



*Universidade Nova de Lisboa
Faculdade de Ciências Médicas*

**PERCURSOS FORMATIVOS NA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL: CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO
PERMANENTE PARA O CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

June Corrêa Borges Scafuto

Dissertação de Mestrado em Saúde Mental Internacional

Orientador: Prof. Dr. Benedetto Saraceno
Coorientador: Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado

2017

JUNE CORRÊA BORGES SCAFUTO

**PERCURSOS FORMATIVOS NA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL: CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO
PERMANENTE PARA O CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Mental Internacional (International Master in Mental Health Policy and Services).

Orientador: Prof. Dr. Benedetto Saraceno

Coorientador: Prof. Dr. Pedro Gabriel Delgado

2017

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Benedetto Saraceno, orientador desta dissertação e por todo o aprendizado, por acreditar no meu projeto e pelo tempo disponibilizado.

Ao Professor Pedro Gabriel Godinho Delgado, meu coorientador e facilitador deste processo, por conduzir-me e ajudar-me a encontrar os caminhos para a realização deste trabalho, pela disponibilidade, escuta e incentivo. Por oportunizar tanto aprendizado e por dedicar-se, mesmo em momentos conturbados e adversos, a esse projeto. Não teria conseguido sem sua compreensão e paciência. Muito obrigada.

À Cristina Ventura, que tanto me ajudou nesse percurso. Sou profundamente agradecida pela disposição e incentivo, pelas sugestões e trocas que permitiram realização desse projeto.

À Universidade Nova de Lisboa, aos professores do Mestrado Internacional em Políticas e Serviços de Saúde Mental e aos colegas de curso pelos momentos de aprendizado e compartilhamento, principalmente aos amigos Pablo e Elsa, do Chile, que, mesmo fisicamente distantes, foram tão presentes e parceiros.

Agradecimento especial à Isadora Souza, companheira de mestrado, de viagens, de conversas e da vida, amiga de todas as horas com quem pude dividir as alegrias e angústias desse processo e de tantos outros. Muita gratidão por todo o apoio, parceria e acolhimento.

Ao Roberto Tykanori, por todo o afeto e aprendizado, e por todo apoio e incentivo que recebi desde o início dessa caminhada. Agradeço por fazer parte de sua equipe, por me proporcionar conhecer esse projeto tão bonito, que é o Percursos Formativos e por todos os momentos de conversa, de escuta, que me proporcionaram imenso crescimento profissional e pessoal.

À Fernanda Nicacio, pela sua delicadeza, paciência e pela convivência. Agradeço por todos os momentos de troca, por todas as conversas e ensinamentos.

Aos que foram e aos que ainda são da equipe da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, colegas guerreiros e tão queridos. Meu agradecimento a todos por toda a ajuda nessa caminhada, especialmente à Keyla Kikushi e Cinthia Locicks, que me concederam acesso às informações necessárias para a realização dessa pesquisa.

À Jaqueline Assis e Rúbia Persequini, companheiras do núcleo de formação e educação permanente, além de Ana Carolina Lopes, Janaína Barreto, Karine Dutra, Luciana Surjus, Milena Pacheco, Paula Fragale e Taciane Monteiro, amigas tão queridas, pelo suporte afetivo, acolhimento, carinho e cumplicidade, pelos momentos de diversão e pelas risadas.

Aos amigos da Fiocruz, André Guerrero, Bárbara Vaz, Enrique Bessoni e Nara Vieira, pela compreensão, incentivo e apoio, por aceitaram, de forma solidária, meus momentos de ausência; e à Fernanda Severo, pelo acolhimento, afeto e sugestões para a realização deste trabalho.

A todos os participantes do Projeto de Percursos Formativos na RAPS: gestores, trabalhadores, percursistas, usuários, tutores e ativadores. Dedico esta dissertação a vocês.

À minha família, por compreender minhas ausências em momentos de confraternização, especialmente a meus pais, Carlos e Carminda, por me apoiarem e oportunizarem a concretização de meus objetivos, a meus irmãos, Bianca e Matheus, também pelo apoio e incentivo, pelas palavras carinhosas e pelos momentos de alegria e ao nosso amado Zeca, que no ano passado nos deixou e por quem nutro imensa saudade.

À família Cataldi, João Carlos, Suely e Matheus, pelo apoio e pelos momentos de alegria.

Ao meu marido, Marcelo, meu companheiro de vida, com quem compartilho sonhos, alegrias e lutas; que abraçou comigo esse projeto; dedicou seu tempo e se envolveu nessa caminhada. Agradeço profundamente sua parceria. Agradeço também à nossa amada família felina, Pequena, Menora e Nala, pelo amor incondicional, intenso afeto e imensurável ternura.

RESUMO

Scafuto JCB. **Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial: contribuições da educação permanente para o campo da saúde mental**. 172f. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; 2017.

Este estudo consiste em uma análise exploratória do Projeto “Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial”. A pesquisa investigou se essa estratégia foi capaz de provocar mudanças no processo de trabalho em saúde mental, sob a perspectiva da atenção psicossocial. Apontou, ainda, as principais mudanças identificadas pelos participantes, bem como as potencialidades e dificuldades do projeto. O estudo baseou-se nos dados dos sistemas de informação do Ministério da Saúde e em questionários respondidos pelos participantes, configurando um estudo de métodos mistos, em duas dimensões: a primeira, qualitativa, é um estudo de frequências dos procedimentos registrados pelos Centros de Atenção Psicossocial. Para essa dimensão fez-se uso da estatística descritiva. A segunda, qualitativa, constituiu-se pela análise dos questionários respondidos pelos participantes. O material foi examinado com base na análise de conteúdo temática e nos pressupostos teóricos da atenção psicossocial e da educação permanente. Ao todo, a pesquisa envolveu 86 Redes e 253 participantes. Os achados mostram que o Projeto foi, de fato, capaz de proporcionar mudanças no processo de trabalho das equipes, a partir da incorporação de diferentes ações do campo da atenção psicossocial, da diversificação de estratégias de cuidado e de dispositivos da Rede, bem como sua integração. O projeto contribuiu também para a desconstrução do estigma e preconceito e para uma nova perspectiva acerca dos processos de desinstitucionalização e cuidado em liberdade, além de despertar os trabalhadores para as questões ético-políticas do campo, produzindo militância. Entre os desafios estão a duração, distância da família, adaptação, financiamento, pouco envolvimento dos usuários, poucos momentos de debate e visitas superficiais. As potencialidades identificadas são as trocas de experiências, imersão nos serviços, convivência, diversidade e pluralidade dos participantes, oportunidade de conhecer novas práticas, serviços e seu funcionamento. Além disso, o projeto contribuiu para amadurecimento profissional dos participantes, segurança na atuação nos serviços e proporcionou o reconhecimento da importância do próprio trabalho.

Palavras-Chave: saúde mental, atenção psicossocial, educação permanente, percursos formativos.

ABSTRACT

Scafuto JCB. **Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial: contribuições da educação permanente para o campo da saúde mental.** 172f. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; 2017.

This study is an exploratory analysis on the Project "Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial". The research investigated whether the Project was able to incite changes in the work process in mental health services, from the perspective of psychosocial care. It also pointed out the main changes identified by its participants, as well as the project's main potentialities and difficulties. The study was based on data from the Ministry of Health's information systems and on questionnaires answered by the participants, forming a hybrid method study, in two dimensions: the first, qualitative, is a study of the frequencies of the procedures registered by the Psychosocial Care Centers. For this dimension, descriptive statistics procedures were used. The second, qualitative, consisted of the analysis of the questionnaires answered by the participants. The material was examined based on the analysis of thematic content and the theoretical premises of psychosocial care and permanent education. In all, the research involved 86 mental health networks and 253 participants. The findings show that the Project was, in fact, able to provide changes in the work process, with the incorporation of different actions in the field of psychosocial care, diversification of strategies and services, as well as their integration. The project also contributes to the deconstruction of stigma and prejudice and to a new perspective on the processes of deinstitutionalization and treatment in liberty, as well as awakening the workers to the ethical-political issues of the field, generating activism. Among the challenges, there is duration, distance from family, adaptation, funding, little user's involvement, few moments for debate and superficial visits. The potentialities identified are the exchange of experiences, immersion in services, conviviality, diversity and plurality of participants, opportunity to learn about new practices, services and their operation. In addition, the project contributed to the participants professional development, sense of security in their practices, and recognition of the importance of their own work.

