veem como eles fazem parte desse processo.” (D6)

Uma das preocupações compartilhadas pelos docentes estava na viabilização do trabalho em grupo, em como dariam conta da tarefa de organizarem as turmas para produzirem uma coisa em comum: “acho que isso também é um aprendizado, de como é que coletivamente [...] se constrói uma resposta comum” (D5). Continuando:

Na ideia da escrita coletiva tem um desafio a mais aí que é bom e ruim, porque não sou eu pensando sozinho e isso pode enriquecer, mas é difícil afinar, escolher minimamente, dar uma padronizada no estilo por onde vamos, de como vamos escrever esse negócio [...] não deixa de ser um exercício de grupalidade também e de tomada de decisão coletiva. (D7)

Podemos perceber que por meio da elaboração da *Narrativa Coletiva* puderam ser trabalhadas outras competências, como a negociação, em um constante exercício de ajustes e consensos. “Ensina para quem tá passando esse processo também muitas coisas de como é que é negociar [...] como é que a gente acha um meio termo para que todo mundo se sinta representado ali naquele texto”. (D5) O aprendizado para o trabalho em grupo é fundamental para trabalhadores da saúde que exercem suas funções prioritariamente em equipe, conforme preconizado pelo SUS, e desta forma a atividade em si se apresentava como uma estratégia de aprendizagem. “A confecção do trabalho era debatida, como que a gente vai fazer, o grupo que decidia isso e era dividido entre os grupinhos, mas era decidido lá, [...] o que aconteceu aqui?” (D4).

Um dos docentes oferece uma visão significativa a respeito da dinâmica de trabalho nas equipes de CAPS, na qual a estruturação da narrativa pode ser uma contribuição profícua, propondo mobilidade:

principalmente nos CAPS [...] se utiliza (muito) dessa ferramenta, dos grupos, mas [...] a gente sempre fica num lugar privilegiado, que é o (de) coordenador. A gente nunca faz parte do grupo como participante. A gente sempre está colocado como alguém importante, ou isso, destacado naquele grupo. Como é que é se misturar? Tem pessoas de fato que têm dificuldade de se misturar, de ser parte daquele coletivo. (D5)

A grande contribuição desta estratégia está justamente na sua estruturação aberta e coletiva. Pensada para ser uma, ganhou múltiplas funcionalidades a partir de cada grupo que se estabeleceu em cada uma das turmas, em cada uma das áreas. Cento e setenta e oito encontros únicos e particulares, irreproduzíveis. Com maior ou menor química, foram acontecimentos promotores de vida, de pensamento, de reflexão, de conteúdo, de potência.

O meu olhar distanciado, *sentado à beira do caminho*, pode ocupar-se de uma enormidade de emoções e ideias passando em desfile, cronologicamente no tempo vivido de sua construção desde seus primórdios, na raiz das intenções – no cortejo que ganha forma e volume ao agregar participantes/simpatizantes. Meu olhar presentificado permitiu a escuta de muitas histórias. Não tantas quanto eu gostaria (sou psicoterapeuta, fazer o quê? Minha vocação é a de ouvir histórias), mas permitindo a mim caminhar de mãos dadas pelo tempo gravado nos áudios. Meu olhar que visava o futuro, o mesmo que me jogou nesta aventura da escrita, vislumbrava o saber, as conclusões, os fatos.

Encontrei um método e suas possibilidades. Levanto-me e parto para outras paragens. É um momento de vida. Rico, pleno, preenchido.

quando você, tem a narrativa do próprio profissional, ele lê, ele identifica, como um processo vivencial, ele identifica nos textos que ele lê aquilo que ele também está vivendo, elaborando e reelaborando. Eu acho que era isso que a gente procurou fazer quando a gente discutiu a força da narrativa, [...] nem fez, assim, uma discussão tão profunda, mas eu acho que nós todos, de alguma forma, já consideramos, a narrativa. [...] não tinha outra proposta de coleta de material que não fosse a narrativa. Em todas as áreas na verdade. É como se a gente já (risos), cada um já conhecesse ou já defendesse a força da narrativa. (C1)

CAPÍTULO 5 - CONCLUSÃO

A *Narrativa Coletiva* foi inicialmente planejada com alguns propósitos e objetivos: dar oportunidade para que o conhecimento e a prática dos trabalhadores tivesse visibilidade, ser um instrumento que pudesse contribuir com informações do território para os gestores e, diferentemente do que se imaginava a princípio, acabou tornando-se uma estratégia de trabalho. O tempo vivido e o tempo curto da Narrativa não são os mesmos. Existe o que foi idealizado, o que foi coordenado e o que efetivamente surgiu nos encontros entre os docentes e os alunos.

Não era possível saber, ao início do projeto, que ela não serviria a estes intentos, procuraria seus próprios caminhos, seria livre para ser o que quisesse. Reconheceram-se a construção coletiva das narrativas individuais de cada participante, o saber e reflexão dos trabalhadores. Não poderiam servir a um propósito previamente estabelecido, porque a narrativa é o saber de quem está aprendendo, daqueles que estão dentro do processo. Um reflexo daquele momento, o registro, a memória daquele instante construído em parceria. Desta forma, o Tempo Curto da *Narrativa Coletiva* realizada não é, e nunca poderia ter sido o Tempo Vivido da Narrativa imaginada pelos idealizadores do Projeto.