Key-Words: mental health, psychosocial care, permanent education, formative pathways.

RESUMEN

Scafuto JCB. **Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial: contribuições da educação permanente para o campo da saúde mental**. 172f. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; 2017.

Este estudio consiste en un análisis exploratorio del proyecto "Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial". El estudio se investigó si esta estrategia fue capaz de producir cambios en el proceso de trabajo en salud mental desde la perspectiva de la atención psicossocial. Además, ha indicado los cambios más importantes identificados por los participantes, así como el potencial y los desafíos del proyecto. El estudio se basó en datos de los sistemas de información del Ministerio de Salud y cuestionarios respondidos por los participantes, constituyéndose en un estudio de métodos mixtos en dos dimensiones: la primera, cualitativa, es un estudio de la frecuencia de los procedimientos registrados por los Centros de Atención Psicossocial. Esta dimensión se realizó mediante procedimientos de estadística descriptiva. La segunda, cualitativa, constituida por el análisis de los cuestionarios respondidos por los participantes. El material fue examinado sobre la análisis de contenido temático y los supuestos teóricos de la atención psicossocial y educación permanente. En total, participaron de la investigación 86 redes y 253 participantes. Los resultados muestran que el proyecto ha sido capaz de proporcionar los cambios en el proceso de trabajo de los equipos por medio de la incorporación de diferentes acciones del ámbito de la atención psicossocial, la diversificación de las estrategias de calidad y los dispositivos de red, así como su integración. El proyecto también contribuye a la deconstrucción del estigma y prejuicio y a una nueva perspectiva sobre el proceso de desinstitucionalización y la calidad en libertad, además de despertar los trabajadores a los problemas éticos y políticos del campo, produciendo militancia. Los principales desafíos son la duración, distancia de familiares, adaptación, financiación, poca participación de los usuarios, de momentos de discusión y visitas superficiales. El potencial identificado son los intercambios de experiencias, la inmersión en los servicios, la convivencia, la diversidad y la pluralidad de participantes, oportunidad de aprender nuevas prácticas, servicios y funcionamiento. Además, el proyecto contribuyó a la maduración profesional de los participantes, seguridad en la práctica en servicios y el reconocimiento de la importancia de su trabajo.

Palabras clave: salud mental, atención psicossocial, educación permanente, caminos formativos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Representação da composição de um módulo de formação.....	53
Quadro 1: Principais instrumentos normativos da PNEPS.....	24
Quadro 2: Etapas do Projeto de Percursos Formativos.....	51
Quadro 3: Módulos de formação, do Projeto de Percursos Formativos na RAPS.....	52
Quadro 4: Calendário de realização dos intercâmbios entre experiências.....	57
Quadro 5: Municípios considerados e desprezados na análise de dados da pesquisa.....	67
Quadro 6: Faixas populacionais utilizadas no estudo.....	71
Quadro 7: Distribuição de respondentes por módulo do PPF.....	74
Quadro 8: Legenda para leitura dos dados quantitativos.....	77
Quadro 9: Perfil profissional dos participantes do PPF	94
Quadro 10: Local de trabalho dos participantes do PPF.....	94
Quadro 11: Perfil profissional – dimensão qualitativa.....	96
Quadro 12: Local de trabalho – dimensão qualitativa.....	96
Quadro 13: Médias da questão 31, por módulo.....	97
Quadro 14: Médias da questão 31 nos questionários analisados.....	98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Quantidade de CAPS participantes do estudo.....	70
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Atendimento domiciliar, jan/2013 a dez/2015 – 50.001 a 100.000 hab.....	79
Gráfico 2: Fortalecimento do protagonismo, jan/2013 a dez/2015 – 50.001 a 100.000 hab....	80
Gráfico 3: Redução de danos, jan/2013 a dez/2015 – 50.001 a 100.000 hab.....	80
Gráfico 4: Fortalecimento do protagonismo, jan/2013 a dez/2015 –100.001 a 500.000 hab...	81
Gráfico 5: Redução de danos, jan/2013 a dez/2015 –100.001 a 500.000 hab.....	82
Gráfico 6: Fortalecimento do protagonismo, jan/2013 a dez/2015 – Brasil e módulo de atenção à crise em saúde mental Resende.....	85
Gráfico 7: Redução de danos, jan/2013 a dez/2015 – Brasil e módulo de atenção à crise em saúde mental Resende.....	85
Gráfico 8: Atendimento familiar, jan/2013 a dez/2015 – Brasil e módulo de atenção à crise em saúde mental São Paulo.....	86
Gráfico 9: Atenção à crise, jan/2013 a dez/2015 – Brasil e módulo de atenção à crise em saúde mental São Paulo.....	87
Gráfico 10: Atenção à crise, jan/2013 a dez/2015 – Brasil e módulo de desinstitucionalização São Bernardo do Campo.....	88
Gráfico 11: Reabilitação psicossocial, jan/2013 a dez/2015 – Brasil e módulo de desinstitucionalização São Bernardo do Campo.....	89
Gráfico 12: Atendimento domiciliar, jan/2013 a dez/2015 – Brasil e módulo de reabilitação psicossocial Santo André.....	90
Gráfico 13: Reabilitação psicossocial, jan/2013 a dez/2015 – Brasil e módulo de reabilitação psicossocial Santo André.....	91
Gráfico 14: Redução de danos, jan/2013 a dez/2015 – Brasil e módulo de reabilitação psicossocial Barbacena.....	92

LISTA DE SIGLAS

AP – Atenção Psicossocial

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CDPD - Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência

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

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

EP - Educação Permanente

ERD - Escolas de Redutores de Danos do Sistema Único de Saúde

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz

HPs - Hospitais Psiquiátricos

LOA – Lei Orçamentária Anual

MS - Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

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

OPAS/OMS - Organização Pan-Americana da Saúde

PEP - Plano de Educação Permanente

PET Saúde - Programa de Educação Pelo Trabalho

PLOA – Projeto de Lei Orçamentária Anual

PNEPS - A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNSM - Política Nacional de Saúde Mental

PPA – Plano Plurianual

PPF - Projeto de Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial

PTS - Projeto Terapêutico Singular

PVC - Programa de Volta para Casa

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RPb - Reforma Psiquiátrica brasileira

SAMU – Serviços de Atendimento Móveis de Urgência

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

SMD - Saúde Mental em Dados

SRCT – Serviços Residenciais de Caráter Transitório

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS - Sistema Único de Saúde

TABWIN – Programa Tab para Windows

UA - Unidades de Acolhimento

UnaSUS – Universidade Aberto do Sistema Único de Saúde

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

Apresentação	13
1. A política nacional de educação permanente para a saúde.	16
2. Reforma psiquiátrica a política nacional de saúde mental: a educação, o cuidado e a clínica na perspectiva da atenção psicossocial.	30
2.1 Formação e educação permanente no contexto da saúde mental: o desafio da formação na perspectiva da desinstitucionalização	43
3. Percursos formativos na rede de atenção psicossocial: uma estratégia de educação permanente para os trabalhadores dos serviços de saúde mental.	50
3.1 “Intercâmbio entre experiências”	53
3.2 Oficinas de integração do trabalho em rede	59
3.3 Plano de educação permanente	60
3.4 Engrenagens da educação permanente	60
4. Percurso metodológico	65
4.1 Coleta e análise dos registros de procedimentos dos caps.....	67
4.1.1 Análise por faixa populacional.....	70
4.1.2 Análise por módulos de formação	71
4.1.3 Limitações do estudo quantitativo	72
4.2 Coleta e análise das respostas ao questionário do projeto	73
4.2.1 Análise das questões objetivas/quantitativas.....	75
4.2.2 Análise das questões reflexivas/descriptivas	75
4.2.3 Limitações do estudo qualitativo.....	76
4.3 Aspectos éticos.....	76
5. Resultados e discussão	77
5.1 Resultado das comparações por faixas populacionais.....	77
5.2 Resultado das comparações por módulos.	83
5.3 Análise dos questionários	93
5.3.1 Caracterização dos respondentes	93
5.3.2 Análise do item quantitativo.	97
5.3.3 Análise das questões abertas.	98
5.4 Discussão sobre os achados da pesquisa	113
Considerações finais	117
Referências bibliográficas	119
Anexos	128

APRESENTAÇÃO

Este estudo surge da necessidade de problematizar a formação dos profissionais no campo da saúde mental e é inspirado em uma estratégia de Educação Permanente chamada Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial, desenvolvida pela Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde do Brasil, como proposta de superar a lacuna de formação dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) para o campo da atenção psicossocial^a.

Alguns dos elementos críticos para a sustentação do modelo de saúde brasileiro são a inadequação da formação de seus profissionais perante as necessidades da população e a ausência de estratégias de formação e educação permanente que dialoguem com a possibilidade de superar satisfatoriamente este desafio¹.

Cabe aqui esclarecer que não é intenção deste trabalho depositar no profissional dos serviços a culpa por todos os problemas que afligem o sistema público de saúde no Brasil, visto que outras barreiras - como o subfinanciamento, concentração de serviços e profissionais em centros urbanos, má gestão, entre outros - estão ainda por ser vencidas. A abordagem adotada no decorrer do texto tem ênfase no desafio referente aos processos formativos do campo da saúde e não na atuação profissional, embora ambos estejam intimamente relacionados.

Neste trabalho, far-se-á uma exposição sobre a política de formação para os profissionais da saúde pública e sobre a necessidade de investimentos no campo, reconhecida na legislação do SUS e da Saúde Mental brasileira.

A Lei nº 8080/1990, conhecida popularmente como Lei do SUS, discorre sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, e dispõe sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. A Lei estabelece a responsabilidade do SUS em relação à formação de seus profissionais e a uma política de recursos humanos na área da saúde. Em resposta a esta determinação, foi instituída uma Política de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde.

A organização de uma política brasileira de formação e educação permanente para os trabalhadores pode ser dividida em três momentos: i) criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde e criação dos Polos de Educação Permanente; ii) publicação da Portaria nº 198/2004, que instituiu a Política Nacional de

Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e iii) republicação da Portaria nº 198, em 2007, que conferiu maior protagonismo às gestões locais, descentralização dos recursos financeiros e vinculação das ações de formação a planos locais de Educação Permanente em Saúde, bem como a publicação da Portaria nº 1996/2007, que definiu novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS². Os marcos históricos e objetivos dessa política serão discutidos no Capítulo 1 deste trabalho.

O Capítulo 2 apresentará breve histórico sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira e da Política Nacional de Saúde Mental, com ênfase no que foi chamado, no Brasil, de clínica da atenção psicossocial. Far-se-á, ainda, um resgate das ações e estratégias de educação permanente, adotadas no âmbito da Política de Saúde Mental, voltadas à formação qualificada dos trabalhadores nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A formação de profissionais para atuação na RAPS, ainda é um grande desafio. Notadamente no campo da saúde mental, as formações tradicionais não abarcam o aspecto desafiador da clínica no cotidiano dos serviços, a história e contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ou as práticas inovadoras no campo da atenção psicossocial. A formação dos profissionais é essencial e precisa estar voltada para este novo modelo de cuidado em liberdade, de trabalho territorial, de produção de autonomia, garantia e exercício de direitos.

Para que novas mudanças ocorram, é preciso haver também profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área. Isso significa que só conseguiremos mudar realmente a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos brasileiros se conseguirmos mudar também os modos de ensinar e aprender³ (p.6).

É nesse contexto de mudança e inovação que se propôs o Projeto de Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial, objeto de estudo da presente pesquisa. Realizado entre os anos de 2014 e 2016 por diversos municípios do país, essa estratégia constituiu-se como uma rica experiência de compartilhamento de saberes e práticas no campo da atenção psicossocial.

Nesse trabalho, o leitor terá a oportunidade e escolha de iniciar seu contato com o projeto através de um relato em primeira pessoa, disponibilizado no Anexo 1, que propõe um registro do seu processo de criação; ou pelo Capítulo 3, onde o leitor encontrará uma descrição sobre sua estrutura, organização e desenvolvimento.

Há, no Brasil, alguns relatos e trabalhos acadêmicos que descrevem e pesquisam experiências locais deste projeto. O ineditismo do presente trabalho jaz na proposta de realização de uma

análise exploratória da primeira etapa do projeto, a nível nacional, contando com o relato de participantes em todo o território brasileiro, além do registro histórico de sua origem e bases de concepção.

Nesse contexto, a presente pesquisa propõe investigar se o Projeto de Percursos Formativos foi capaz de provocar mudanças no processo de trabalho dos municípios participantes, sob a perspectiva da atenção psicossocial. Além disso, procurou-se apontar quais as principais mudanças identificadas pelos participantes e quais as principais potencialidades e dificuldades do projeto.

Para tanto, desenvolveu-se um estudo de métodos mistos em duas dimensões. A primeira, quantitativa, observou o comportamento de registro dos procedimentos realizados nos Centros de Atenção Psicossocial, antes e durante a execução da primeira fase do projeto, com auxílio da estatística com enfoque descritivo. A segunda dimensão é qualitativa – e complementar à abordagem quantitativa - e consistiu na análise de conteúdo de questionários respondidos pelos participantes. O Capítulo 4 apresentará o percurso metodológico adotado neste estudo.

Os resultados das análises aqui propostas estão dispostos no Capítulo 5 e, nas considerações finais, retoma-se os principais achados dessa pesquisa.

Nota de fim do capítulo:

^aEntende-se como atenção psicossocial, neste trabalho, uma maneira de operar o cuidado, pautado pelo respeito e garantia de exercício dos direitos humanos. O Capítulo 2 abordará este tema.

1. A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA A SAÚDE.

O projeto de Percursos Formativos, objeto desta pesquisa, é uma estratégia de educação permanente desenvolvida no âmbito da Política de Saúde Mental entre maio de 2014 e novembro de 2016.

O tema da formação e qualificação dos trabalhadores há muito acompanha o desenvolvimento dos processos de cuidado na saúde. Na América Latina, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) iniciou, nos anos 1980, um movimento que propôs a reformulação das iniciativas de formação para os trabalhadores da saúde, com o objetivo de contribuir para “uma perspectiva crítica do pertencimento ao trabalho, da implicação com os usuários da atenção à saúde e da colaboração com a gestão dos sistemas e serviços de saúde”⁴ (p.9). No Brasil, esse movimento refletiu em propostas para a educação continuada de trabalhadores do setor, que passaram a compor a legislação atualmente vigente no País.

Os saberes incorporados pelos trabalhadores e o modo como representam o processo saúde e doença são pontos críticos do sistema público de saúde brasileiro⁵. A formação dos trabalhadores, porém, é uma das áreas menos problematizadas na formulação de políticas para a saúde¹. As discussões sobre esse tema acontecem desde a concepção do sistema, e a sua implementação não foi necessariamente acompanhada da qualificação dos profissionais para atuarem no caminho dos princípios do modelo de saúde vigente.

O processo de redemocratização do País, após o longo período de regime militar, gerou uma importante reorganização do sistema público de saúde. Foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e a ele atribuiu-se o ordenamento da formação de seus quadros profissionais⁶.

O SUS foi formalmente instituído por meio da Lei^o 8.080/1990, a “Lei do SUS”. A Lei dispõe que é de responsabilidade do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, e prevê, ainda, a criação de comissões permanentes de integração entre serviços de saúde e instituições de ensino profissional e superior, tendo como uma de suas atribuições propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos trabalhadores do SUS.