A *Narrativa Coletiva* foi além daquilo que se esperava dela, um material inerte, parado naquele instante, um registro topográfico, dormente dentro de um espaço virtual. Ela foi concebida em contínuo movimento, a partir de uma sobreposição de material reflexivo dos trabalhadores, reflexão sobre reflexão sobre reflexão, dando origem a um constructo com um grau muito maior de complexidade do que o inicialmente pensado.

Sendo um material que compreende a somatória das *wikis*, que por sua vez é o resultado da discussão de todos aqueles que escreveram lá suas reflexões, é uma criação coletiva a partir de múltiplas reflexões na qual, em espiral, uma reflexão dá suporte às que lhe são subsequentes. Isso quer dizer que cada participante pode pensar a respeito de um tópico a partir de uma contribuição na *wiki* e, desta forma, ele pensa e escreve a respeito do e necessariamente em sobreposição ao escrito anteriormente, em um exercício reflexivo, criando discussões e interações entre os alunos fora do contexto de ensino presencial.

A análise da *Narrativa Coletiva* neste trabalho a define como um texto colaborativo, construído ao longo de um processo educativo, com o suporte da ferramenta *wiki*, na plataforma EaD, como estratégia de reflexão sobre os conteúdos aplicados visando, ao seu fim, a um produto coletivo e reflexivo a respeito do processo vivido. Ficou estabelecida a utilização da narrativa dentro do Projeto REDE SAMPA como uma estratégia de ensino, um

produto de coautoria de docentes e alunos que produz uma reflexão ativa, em um movimento-produção contínuo para a tomada de consciência do aluno sobre o próprio trabalho.

Apontando acertos e desacertos deste processo, é fundamental citar que os entrevistados, tanto docentes quanto alunos referiram a ausência de uma devolutiva a respeito da produção. Como a Narrativa Coletiva era postada ao final do curso na plataforma, os alunos tinham ainda um mês após o término das aulas para finalizarem a escrita e a formatação do texto final, e não houve oportunidade para que esse produto fosse discutido por todos os seus autores, fosse presencialmente ou pela plataforma EaD.

Essa retomada em momento posterior poderia, hipoteticamente, servir como uma reflexão de todo o processo de construção da aprendizagem durante o curso e de fechamento daquele ciclo. Não há como saber o que teria sido, apenas lidar com a falta desta peça no cenário proposto. Fica a proposta para aplicação em um próximo curso.

Acho que o maior interesse no Rede Sampa era a produção daquela, da narrativa para pensar alguma coisa, né? Mas que talvez fosse importante uma devolutiva até para as pessoas questionarem sua atuação e talvez pudesse ter tido aí no, no terceiro módulo que ia ser exatamente a discussão de grupos, né? Então talvez isso pudesse aparecer... (D5).

Foi possível identificar, nas falas dos docentes e coordenadores, o quanto houve uma circularidade no processo formativo que envolveu docentes e alunos, à medida que foram tomando contato com o processo de formação ao mesmo tempo a que eram formados. Não havia um processo fechado, nem um roteiro finalizado – conforme cada professor foi contribuindo para a construção das aulas, pode “recheiar” a estrutura que foi dada previamente com seus conhecimentos e com a sua perspectiva daquele assunto. O intenso debate entre coordenadores e docentes permitiu a esses últimos uma apropriação das temáticas. Como indicativo neste trabalho, fica a possibilidade de os docentes escreverem seus próprios relatos sobre o processo, aproximando-os, desta forma, da utilização da estratégia da Narrativa Coletiva.

A questão da Educação em Saúde carrega consigo uma complexidade inerente ao seu posicionamento dentro do espectro das políticas públicas, sua necessidade é amplamente reconhecida no campo das ideias, mas o espaço dado à sua execução, no cotidiano das equipes, é ínfimo se comparado às necessidades dos territórios e de seus trabalhadores. Há projetos apoiados por leis e decretos que versam sobre o trabalho em equipe, sobre espaços de conversa e sobre construção coletiva sem, no entanto, que estas ações sejam efetivamente postas em prática.

A conquista por espaço para a realização de ações educativas tem sido uma luta. A Educação tem ficado em último plano, encarada como futilidade, distante do entendimento de ação formativa para o trabalho, sendo derrotada pela lógica das agendas e dos números de atendimentos inseridos em planilhas.

A Educação em serviço capitaneada pelas políticas públicas, pensada e organizada a partir da estrutura do Estado perde espaço, dentro da lógica neoliberal, para a auto-gestão do conhecimento de cada um dos seus trabalhadores, ou seja, delegando a responsabilidade da sua formação para o serviço ao próprio trabalhador. O discurso permeado de construção, participação e escuta é derrubado sobre as costas de cada trabalhador individualmente, que adoece frente à impotência de dar conta sozinho de um trabalho que é pensado para ser em equipe e em rede. Nas palavras de uma das coordenadoras do projeto, “como você vai trabalhar sozinho as questões desta natureza que a gente procura trabalhar dentro daquilo que a gente chama de SUS?” (C2).

A formação proposta pelo projeto REDE SAMPA, para além do que foi escrito na plataforma como uma tarefa, permitiu o surgimento de espaços, de brechas, de possibilidades de acolhimento, de escuta, de reflexão, de gestão da angústia, de espaço de dar conta da história, da vivência e da experiência. Propôs o trabalho compartilhado ensinando como fazer a partir da experiência. Ofereceu ferramentas e instrumentalizou seus participantes para o trabalho em rede e concretizou-se em narrativa. Principalmente, abriu espaço para as conversas e discussões. Como se constrói junto?

Possibilitou espaço de registro, de negociação, de convivência, de memórias e de reflexão. Espaço para a ocupação dos espaços. Espaço de luta e resistência.

Observatório de um universo múltiplo, cheio de possibilidades.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAO, Ana Lúcia; MERHY, Emerson Elias. *Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar*. Botucatu: Interface (Botucatu), v. 18, n. 49, p. 313-324, junho de 2014.
- ABRAHAO, Maria Helena M. B. *Memória, narrativas e pesquisa autobiográfica*. História da Educação, Pelotas: ASPHE/FaE/UFPeL, n. 14, p. 79-95, set. 2003.
- AGUIAR, Maria Geralda Gomes; REIS, Xênia Paula Correia; SILVA, Patrícia Bispo da. *Pesquisa Narrativa: implicações para o cuidado em enfermagem*. In: SOUZA, Elizeu Clementino de (org.). *Memória, (auto) biografia e diversidade: questões do método e trabalho docente*. Salvador: EDUFBA, 2011, 446 p.
- ALBUQUERQUE, Verônica; MOREIRA, Carlos; TANJI, Suzelaine; MARTINS, André. *A narrativa da prática como uma estratégia do conhecimento na formação superior em saúde*. Curitiba: Educar em Revista, Editora UFPR, n. especial 2, 2010, p.191-206.
- ALVES, Rubem. Rubem Alves: *A Caixa de Ferramentas*. Folha de São Paulo, São Paulo, 27 de jul. de 2004. [Sinapse]online. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/folha/sinapse/ult1063u877.shtml>. Acesso em: 10 de maio de 2019.
- ALVES SOBRINHO, Eduardo Jorge M.; CAPUCCI, Paulo Fernando. *Saúde em São Paulo: Aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002*. São Paulo: Estudos Avançados, v.17, n. 48, p. 209–227, 2003. <http://www.revistas.usp.br/eav/article/viewFile/9933/11505>. Acesso em: 25 de agosto de 2018.
- AMARANTE, Paulo D. C. (coord.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, 136 p.
- AMARANTE, Paulo D. C. *Lugares da memória: causos, contos e crônicas sobre loucos e loucuras*. São Paulo: Zagodoni, 2017, 128 p.
- AMARANTE, Paulo D. C. *Reforma Psiquiátrica e epistemologia*. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/998>. Acesso em: 10 de outubro de 2018.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “*De volta à cidade, sr. cidadão!*” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. Rio de Janeiro: Rev. Adm. Pública, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, dez. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122018000601090&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 de outubro de 2018.

AYRES, José Ricardo C. M. *Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde*. Botucatu: Interface, v. 8, n. 14, p. 73-92, Feb. 2004.

AYRES, José Ricardo C. M. *Hermenêutica e humanização das práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

BELMONTE, Pilar Rodriguez. Prefácio In: JORGE, Marco Aurélio Soares (Org.) *Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016, 296 p.

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Bases conceituais para o sistema de certificação de competências*. Profae, v. 1, n. 2, 2001.

BROCKMEIER, Jens; HARRÉ, Rom. *Narrativa: Problemas e Promessas de um Paradigma Alternativo*. Porto Alegre: Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 16, n. 3, p. 525-535, 2003.

BRUNER, Jerome. *Atos de significação*. Trad. Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BRUNER, Jerome. *A construção narrativa da realidade*. trad. Waldemar Ferreira Neto. Critical Inquiry, v. 18, n. 1, p. 1-21, 1991.

CAPOZZOLO, Angela Aparecida et al . *Narrativas na formação comum de profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Trab. educ. saúde, v. 12, n. 2, p. 443-456, maio/ago. 2014.

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

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo. *Educação Permanente em Saúde*. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar F.. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl.– Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 09 de outubro de 2018.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara Maria de. *Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais do SUS*. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de (orgs). *ENSINAR SAÚDE: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2011, 336p.

CLANDININ, Jean; CONNELLY, Michael. *Pesquisa Narrativa: experiências e histórias na pesquisa qualitativa*. Tradução: Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores ILEEL/UFU. 2.ed.rev. Uberlândia: EDUFU, 2015, 250 p.