A Lei discorre ainda sobre as responsabilidades dos entes federativos, delegando a todos os níveis de gestão - federal, estadual, distrital e municipal - ações relacionadas à formação e

educação permanente dos seus trabalhadores. Assim, cabe a todos os entes a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. À direção nacional do SUS compete promover a articulação com instituições de ensino e órgãos de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde.

Em seu art. 27, a Lei nº 8.080/1990 dispõe ainda sobre uma política de recursos humanos na área da saúde, a ser formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento e formação para os trabalhadores.

Ao contrário do que se espera, as tradicionais ações de formação praticadas nos últimos anos têm induzido a especialização do cuidado e produzido uma tensão na construção do modelo de saúde atual, tornando evidentes as diferenças entre o que pensam os usuários, os trabalhadores e gestores da saúde^{2,7}.

O País ainda vive a herança da proliferação das escolas privadas de medicina e de outras áreas da saúde, durante o período de ditadura militar, voltadas ao modelo biomédico e indiferentes às necessidades de saúde da população⁸.

O modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital universitário, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a precoce especialização, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde. Na abordagem clássica da 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 profissional¹ (p.1402).

Este modelo, contudo, não é adequado às complexas construções no âmbito da saúde. Ao considerarmos a diversidade cultural e extensão territorial do Brasil, a presença de saberes tradicionais em determinadas localidades, ou mesmo o processo saúde-doença e a lógicas de cuidado distintas do modelo científico vigente; cresce a complexidade das situações concretas onde atuam os profissionais da saúde⁹.

Problemas como a baixa disponibilidade de profissionais, a distribuição irregular com grande concentração em centros urbanos e regiões mais desenvolvidas, a crescente especialização e suas consequências sobre os

custos econômicos e dependência de tecnologias mais sofisticadas, o predomínio da formação hospitalar e centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência demandam ambiciosas iniciativas de transformação da formação de trabalhadores⁹ (p.163).

As questões relacionadas à formação aparecem já durante a graduação. Os cursos na área da saúde ainda são pautados pela lógica do mercado, priorizando o ensino voltado às práticas em consultórios privados ou clínicas particulares, em que cada especialidade faz aquilo que – em concepção equivocada - somente a ela compete.

De fato, o ensino na graduação - e de maneira geral - é eminentemente voltado à reprodução, ao aprendizado mecânico, pouco reflexivo e de formato enciclopédico, em um espiral reprodutor de processos de educação que apenas convidam o estudante a oferecer respostas corretas sobre verdades absolutas^{7,10}. O Projeto de Percursos Formativos aqui estudado é uma das estratégias que visa superar este modelo tradicional de ensino-aprendizado.

A realidade de grande parte das experiências de formação gera, entretanto, uma reclamação recorrente por parte dos gestores do SUS, ao relatarem que os profissionais têm formação inadequada e que falta às universidades compromisso com o sistema de saúde¹¹ - ainda que as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde, aprovadas entre 2001 e 2004, já indiquem a necessidade de que as disciplinas ministradas contemplem a estrutura e lógica de funcionamento do SUS, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde^{1,7}. Essas diretrizes são, entretanto, apenas recomendações que podem ser ou não adotadas pelas Universidades Públicas, visto que estas gozam da prerrogativa de autonomia universitária prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que as garante criar, organizar e extinguir, cursos e programas, além de definir seus currículos¹².

Algumas universidades avançaram na revisão de seus currículos e processos de formação, porém são poucas e ainda há no Brasil muitos profissionais recém-graduados que não compreendem o sistema público de saúde vigente ou as necessidades da população^{7,10}. A reprodução do que se aprende nos cursos de graduação tem suas consequências na fragmentação das políticas:

(...) saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, vigilância separada da proteção aos agravos externos e cada um desses fragmentos divididos em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado. Essa fragmentação também tem gerado especialistas, intelectuais e consultores (expertises) com uma noção de concentração de saberes que terminam por se impor sobre os profissionais, os serviços e a sociedade e cujo resultado é a expropriação

dos demais saberes e a anulação das realidades locais em nome do conhecimento/da expertise⁹ (p.164).

Na busca para sanar os problemas relacionados à formação dos trabalhadores e, por consequência, sua atuação nos serviços, o que usualmente se observa no campo da educação em saúde é a realização de capacitações, treinamentos e cursos de curta duração^{9,13,14}. Essas estratégias, embora tenham sua função para a aquisição de certas técnicas de trabalho¹⁵, são baseadas na transmissão e ignoram, em sua maioria, o já existente acúmulo de conhecimento no campo da construção de aprendizagens e da produção criada a partir da circulação de saberes, além de cercearem o protagonismo ativo dos estudantes no processo ensino-aprendizagem^{1,7,9,15}. A profusão de iniciativas pontuais e sem continuidade mostrou-se pouco relevante, com baixo impacto para a realidade do trabalho no SUS^{10,14,16}.

Tradicionalmente, falamos da formação como se os trabalhadores pudessem ser administrados como um dos componentes de um espectro de recursos, como os materiais, financeiros, infraestruturais etc. e como se fosse possível apenas “prescrever” habilidades, comportamentos e perfis aos trabalhadores do setor para que as ações e os serviços sejam implementados com a qualidade desejada. As prescrições de trabalho, entretanto, não se traduzem em trabalho realizado/sob realização⁹ (p.163).

Na ausência de uma discussão ampliada sobre os processos de formação, as políticas educacionais eram compostas por processos excessivamente normativos. As iniciativas pessoais e processos inventivos eram entendidos como posições indesejavelmente questionadoras, reproduzindo-se um senso comum de não reconhecimento das vivências e experiências como processos geradores de conhecimento, além de fazer uso da mera transferência de conhecimento como escolha para suprir uma suposta deficiência na formação das equipes¹⁶.

A opção por este tipo de prática torna evidentes conhecidos desafios no campo da formação para o trabalho em saúde: i) Reduccionismo: é comum o significativo empobrecimento das abordagens no campo da educação em saúde, especialmente quando as propostas educacionais são direcionadas a um grupo específico, ou quando são propostas técnicas descontextualizadas que, sozinhas, não respondem às necessidades locais; ii) Persistência no modelo escolar: apesar dos progressos no campo da educação para o trabalho e da constatação de que a educação baseada na transmissão vertical e acrítica é cada vez mais considerada um modelo falido, ainda persiste o modelo dominante no campo da educação. Este modelo pode ser operacionalizado de forma participativa ou até reproduzido no âmbito dos serviços, mas isso não significa uma superação de suas bases conceituais; iii) Persistência da visão

instrumental sobre do papel da formação: entendimento de que as estratégias de formação seriam apenas um suporte, um meio para cumprir objetivos institucionais; iv) Descompassos: em muitos casos há uma contradição entre o tempo exigido para o desenvolvimento de propostas de formação e o tempo necessário para executá-las. Isso pode gerar dificuldades para avaliar resultados, que tendem a revelar-se em prazos maiores do que aqueles previamente definidos nas propostas; v) Baixa disponibilidade de profissionais: em alguns contextos a escassez de profissionais com experiência na implementação de estratégias inovadoras de formação se apresenta desde a concepção de propostas educacionais e agudiza no momento em que são postas em prática¹⁷.

No Brasil, até pouco tempo, o processo de implementação das políticas de educação para o trabalho na saúde foi permeado por uma proliferação de cursos fechados, com estrutura e conteúdo pré-determinados, sem que houvesse uma necessária discussão com as equipes dos serviços; tornando-o alheio às reais necessidades de formação.

Além disso, foram privilegiadas as ações de formação dirigidas a categorias profissionais específicas, como o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem^{4,13}, que acabavam por disseminar a especialização do cuidado e fragmentação do trabalho.

O processo de produção do cuidado em saúde, entretanto, é também constituído de processos pedagógicos e não só de ações tecnológicas ou procedimentais^{2,15,16}. Saúde e educação são, nesse sentido, indissociáveis no processo de trabalho dos profissionais do sistema público de saúde.