- CONNELLY, Michael; CLANDININ, Jean. *Relatos de experiencia e investigación narrativa*. In: LARROSA, Jorge. *Déjame que te cuente*. Editorial Laertes, Barcelona, 1995.
- COSTA, Christiane Mery. *Do Centro de Formação dos Trabalhadores à Escola Municipal de Saúde: atos, contextos e mudanças da organização*. Monografia (Especialização), FGV, São Paulo, 2014.
- COSTA, Christiane Mery; ABREU, Cláudia Regina de Moraes. *Relatório de Atividades do Projeto REDE SAMPA – Saúde Mental Paulistana (2013-2017)*, 2017, xx p. (não publicado)
- COSTA-ROSA, Abílio da. *O modo psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar*. In: AMARANTE, Paulo D.C. (org) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, 314 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/htgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2019.
- CRUZ, Kathleen T.; MERHY, Emerson E.; SANTOS, Maria F.L.; GOMES, Maria P.C. *PET-Saúde: micropolítica, formação e o trabalho em saúde*. Botucatu: Interface (Botucatu), v. 19, supl. 1, p. 721-730, 2015.
- CUNHA, Maria Isabel da. *CONTA-ME AGORA! as narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino*. São Paulo: Revista da Faculdade de Educação, v. 23, n.1-2, jan/dez, 1997. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rfe/article/view/59596/62695>. Acesso em: 20 de julho de 2018.
- DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. Tradução: Mariana Echalar. São Paulo: Boitempo, 2016, 416 p.
- CONNELLY, Michael; CLANDININ, Jean. *Biografia e educação: figuras do indivíduo-projeto*. Natal: Editora da UFRN; São Paulo: Paulus, 2008.
- DELORY-MOMBERGER, Christine. *Os desafios da pesquisa biográfica em educação*. In: SOUZA, Elizeu Clementino de (org.). *Memória, (auto) biografia e diversidade: questões do método e trabalho docente*. Salvador: EDUFBA, 2011, 446 p.
- DELUIZ, Neise. *O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo*. In: *Boletim Técnico do SENAC*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, set-dez 2001. Disponível em: http://www.bahiana.edu.br/CMS/Uploads/O%20modelo%20das%20competencias%20profissionais%20N_Deluz.pdf. Acesso em: 20 de julho de 2018.
- FAVORETO, César A. O.; CABRAL, Cristiane C. *Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde*. Botucatu: Interface, v. 13, n. 28, p. 7-18, Jan-Mar. 2009.
- FAVORETO, César A. O.; CAMARGO JR., Kenneth R. C. *A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica*. Botucatu: Interface, v. 15, n.37, p. 473-483, Jun. 2011.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 49.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014, 143p.

GADOTTI, Moacir. *Trabalho e educação numa perspectiva emancipatória*. Trabalho apresentado no II FÓRUM MUNDIAL DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA. Democratização, emancipação e sustentabilidade. Florianópolis: 28 de maio-1 de junho de 2012.

GALVÃO, Cecília. *Narrativas em educação*. Bauru: Revista Ciência & Educação, v. 11, n. 2, p.327-345. 2005.

GRANDESSO, Marilene. *Prática narrativas coletivas: o efeito rizomático dos documentos coletivos como contextos de transformação*. In: GUANAES-LORENZI, Carla (org.) *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento*. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2014, 412 p.

GONDIM, Grácia Maria de M.; MONKEM, Maurício. *Territorialização em Saúde*. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar F.. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl.– Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>. Acesso em: 06 de outubro de 2018.

JOSSO, Marie-Christine. *História de vida e projeto: a história de vida como projeto e as "histórias de vida" a serviço de projetos*. São Paulo: Educ. Pesqui., v. 25, n. 2, p. 11-23, jul. 1999.

JOSSO, Marie-Christine. *A transformação de si através da narração de histórias de vida*. trad. Maria do Carmo Monteiro Pagano. Porto Alegre: Educação, ano 30, n. 3 (63), p. 413-438, set./dez. 2007.

JUNQUEIRA, Virginia. *Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000)*. 2. ed. rev. São Paulo: Pólis/PUC-SP, 2002, 60 p. (Observatório dos Direitos do Cidadão: acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo, 3). Disponível em: <http://www.polis.org.br/uploads/850/850.pdf> . Acesso em: 05 de maio de 2019.

LARROSA BONDÍA, Jorge. *Notas sobre a experiência e o saber de experiência*. trad.: João Wanderley Geraldi. Conferência proferida no I Seminário Internacional de Educação de Campinas, traduzida e publicada em julho de 2001 por Leituras SME: Textos-subsídios ao trabalho pedagógico das unidades da rede Municipal de educação de Campinas/FUMEC. Rio de Janeiro: Rev. Bras. Educ., n. 19, p. 20-28, abr. 2002.

MACHADO, Felipe R.de S.; FONSECA, Angélica F.; BORGES, Camila F.. *O Sistema Único de Saúde e as políticas de saúde no Brasil*. In: JORGE, Marco Aurélio Soares (Org.) *Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016, 296 p.

MANZANI, Eduardo José. *Considerações sobre a transcrição de entrevistas*. Marília. Disponível em: http://www.oneesp.ufscar.br/texto_orientacao_transcricao_entrevista. Acesso em: 25 de abril de 2019. (não publicado)

- MARIANI, Fabio; MATTOS, Magda. CLANDININ, D. Jean; CONNELLY, F. Michael. *Pesquisa narrativa: experiência e história em pesquisa qualitativa*. Tradução: Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores ILEEI/UFU. Uberlândia: EDUFU, 2011. 250 p.
- MARQUESIN, Denise F.B.; PASSOS, Laurizete F. *Narrativa como objeto de estudo: aportes teóricos*. Editora Metodista, Revista Múltiplas Leituras, v. 2, n. 2, p. 219-237, jul./dez. 2009.
- MELLO, Dilma Maria de. *Histórias de subversão do currículo, conflitos e resistências: buscando espaço para a formação do professor na aula de língua inglesa do curso de letras*. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica/SP, 2005.
- MERHY, Emerson. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Editora Hucitec, 3 ed., 2002, 179 p.
- MERHY, Emerson. *O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação*. Botucatu: Interface, v. 9, n. 16, p. 172-174, set. 2004/fev. 2005.
- MINAYO, Maria Cecília de S. *Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta*. In: MINAYO, M.C.S. (org.); DESLANDES, S.F.; GOMES, R. *Pesquisa social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes, 2015.
- MONTEAGUDO, Jose González. *As histórias de vida em educação: entre formação, pesquisa e testemunho*. In: SOUZA, Elizeu Clementino de (org.). *Memória, (auto) biografia e diversidade: questões do método e trabalho docente*. Salvador: EDUFBA, 2011, 446 p.
- MOUTINHO, Karina; DE CONTI, Luciane. *Análise narrativa, construção de sentidos e identidade*. Brasília: Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 32, n. 2, p. 1-8, abr-jun 2016.
- NASCIMENTO, Vanda L.V. do; TAVANTI, Roberth M.; PEREIRA, Camila C.Q.. *O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas*. In: SPINK, Mary Jane; BRIGAGÃO, Jacqueline I.M.; NASCIMENTO, Vanda L.V. do; CORDEIRO, Mariana P. (org.). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014, 340 p.
- PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise Nogueira. *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, 118 p.
- PEREIRA, Rosemary Corrêa. *Políticas de Saúde Mental no Brasil: o processo de formulação da Lei da Reforma Psiquiátrica (10.216/01)*. Tese (Doutorado), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
- PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg. *Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade*. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. *ENSINAR SAÚDE: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2011, 336p.
- PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg, KOIFMAN, Lilian, HENRIQUES, Regina M. M.. *Matriz analítica das experiências de ensino da integralidade: uma proposição*

observacional. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. *ENSINAR SAÚDE: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2011, 336p.

RAMOS, Marise Nogueira. *Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2012, 290 p.

RAMOS, Marise Nogueira. *A pedagogia das competências a partir das reformas educacionais dos anos 1990: relações entre o (neo)pragmatismo e o (neo)tecnicismo*. In: Juarez de Andrade; Laureana Paiva. (Org.). *As Políticas Públicas para a Educação no Brasil contemporâneo: limites e contradições*. Juiz de Fora: Editora da UFJF, 2011, p. 56-71.

RAMOS, Marise Nogueira; MORATORI, Raquel Barbosa. *Uma reflexão sobre o conceito de cultura e sua relação com o trabalho e a ciência no projeto educativo*. In: ALBUQUERQUE, G. G. de; VELASQUES, M. C. C.; BATISTELLA, R. R.C. *Cultura, politécnica e imagem*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017, 318 p.

SANTOS, Carla de Gouvêa dos et al. *Formação em saúde e produção de vínculo: uma experiência PET-Saúde na rede de Niterói, RJ, Brasil*. Botucatu: Interface (Botucatu), v. 19, supl. 1, p. 985-993, 2015.

SCHECHTMAN, Alfredo; ALVES, Domingos Sávio. *A Organização da Política de Saúde Mental*. In: JORGE, Marco Aurélio Soares (Org.) *Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016, 296 p.

SILVA JR, Aluisio Gomes; PONTES, Ana Lucia de Moura; HENRIQUES, Regina Lúcia Monteiro. *O cuidado como categoria analítica no ensino*. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo de. *ENSINAR SAÚDE: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2011, 336p.

SPINK, Mary Jane Paris. *Linguagem e produção de sentido no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010, 72 p.

STELET, Bruno. *Sobre repercussões de atividades extensionistas na construção de valores e virtudes durante a formação em Medicina*. Tese (Mestrado), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2013.

STELET, Bruno; ROMANO, Valéria Ferreira; CARRIJO, Ana Paula B.; TEIXEIRA JUNIOR, Jorge Esteves. *Portfólio Reflexivo: subsídios filosóficos para uma práxis narrativa no ensino médico*. Botucatu: Interface (Botucatu), vol. 21, n. 60, jan/mar. 2017.

TRAD, Leny A. Bomfim. *Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde*. Rio de Janeiro: Physis, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

YASUI, Sílvio. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Tese (Doutorado), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

ANEXOS

Ilustração 4 Ambiente de Educação à Distância I (EaD) – Escola Municipal de Saúde

The screenshot shows the user interface of the EaD I system. At the top left is the logo 'ead AMBIENTE DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA ESCOLA MUNICIPAL DE SAÚDE'. On the top right, the user 'Fale Conosco' is logged in with the email 'emsead@prefeitura.sp.gov.br'. The main content area features a welcome message: 'Seja Bem-vindo ao Ambiente Virtual de Aprendizagem da ESCOLA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO - SP'. Below this, there is a section for 'Ofertas' (Offers) with a list of categories: Assistência (8), Clínica (4), Gestão (13), and Vigilância (2). On the right side, there is a 'Acesso' (Access) section with a login form for 'Nome de usuário/CPF' (45338093839) and 'Senha'. Below the login form is a 'Media Training' section displaying a video player with the title 'DICAS DE TREINAMENTO EM MÍDIA'.

Fonte: <http://www.ead2.saude.prefeitura.sp.gov.br>

Ilustração 5 Ambiente de Educação à Distância II (EaD) – Escola Municipal de Saúde

The screenshot shows the user interface of the EaD II system. The layout is similar to the first screenshot, but the 'Ofertas' (Offers) section is expanded to show a list of specific courses: 'Detecção Precoce de Transtornos Graves da Infância e Adolescência e Medicalização Turma LESTE', 'Detecção Precoce de Transtornos Graves da Infância e Adolescência e Medicalização Turmas NORTE', 'Detecção Precoce de Transtornos Graves da Infância e Adolescência e Medicalização Turmas OESTE', 'Detecção Precoce de Transtornos Graves da Infância e Adolescência e Medicalização Turmas CENTRO', 'Detecção Precoce de Transtornos Graves da Infância e Adolescência e Medicalização Turmas SUDESTE', 'Detecção Precoce de Transtornos Graves da Infância e Adolescência e Medicalização Turmas SUL', 'REDE SAMPA- Atensão a Saúde Mental da Criança e do Adolescente - Atendimento Familiar', 'REDE SAMPA- Atensão a Saúde Mental do Adulto e as Situações de Crise - Psicopatologia, Psicofarmacologia e Medicalização', and 'Especialização Técnica de Nível Médio em Mental'. A notification bubble in the bottom right corner indicates 'Novas mensagens (4) Ir para mensagens Ignorar'.