Diversas iniciativas e investimentos foram propostos pelo Ministério da Saúde (MS) com intuito de suprir a lacuna de formação nas graduações do campo da saúde, como as previamente mencionadas, os mestrados profissionais, o programa de Capacitação e Formação em Saúde da Família, o de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde, o de Interiorização do Trabalho em Saúde e o de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina.^{14,16}

No campo dos documentos técnicos orientadores e das normativas, a Norma Operacional Básica para Recursos Humanos do SUS (NOB/RH – SUS) está imbuída da indissociabilidade entre saúde e educação. Ela foi discutida por todo o País, construída de maneira participativa e publicada pelo Conselho Nacional da Saúde (CNS), propondo uma ligação estreita entre a

formação adequada da equipe e a qualidade da atenção prestada¹³. A Norma apontou ainda a necessidade de que as instituições de ensino e pesquisa comprometam-se com o SUS e seu modelo assistencial¹³.

Ainda que com algumas limitações, a gestão do SUS passa a reconhecer, então, a importância dos processos educativos para o processo de cuidado e da sua discussão junto aos gestores, profissionais e usuários do sistema, pautando a análise e valorização das experiências e o fortalecimento da participação popular e valorização dos saberes locais^{7,9}.

Cresce, assim, a necessidade por novas abordagens que sejam capazes de desfazer as dicotomias existentes, constituindo grupos e subjetividades que se sintam convocados a essa tarefa no interior dos serviços de saúde^{9,16}, uma vez que a mudança das práticas formativas não acontece apenas pela reconfiguração/inclusão de conteúdos¹. Ela necessita da valorização dos saberes e experiências do território, desenvolvimento das potencialidades existentes e da capacidade crítica, valorização das necessidades e anseios dos usuários dos serviços, além da problematização das práticas e concepções vigentes para a implicação com o papel social e político do trabalho^{7,11,18}.

Essa visão parte do pressuposto de que os trabalhadores possuem acúmulos importantes a partir de sua prática e compreensão de sua produção, além de reconhecer que qualquer proposta de formação deve considerar a experiência e a vida concreta e cotidiana no SUS^{1,7,9}. Veremos adiante no texto que o Projeto de Percursos Formativos se coaduna a esses princípios.

É importante destacar, outrossim, que o SUS, apesar de ser o modelo de sistema de saúde oficial adotado pelo governo brasileiro, é contra hegemônico, e uma proposta de política pública voltada à qualificação de seus trabalhadores deve ser capaz de formar profissionais em contraposição às práticas biomédicas dominantes em saúde¹⁰.

O SUS, pela dimensão e amplitude que tem, a capilaridade social e a diversidade tecnológica presente nas práticas dos trabalhadores, aparece na arena dos processos educacionais de saúde como um lugar privilegiado para o ensino e aprendizagem, especialmente os lugares de produção da saúde, o “chão de fábrica” do SUS, lugar rico de ação criativa dos trabalhadores e usuários. Educar “no” e “para o” trabalho é o pressuposto da proposta de Educação Permanente em Saúde. No SUS, os lugares de produção de cuidado são, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica, pois concentram as vivências do cotidiano, o encontro criativo entre trabalhadores e usuários¹⁶ (p.433).

Para possibilitar a concretude das mudanças necessárias aos processos de formação na saúde, em junho de 2003 foi criada, no âmbito do MS, uma Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), que tem como missão desenvolver a articulação e desenvolvimento de políticas de formação na área, em parceria com o Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Educação e das gestões locais, envolvendo trabalhadores, usuários, instituições de ensino e pesquisa e movimentos sociais¹³.

Cabe à SGTES a formulação das políticas públicas voltadas à formação na área da saúde e ao desenvolvimento profissional¹⁹. Sua principal iniciativa, logo após a sua criação, foi uma proposta de mudança nas práticas usuais de formação e a articulação entre os processos de ensino, gestão, cuidado e participação social, por meio de uma Política de formação para o trabalho na saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi apresentada pela SGTES e aprovada em 2003 pelo CNS¹¹, como estratégia para transformar e qualificar as práticas de saúde através da formação dos profissionais do SUS de maneira implicada com o trabalho intersetorial para o desenvolvimento individual e institucional^{2,14,10,19,20}.

A gestão da Educação Permanente em Saúde seria realizada por meio dos Polos de Educação Permanente em Saúde, definidos como instâncias colegiadas locais regionais de articulação interinstitucional que funcionariam como dispositivos do SUS para promover mudanças, tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de formação, além de proporcionar a articulação entre docentes e estudantes nos cenários de prática¹⁴.

Nessa proposta, os Polos tinham como atribuição promover a formulação e a integração das ações locais de formação por meio da construção de projetos de cooperação técnica e política entre os gestores estaduais e municipais e as instituições de ensino, além de formular políticas territorializadas para formação na saúde e estabelecer relações cooperativas com os demais Polos do País^{13,14}.

Chamados de *operadores de subjetividade*¹², os Polos contavam com representantes do ensino, gestão, serviços e da comunidade, e ocuparam-se da descentralização e de disseminação de capacidade pedagógica na saúde¹², ao se construírem enquanto *locus* propício para a problematização sobre a mudança nas práticas nos serviços¹⁵ e ao priorizarem o diálogo e pactuação colegiada entre os atores envolvidos na execução da PNEPS.

Concretamente é a Portaria Ministerial nº 198/2004 que institui a PNEPS como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de seus trabalhadores. Esta Portaria indica a Educação Permanente (EP) como a estratégia eleita no campo da saúde para dar concretude às relações entre ensino, ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde. Considera, ainda, que a EP é a estratégia capaz de agregar aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva.

Além da referida Portaria, também são marcos da PNEPS a Portaria nº 2.474/2004, que instituiu o repasse financeiro para a formação dos agentes comunitários de saúde; as Portarias nº 399/2006 e nº 699/2006, que instituíram as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde e do Pacto pela Vida e de Gestão, além das deliberações da III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde¹⁰.

Em 2007, a PNEPS foi revista a partir do disposto no Pacto pela Saúde, por meio de discussões junto ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Essa revisão resultou na publicação da Portaria nº 1.996/2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política.

Essa portaria estabeleceu que a condução da PNEPS seria realizada por Colegiados de Gestão Regional, com a participação de Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço e por meio de um plano de ação regional de EP em saúde²¹, o que tornou os Polos de Educação Permanente instâncias formais dessa Política.

A PNEPS considera que os processos de formação para o trabalho englobam tanto habilidades técnicas quanto a produção de subjetividade e de pensamento crítico. Dessa forma, a PNEPS deve ser o orientador teórico-metodológico para a condução das ações de formação profissional²² ao buscar a transformação das práticas e contextos do processo de cuidado²³.

Embora não fosse a primeira proposta do MS no campo da formação para o SUS, a PNEPS teve como diferencial a inclusão de gestores, trabalhadores e sociedade na sua construção¹³ e o ineditismo na formulação concreta de uma política de formação e educação para saúde, superando os projetos pontuais de treinamento de recursos humanos¹¹. Destarte, “optou-se por priorizar a educação dos profissionais de saúde como uma ação finalística da política de saúde e não a atividade-meio para o desenvolvimento da qualidade do trabalho”¹¹ (p.976).

Um dos mais importantes avanços dessa Política foi a cessação da compra/contratação de pacotes fechados de cursos e atualizações pontuais, para apostar na potência das práticas das equipes nos espaços vivos do trabalho, a partir da análise dos seus processos, riquezas/potencialidades e desafios^{2,10,11}. Assim, a PNEPS constitui-se essencialmente na aposta de estratégias de EP para a transformação da “rede pública de saúde em uma rede de ensino-aprendizagem, no exercício do trabalho”¹¹ (p.975).

Ano	Documento	Finalidade/Objetivos
2004	Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004	Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.
2004	Portaria nº 2.474, de 12 de novembro de 2004	Institui o repasse regular e automático de recursos financeiros para a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde.
2006	Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006	Divulga e aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006: Consolidação do SUS, com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.
2006	Portaria nº 699, de 30 de março de 2006	Regulamentar a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS
2006	III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde	Propôs diretrizes nacionais para a implementação da política de gestão do trabalho e da educação na saúde, tendo como referência a NOB/RH-SUS, ampliando a participação e a corresponsabilidade dos diversos segmentos do SUS na execução dessa política. Teve como tema central: “Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: Práticas de Trabalho, de Gestão, de Formação e de Participação”.
2007	Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007	Define novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde

Quadro 1: Principais instrumentos normativos da PNEPS

Diversos autores conceituam a Educação Permanente (Batista e Gonçalves², Cecim^{9,11}, Medeiros¹⁰, Merhy¹⁵, Franco¹⁶, Feuerwerker²⁴). Segundo a NOB/RH – SUS a EP:

Constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha²⁵ (p 32).

Essa estratégia tem como proposta principal a mudança nas práticas de trabalho nos serviços de saúde, transformando-os em espaços de formação pela valorização das experiências e saberes produzidos pelo trabalho, mas também deve abarcar discussões que envolvam a responsabilização das instituições de ensino para com o sistema público de saúde, de forma que a educação acadêmica incorpore as práticas do SUS e as tecnologias/saberes produzidos localmente.

Nessa lógica, as propostas de formação deixam de ser verticalizadas e impostas sob a perspectiva de um gestor central acerca das necessidades de qualificação das equipes, e

passam a basear-se nas necessidades identificadas pela própria equipe no seu processo de trabalho, considerando o contexto em que se está inserida^{2,7,14}. Dessa maneira, os trabalhadores saem da condição de “recursos” para a condição de atores sociais, protagonistas das transformações no trabalho e nas práticas resolutivas de gestão e de atenção em saúde^{9,10,15}.

A mudança, então, partiria de uma postura crítica do próprio processo de trabalho², através de uma reflexão sobre si mesmo no cotidiano do cuidado, de uma revisão dos valores que conduzem as práticas, tanto no plano individual quanto no coletivo^{7,11,17} e procurando viabilizar espaços coletivos para a reflexão sobre aquilo que se produz no cotidiano dos serviços¹⁶.

A EP é, fundamentalmente, adaptável à realidade inconstante dos serviços de saúde e tem um compromisso político com a formação de perfis profissionais e de serviços para o SUS⁹. É, portanto, “uma atividade de natureza cultural em que, por meio do encontro dos diferentes atores sociais, se produz e reproduz cultura”¹⁰ (p 97-98).

No cenário internacional, especificamente nos países da América Latina, a EP é debatida desde o texto inaugural de Juan Cesar Garcia, em 1969²⁶, e a partir da introdução pela OPAS/OMS, nos anos 1970, de uma discussão sobre as necessárias mudanças nas práticas de saúde²⁷. A proposta de EP foi então disseminada pela América Latina como estratégia preferencial para os processos de formação de profissionais da saúde e assumida como prioridade junto à OPAS/OMS na década de 1980²².

Esse modelo, definido como “educação no trabalho, pelo trabalho, e para o trabalho”²⁸ (p.9); reconhece que os processos de formação devem sustentar-se sobre a base de um trabalhador que é sujeito ativo do seu processo de trabalho, e que demandam instituições mais democráticas e, por isso, também desencadeiam processos de democratização institucional²⁸.

Nas últimas décadas, diversos países desenvolveram programas e políticas na área de formação para o trabalho em saúde, considerando os pressupostos estabelecidos pela OPAS/OMS^{22,28}. No Brasil, a proposta de EP implantada no SUS perfilha-se ao modelo OPAS/OMS, ao destacar a importância do potencial educativo presente no processo de trabalho, para a sua própria transformação. Essa proposta busca a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e o compromisso social entre as equipes, gestores, instituições formadoras e controle social. Estimula a produção de saberes a partir da

valorização da experiência e da cultura do sujeito nas práticas de trabalho em saúde numa dada situação e com postura crítica^{1,2,9,14}.

Educação Permanente em Saúde está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere- e em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde⁹ (p.161).

As estratégias de EP partem do pressuposto de que só é possível produzir mudanças nas práticas institucionalizadas dos serviços, quando a formação favorece o conhecimento prático ou conhecimento em ação, a partir da reflexão compartilhada e sistemática que implica não somente o desenvolvimento de novas habilidades, mas a problematização dos contextos, pressupostos e valores que mantêm as práticas anteriores^{14,17}.

Colocar em suspenso, sob reflexão, os conhecimentos e práticas aprendidos, não é tarefa simples. Envolve processos complexos de institucionalização e desinstitucionalização da própria equipe, que requerem ação coletiva¹⁷, porém são estratégias importantes para se produzir uma nova escuta e uma nova realidade²⁹.

De toda forma, não há transformação possível se os atores envolvidos não tomam consciência das questões relevantes ao trabalho e se nelas não se reconhecem^{2,15}, porquanto é a na reflexão sobre as práticas que se produz o estranhamento e o desconforto, seguidos da disposição para produzir alternativas transformadoras⁹. Nesse sentido, a produção pedagógica no trabalho ocorre junto à produção do cuidado, agindo em conjunto e transversalmente nos cenários do SUS¹⁶.

Trazer esses processos para a vida diária nos serviços requer o reconhecimento do potencial educativo do ato de trabalho, ou seja: “no trabalho se aprende”¹⁷ (p.110). Isso supõe tomar as situações cotidianas como base de aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o processo de trabalho, no contexto em que ocorre^{7,17}.

Um importante conceito desse modelo pedagógico é o de *aprender fazendo*, que implica a inversão da sequência clássica de aprendizado “teoria → prática” e assume que processos

formativos para a produção do conhecimento ocorrem de forma dinâmica através da ação-reflexão-ação^{2,10}. Assim, a produção de conhecimento ocorre por meio de um processo de experimentação, busca permanente e compartilhamento de experiências no dia-a-dia dos serviços¹⁰.

Ao tomar esses contextos como cenários de produção pedagógica, é possível ressignificar os processos formativos no âmbito da saúde, extrapolando a relação ensino-aprendizagem e adentrando no campo da experimentação das vivências do cotidiano no trabalho e a da atualização produzida pelo encontro com o usuário^{7,13,16}. Assim, a EP seria capaz de proporcionar o agenciamento de processos cognitivos e de subjetivação, em que os trabalhadores assumam o protagonismo de uma nova forma de produção do cuidado e ao mesmo tempo produzam-se e reconheçam-se a si mesmos como sujeitos, como coletivos capazes de intervir na realidade e transformá-la^{10,16}.

Se os trabalhadores são os atores ativos das cenas de formação e de trabalho, a experimentação no cotidiano os modifica, produzindo diferença e afetamento, colocando-os em permanente produção⁹, de forma que o trabalhador da saúde fortalece sua posição como cidadão e, nesse papel, promove o reconhecimento da cidadania dos outros³⁰.

Seguir nessa direção, contudo, não é simples, já que requer evidenciar os complexos contextos dos cenários reais de prática de cuidado e dos atores, além de discutir sobre os problemas e a maneira de percebê-los para produzir transformações em contextos que, em muitos casos, favorecem a manutenção de velhos padrões².

Assim, a adoção de modelos tradicionais disfarçados de tecnologias inovadoras, com baixa possibilidade de transformação, é um dos grandes desafios da EP¹⁰. No campo da formação em saúde, as mudanças de concepções não foram suficientes para suspender o enfoque na transmissão de conhecimento¹⁷. As abordagens tradicionais em formação para a saúde são comumente mantidas paralelamente ou simultaneamente às novas propostas inovadoras, possivelmente pela persistência do modelo escolar sobre as formas de discutir e realizar a educação e por uma visão simplificada dos sujeitos e do cotidiano de prática nos serviços¹⁷.