Fonte: <http://www.ead2.saude.prefeitura.sp.gov.br>

Ilustração 6 EaD – Página inicial – Opções de cursos

The screenshot shows the website interface for 'AMBIENTE DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA ESCOLA MUNICIPAL DE SAÚDE'. The header includes a navigation bar with 'MEU PAINEL' and 'OFERTAS', and a user profile section for 'lara Franco De Camargo (Sair)'. The main content area features a search bar, a dropdown menu for 'Ofertas: Cursos', and a list of course categories: 'Multiprofissional', 'SAMU', 'Vigilância em Saúde', 'Fonoaudiologia', and 'Rede Sampa'. A 'Requerer a criação de um curso' button is visible at the bottom of the list. On the right, there is an 'Administração' sidebar with a link to 'Minhas configurações de perfil'.

Fonte: <http://www.ead2.saude.prefeitura.sp.gov.br>

Ilustração 7 EaD – Página inicial – Cursos Projeto REDE SAMPA

The screenshot shows the website interface for 'AMBIENTE DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA ESCOLA MUNICIPAL DE SAÚDE', specifically the 'Rede Sampa' page. The header is similar to the previous screenshot. The main content area features a search bar, a dropdown menu for 'Ofertas: Cursos / Rede Sampa', and a list of five course offerings: 'Detecção Precoce de Transtornos Graves da Infância e Adolescência e Medicalização Turma LESTE', 'Detecção Precoce de Transtornos Graves da Infância e Adolescência e Medicalização Turmas NORTE', 'Detecção Precoce de Transtornos Graves da Infância e Adolescência e Medicalização Turmas OESTE', 'Detecção Precoce de Transtornos Graves da Infância e Adolescência e Medicalização Turmas CENTRO', and 'Detecção Precoce de Transtornos Graves da Infância e Adolescência e Medicalização Turmas SUDESTE'. A URL 'ead2.saude.prefeitura.sp.gov.br/course/view.php?id=294' is visible at the bottom left.

Fonte: <http://www.ead2.saude.prefeitura.sp.gov.br>

Ilustração 8 REDE SAMPA – Página inicial

Ativar edição

Administração

- Administração do curso
 - Ativar edição
 - Editar configurações
 - Conclusão de curso
 - Usuários
 - Filtros
 - Relatórios
 - Notas
 - Badges
 - Backup
 - Restaurar
 - Importar
 - Reconfigurar
 - Banco de questões
 - Mudar papel para...
 - Minhas configurações de perfil

Participantes

Participantes

Pesquisar nos Fóruns

Novas mensagens (4)
Ir para mensagens Ignorar

REDE SAMPA
Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente

Detecção precoce de transtornos graves na infância e adolescência e medicalização

Fórum de notícias

BOAS VINDAS!!!

Seja bem vindo ao novo curso do Projeto Rede Sampa!!

Com esse novo módulo da Área temática "Atenção a Saúde Mental da Infância e Adolescente", pretendemos trazer juntos novos rios para o cuidado de bebês e crianças pequenas. Frente ao predomínio de uma lógica patologizante na saúde pública, vocês – como profissionais que acompanham e intervêm com todo e qualquer bebê – são essenciais para a construção de um cuidado integral. Portanto, esses oito encontros que faremos nos próximos meses buscarão difundir critérios que deem a vocês mais recursos para a detecção e intervenção precoce do risco psíquico na infância.

Como vocês devem se lembrar, fizemos rodas de conversa regionais para discutir a proposta do curso com os trabalhadores da RAPS, adequando o que foi elaborado pela coordenadora do curso, Julieta Jerusalinsky, às demandas da Rede. Para que vocês tenham acesso a um registro do início desse processo de capacitação, estamos disponibilizando abaixo os slides que foram usados nessas rodas. Fiquem à vontade para relembra-los ou que foi discutido! Desejamos a todos um bom trabalho pela frente!!

- RODA DE CONVERSA
- EMENTA DO CURSO

Fonte: <http://www.ead2.saude.prefeitura.sp.gov.br>

Ilustração 9 REDE SAMPA – Curso: 1ª aula

Pesquisa Avançada ?

Últimas notícias

Acrescentar um novo tópico...
(Nenhuma notícia publicada)

Próximos eventos

Não há nenhum evento próximo

Calendário...
Novo evento...

1 - A INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR DA INFÂNCIA: FUNDAMENTOS DA DETECÇÃO PRECOZE DO SOFRIMENTO PSÍQUICO E SUA ARTICULAÇÃO COM O DESENVOLVIMENTO

O objetivo desse primeiro encontro é que possamos assentar as bases clínicas e teóricas para considerar a especificidade que intervém com a infância comporta por se tratar de um momento diferente do da vida adulta, caracterizado pelo crescimento, maturação, desenvolvimento e estruturação psíquica. Esses conceitos se entremesam definindo a infância, porém não são equivalentes. Por isso, é preciso sustentar a articulação e a diferença entre eles para respeitar as características próprias da infância e a necessária articulação interdisciplinar e intersetorial para cuidar de uma criança.