O papel das práticas educativas deve ser crítica e incisivamente revisto para que almeje a possibilidade de pertencer aos serviços/profissionais/estudantes a que se dirigem, de forma que os conhecimentos que veiculam alcancem significativo cruzamento entre os saberes formais previstos pelos estudiosos ou especialistas e os saberes operadores das realidades – detidos pelos profissionais em atuação – para que viabilizem autoanálise e principalmente autogestão. Os saberes formais devem

estar implicados com movimentos de autoanálise e autogestão dos coletivos da realidade, pois são os atores do cotidiano que devem ser protagonistas da mudança de realidade desejada pelas práticas educativas⁹ (p.166).

Logo, estimular o desenvolvimento da consciência nos profissionais sobre o seu contexto e sua responsabilidade no processo permanente de formação é especialmente importante²³. Ademais, é imperioso o estabelecimento de ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação; buscando viabilizar processos de mudança no ensino da graduação, nos programas de residência médica e multiprofissional, na pós-graduação e na educação técnica^{7,9}; além do “desenvolvimento de recursos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional”¹⁵ (p. 172).

Neste capítulo vimos que apesar do esforço das políticas públicas para qualificação das práticas nos serviços de saúde, elas são, muitas vezes, estruturadas por um processo de trabalho que opera com base em relações hierárquicas, persistindo nos serviços o processo de trabalho fragmentado¹⁶. Para superar esse modelo:

(...)devem constituir-se organizações de saúde gerenciadas de modo mais coletivo, além de processos de trabalho cada vez mais partilhados, buscando um ordenamento organizacional coerente com uma lógica usuário-centrada, que permita construir cotidianamente vínculos e compromissos estreitos entre os trabalhadores e os usuários nas formatações das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas⁵ (p.39).

Buscou-se aqui destacar a estratégia de Educação Permanente como a opção para a materialização das necessárias transformações no campo do cuidado em saúde, através de uma importante inversão de lógica na concepção e nas práticas de formação. Ao propor a incorporação do ensino e da aprendizagem no cotidiano dos serviços, no contexto real em que ocorrem as práticas sociais e de trabalho, modifica-se substancialmente as estratégias de formação, a partir da prática como fonte de conhecimento e a problematização do trabalho em si¹⁷.

Trazer o campo do real, da prática cotidiana de profissionais, usuários e gestores do SUS é fundamental para a recomposição dos processos de formação, cuidado, gestão, formulação de políticas e controle social; para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde e para a qualificação do cuidado ofertado^{2,9}.

Ressaltou-se, que a EP coloca os trabalhadores como atores ativos e reflexivos – e não como receptores/destinatários - da prática e da construção de conhecimento. Esse modelo entende a

equipe como estrutura de interação para além das fragmentações disciplinares e propõe a expansão dos espaços educativos para fora da sala de aula e dentro dos serviços e da comunidade¹⁷.

O desenvolvimento de um processo de EP exige clareza de que não se trata de uma atividade pontual, ou um mecanismo de atualização da equipe. Trata-se, quando bem utilizado, de uma das ferramentas mais eficazes para a mudança estrutural, capaz de influenciar a cultura institucional²⁸.

Assim como para o campo da saúde em geral, na saúde mental os processos de formação de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial também são permeados por desafios, acentuados pelo recente processo de redirecionamento desta política, sob a perspectiva de desinstitucionalização e da atenção psicossocial.

A seguir abordaremos questões relacionadas à política de saúde mental do Brasil, as práticas de cuidado nos serviços sob a perspectiva da atenção psicossocial, além dos desafios e estratégias para a qualificação profissional neste setor.

2. REFORMA PSIQUIÁTRICA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: A EDUCAÇÃO, O CUIDADO E A CLÍNICA NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

A história da Reforma Psiquiátrica e da Política de Saúde mental não é o foco principal desse estudo, porém, entende-se necessário para a compreensão do texto, realizar breve resgate dos marcos históricos referentes a esse tema, que é contexto dessa pesquisa. O resgate que aqui se propõe será realizado pelo relato objetivo de acontecimentos relevantes a cada década, para a constituição da Política Nacional de Saúde Mental no contexto brasileiro.

Na primeira metade do século XX, iniciou-se no Brasil a construção de hospícios públicos. A partir dos anos 1960, seguindo uma política de privatização e terceirização da assistência pública à saúde houve também a proliferação dos chamados hospitais psiquiátricos (HPs), que protagonizaram o modelo assistencial que resultou em uma história de aprisionamento das pessoas com transtornos mentais, vinculada ao pressuposto de periculosidade, e que as impediu de participar da vida social e exercer sua cidadania^{31,32}.

Naquele momento, ainda não existia uma Política de Saúde Mental, ou se quer uma Política de Saúde e, nesse contexto, a assistência psiquiátrica centrava-se apenas nos hospitais asilares do Ministério da Saúde (MS) e nas clínicas privadas conveniadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. Esse modelo oferecia como recurso terapêutico apenas a internação hospitalar, o que inviabilizava o atendimento à maior parte dos pacientes³³.

Segundo Goldberg³⁴, esse modelo centrava o tratamento na prescrição medicamentosa, de acordo com a expressividade do sintoma, visando exclusivamente retirar os pacientes das crises agudas, sendo a figura do médico o centro de todas as expectativas de tratamento.

O que caracterizou esta assistência psiquiátrica foi a divisão entre os que têm o poder e os que não o têm, fazendo com que o doente, cuja falta de poder o coloca à mercê das decisões da instituição, fosse sistematicamente excluído³⁵.

A reforma do sistema psiquiátrico do Brasil está inserida em um momento histórico de luta social e de democratização da saúde no País. Durante a década de 1970, no contexto de combate ao Estado autoritário e ao regime de exceção em que se encontrava o Brasil,

emergem, segundo Tenório³⁶, as críticas relativas à ineficiência da assistência na Saúde Pública e ao caráter privatista da política de saúde do governo. Como reação às denúncias de fraudes, às péssimas condições de trabalho, aos maus tratos e à exigência da democratização do acesso à saúde, surge o Movimento de Reforma Sanitária.

Esse Movimento propôs novas formas de atenção e gestão dos serviços de saúde, sugerindo modelos alternativos para a reorganização do sistema de saúde do país. Na década de 1980 os programas propostos chegaram efetivamente à gestão, porém, segundo Delgado³⁷, “não tiveram impacto significativo sobre a qualidade do atendimento, e êxito escasso na mudança da hegemonia asilar” (p. 50).

Todavia, estabelece-se um contexto favorável à mudança do modelo assistencial hegemônico no campo da psiquiatria, especialmente com os relatos de Michel Foucault, Franco Basaglia e Robert Castel, em visita ao Brasil, sobre a emergência de novas práticas e novos saberes relacionados à assistência à saúde mental, pautados nos direitos de cidadania e na desinstitucionalização³⁸.

Em 1987, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no contexto da Reforma Sanitária, mobiliza-se enquanto movimento social e passa a protagonizar e construir a denúncia da violência dos manicômios, além de ser responsável por uma crítica à hegemonia da rede privada de assistência, ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico. Foi convocado, pelo MTSM, o II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado na cidade de Bauru/SP, com a participação de trabalhadores, usuários, familiares e professores universitários, e adotado o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, proposto originalmente pelo movimento internacional Rede de Alternativas à Psiquiatria, originário de alguns países da Europa³³.

A realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, naquele mesmo ano, a constituinte de 1988 e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas viabilizaram e protagonizaram o movimento de mudança do paradigma da assistência em saúde mental que deu origem à Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb)^{33,39}.

O processo de RPb não se constitui apenas pelo conjunto de mudanças políticas, mas também pelo conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais associados à Saúde Mental. Este processo é constituído por movimentos sociais e políticos orientados para um modelo de atenção comunitário e se caracteriza, no momento atual, por uma rede

diversificada de serviços e pela fiscalização e redução progressiva dos leitos situados em HPs⁴⁰, além de um forte movimento pela garantia do exercício e proteção dos direitos humanos.