Desse modo, neste encontro, situaremos os fundamentos amplos da infância para, nos encontros seguintes, podermos adentrar na especificidade do tempo de ser bebê.

- PPT - AULA 1
- Da estrutura ao nascimento do sujeito
Julieta Jerusalinsky (2002). Clínica com bebês: da estrutura ao nascimento do sujeito, in: Enquanto o futuro não vem – a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. Salvador: Ágalma, pp. 258-296.
- Temporalidade e Desenvolvimento
Julieta Jerusalinsky (2002). Temporalidade e desenvolvimento, in: Enquanto o futuro não vem – a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. Salvador: Ágalma, pp. 149-173.
- Intervenção nos primórdios da constituição
Julieta Jerusalinsky
In: *Laço mãe bebê: intervenções e cuidados*, org. Silvana Rabello, pp. 51-72.
- WIKI - AULA 1
- CURTA: A INVENÇÃO DA INFÂNCIA

ead2.saude.prefeitura.sp.gov.br/mod/wiki/view.php?id=18429

EIRÍSSIMA INFÂNCIA: DIFERENÇAS ENTRE O BEBÊ

Fonte: <http://www.ead2.saude.prefeitura.sp.gov.br>

Ilustração 10 WIKI – Instruções

The screenshot shows a web browser window with the URL ead2.saude.prefeitura.sp.gov.br/mod/wiki/view.php?id=18429. The page title is "WIKI - AULA 1".

The main content area contains the following text:

Olá,
Essa é a primeira wiki do curso. Vamos começar?

INSTRUÇÕES:

- Primeiro, clique na aba **EDITAR**.
- Coloque **seu nome** e escreva **seu texto** em resposta à questão disparadora ou a colocação de seus colegas de turma.
- **Amplie o teclado** no quando superior esquerdo da barra de ferramentas (no botão onde há o desenho de um teclado).
- Em seguida, ilumine com o cursor o seu texto (incluindo seu nome)
- Clique no símbolo "A" da barra de ferramentas e escolha uma cor para o seu texto (que será sempre a mesma).
- Não se esqueça de **salvar**.

PERGUNTAS DISPARADORAS:

- *A partir dos conteúdos abordados no encontro, relativos à diferença conceitual entre crescimento, maturação, desenvolvimento e constituição psíquica, convidamos a refletir sobre os modos de acompanhamento do desenvolvimento na Rede e estratégias para que tal acompanhamento considere o quanto o desenvolvimento não é autônomo, mas atrelado à constituição psíquica; o quanto essas aquisições dependem da relação com o Outro vivida não só em um sentido educativo, mas também de compartilhamento de prazer.
- *A partir dos conteúdos abordados em aula e do filme "a invenção da infância" convidamos a problematizar com qual infância estamos trabalhando hoje em dia? Que lugar temos dado as crianças na cultura e em nossas instituições?
- *Podemos retomar essas questões a partir de certos recortes de nossas práticas coletivas

Below the text are buttons for "Visualizar", "Editar", "Comentários", "Histórico", "Mapa", "Arquivos", and "Administração".

On the right side, there is a sidebar titled "Administração" with a menu:

- Administração da wiki
 - Editar configurações
 - Papéis atribuídos localmente
 - Permissões
 - Verificar permissões
 - Filtros
 - Logs
 - Backup
 - Restaurar
- Administração do curso
 - Mudar papel para...
 - Minhas configurações de perfil

At the bottom of the main content area, there is a text input field with the placeholder text "BEM VINDO(A)!!" and "INSIRA SUA RESPOSTA OU COLOCAÇÃO AQUI.". Below the input field are "Tags:" and a "Versão de impressão" link.

Fonte: <http://www.ead2.saude.prefeitura.sp.gov.br>

Ilustração 11 WIKI – Sem preenchimento

The screenshot shows the same Wiki page in edit mode. The URL is ead2.saude.prefeitura.sp.gov.br/mod/wiki/edit.php?pageid=62.

The main content area shows the text from the previous screenshot, but it is now in a rich text editor. The text is: "BEM VINDO(A)!!" and "INSIRA SUA RESPOSTA OU COLOCAÇÃO AQUI.". The editor has a toolbar with various formatting options like bold, italic, underline, list, link, and image.

Below the editor, there is a "Caminho: p" field and a "Tags" section with a dropdown menu for "Tags oficiais" (set to "Nenhum") and a text input for "Outras tags (insira tags separadas por vírgulas)".

On the right side, there is a sidebar titled "Minhas configurações de perfil".

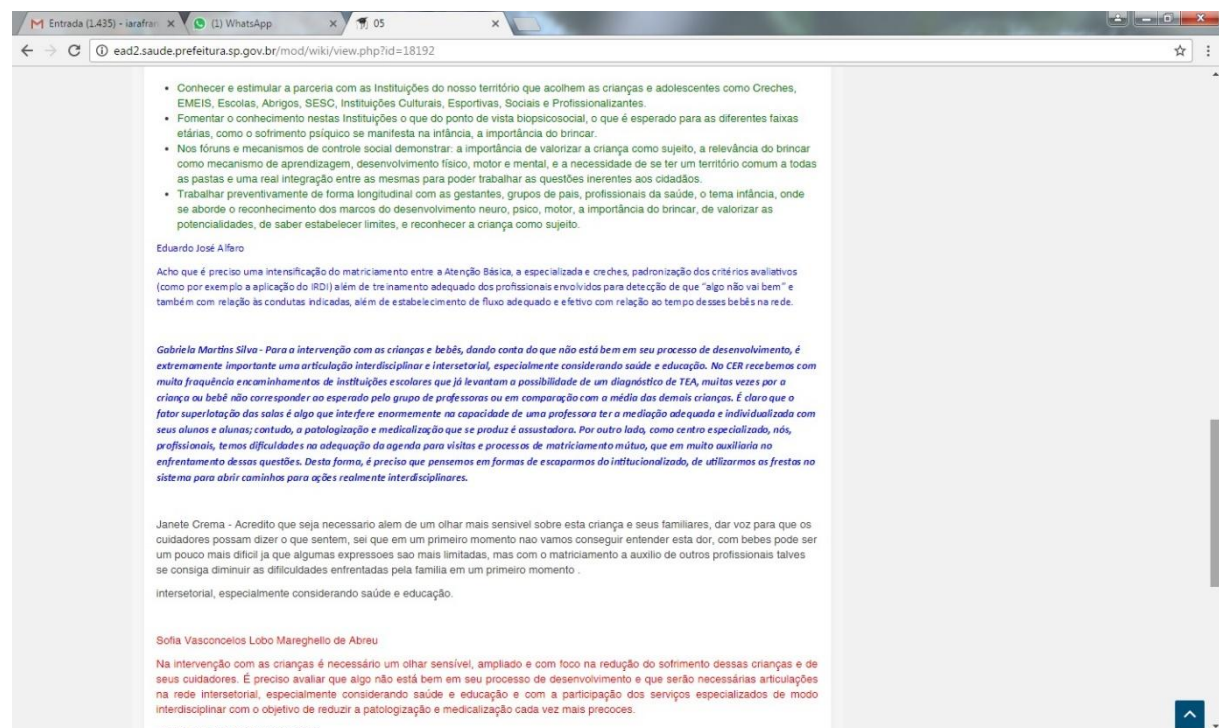
Fonte: <http://www.ead2.saude.prefeitura.sp.gov.br>

Ilustração 12 WIKI – Preenchida 1



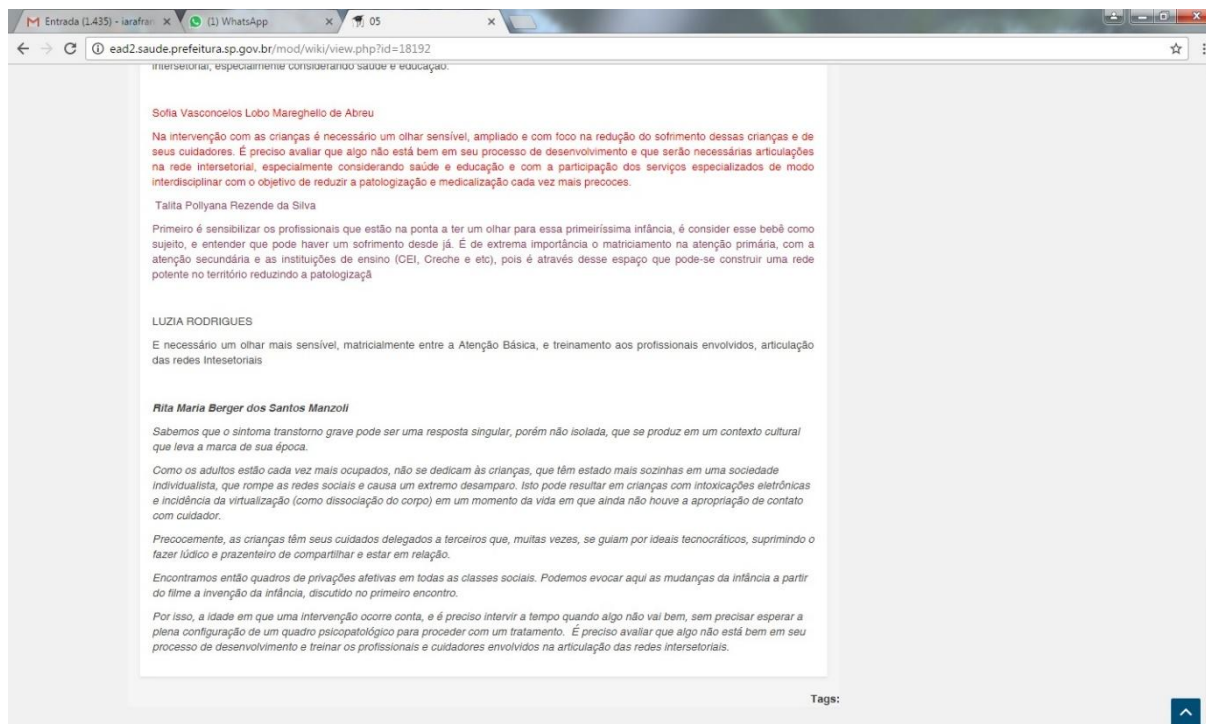
Fonte: <http://www.ead2.saude.prefeitura.sp.gov.br>

Ilustração 13 WIKI – Preenchida 2



Fonte: <http://www.ead2.saude.prefeitura.sp.gov.br>

Ilustração 14 WIKI – Preenchida 3



Fonte: <http://www.ead2.saude.prefeitura.sp.gov.br>