Ainda na década de 1980, inicia-se um robusto remodelamento da assistencial nas instituições existentes, dando lugar a um modo de cuidado mais qualificado às necessidades dos usuários dos serviços e, também, a novos tipos de serviços. Surgem, então, os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência e Cultura, leitos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas e projetos de inclusão pelo trabalho^{32,41}.

No final da década de 1980, ocorre (...) a incorporação da noção de desinstitucionalização na tradição Basagliana, ou seja, uma ruptura com o paradigma psiquiátrico, denunciando seu fracasso em agir na cura, sua aparente neutralidade científica, sua função normalizadora e excludente, e a irrecuperabilidade do hospital como dispositivo assistencial. O MTSM passa a apostar na desconstrução da instituição manicômio, entendida como todo aparato disciplinar, institucional, ideológico, técnico, jurídico etc., que lhe confere sustentação (...)⁴² (p.456-457).

É também neste período que ocorre uma das mais importantes intervenções no campo da saúde mental, com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, em Santos, e a constituição de uma rede de serviços inteiramente pública, de base comunitária, territorial e substitutiva aos HPs na cidade.

Concomitante aos processos locais que se desenvolviam como proposta alternativa ao modelo vigente, é apresentado o Projeto de Lei nº 3.657/1989, de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado, que deu origem à Lei 10.216/2001. O projeto dispunha sobre a extinção progressiva dos leitos em manicômios e a sua substituição por outros serviços, além de propor a regulamentação sobre a internação compulsória.

Nos anos 1990 é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve por tema a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil⁴³. Cabe aqui destacar que as Conferências de Saúde Mental foram importantes espaços de mobilização e participação social e contribuíram para o processo de cuidado voltado ao exercício e proteção dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares. Além disso, as discussões ali realizadas impulsionaram a criação de leis e de políticas públicas voltadas à superação de desigualdades sociais⁴⁴.

Em 1991 é criada uma Área Técnica de Saúde Mental no MS - hoje conhecida como Coordenação Geral de Saúde Mental (CGMAD) - após a extinção de uma Divisão de Saúde

Mental responsável pela Campanha Nacional de Saúde Mental e pagamento de alguns hospitais psiquiátricos⁴². No mesmo ano ocorre um encontro entre a CGMAD e OPAS/OMS com o objetivo de elaborar um “documento/instrumento de referência para a política a ser adotada no Brasil e para o trabalho cotidiano na área”⁴² (p.3).

Neste período já são expedidas algumas normativas que oficializaram a criação dos CAPS com possibilidades de financiamento público aos serviços substitutivos ao HP e a normatização das internações psiquiátricas.

Em 2001, ano de realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, é promulgada a Lei federal nº 10.216, conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica” ou “Lei Paulo Delgado”, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil⁴⁵. A Lei determinou que a internação hospitalar fosse o último recurso no tratamento de pessoas com transtornos mentais, quando esgotadas todas as alternativas terapêuticas, e oficializou a implementação de um novo modelo de cuidado em saúde mental a partir de serviços extra-hospitalares de base comunitária e territorial^{33,46}.

Desde então, diversos documentos oficiais passam a regulamentar uma Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) no Brasil. Estão arrolados abaixo importantes marcos de regulamentação da PNSM:

- Lei nº 9.867/1999: dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais;
- Portaria nº 106/2000: institui os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), constituídos como casas na comunidade destinadas às necessidades de moradia de pessoas egressas de instituições asilares, que perderam vínculos familiares e sociais;
- Portaria nº 246/2005: destina incentivo financeiro para implantação de SRT;
- Lei nº 10.708/2003: institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais egressos de internações - Programa de Volta para Casa (PVC).
- Portaria nº 336/2002: regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- Portaria nº 52/2004: institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – PNASH Psiquiatria;
- Portaria nº 245/2005: destina incentivo financeiro para implantação de CAPS;

- Portaria nº 1.059/2005: destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em CAPS;
- Portaria nº 1.169/2005: destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho, destinados a pessoas com transtorno ou sofrimento mental ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- Portaria nº 1.174/ 2005: destina incentivo financeiro para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – QualiCAPS.

Inicia-se, dessa maneira, a constituição de uma rede psicossocial que passa a designar um novo paradigma de cuidados em Saúde Mental. Ela não significa nem a reabilitação, nem a clínica institucional, mas o conjunto de serviços, ações e dispositivos que proporcionam uma incidência efetiva no cotidiano dos usuários³⁹.

Por seu papel estratégico na rede de cuidados, pode-se dizer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), atuando articulados aos outros dispositivos da rede de saúde, são as principais estruturas de substituição asilar e organização da atenção psicossocial no território. Salienta-se, contudo, que o modelo está centrado na Rede e não em um único dispositivo.

Os CAPS são constituídos por equipe multiprofissional, que atua de maneira interdisciplinar, e têm como papel garantir o exercício da cidadania e a inclusão social dos seus usuários e suas famílias, com ações articuladas ao contexto de vida das pessoas. O trabalho no CAPS é realizado prioritariamente em espaços coletivos e articulado a outros pontos de atenção da rede de saúde^{32,47}.

Esses serviços possuem diferentes tipologias a depender do tamanho do município em que são implantados, do seu período de funcionamento, ou do público a que são destinados. Os CAPS do tipo I têm funcionamento diário e em dias úteis (segunda-feira a sexta-feira), referência para o atendimento de pessoas de todas as idades e indicados para municípios ou regiões com população acima de 15.000 habitantes. Os CAPS II são como os do tipo I, porém são referência para municípios com mais de 70.000 habitantes. Os CAPS III funcionam 24 horas nos sete dias da semana, em municípios ou regiões com mais de 150.000 habitantes e disponibilizam espaço e equipe para acolhimento noturno, quando necessário. Os CAPSi são serviços de referência para crianças, adolescentes e jovens, de funcionamento diário e em dias úteis, indicados para municípios ou regiões com mais de 70.000 habitantes, assim como os CAPSad, que são referência para pessoas de todas idades, com necessidades decorrentes do

uso de álcool e outras drogas. Existe ainda uma variação desta última tipologia, os CAPSad III, que funcionam 24 horas nos sete dias da semana e fazem acolhimentos noturnos quando necessário.

Os CAPS, independente da sua tipologia, devem ser capazes de desenvolver atenção personalizada, tendo o usuário como protagonista do cuidado, e comprometer-se com a construção de projetos de inserção social. Devem ser promotores de autonomia, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania, tão caros às diferentes realidades de seus usuários.

No âmbito das discussões sobre os caminhos para a PNSM e sobre o cuidado ofertado pela rede de serviços, é realizada, em 2010, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que propôs a intersetorialidade como eixo permanentemente para a discussão e estabelecimento de diretrizes, pactuações, planejamento, acompanhamento e avaliação das políticas e das práticas de saúde mental⁴⁸. Essa conferência teve ampla participação de usuários dos serviços de saúde mental e importantes recomendações para o futuro da PNSM.

Com o amadurecimento das discussões e práticas no campo e com o natural surgimento de novos desafios relacionados ao cuidado das pessoas com sofrimento mental, novas experiências terapêuticas e organizações de redes e serviços passam a integrar a PNSM, materializando-se na Portaria nº 3.088/ 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

A RAPS tem como diretrizes: i) respeito aos direitos humanos; ii) promoção da equidade e reconhecimento dos determinantes sociais da saúde; iii) combate a estigmas e preconceitos; iv) garantia do acesso e da qualidade dos serviços, através do cuidado integral e assistência multiprofissional e interdisciplinar; v) cuidado centrado nas necessidades das pessoas; vi) diversidade das estratégias de cuidado; vii) atividades territoriais, que favoreçam a inclusão social, promoção de autonomia e exercício da cidadania; viii) desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos^b ix) ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; x) organização dos serviços em rede regionalizada, com ações intersetoriais visando a integralidade do cuidado; xi) promoção de estratégias de educação permanente; e xii) lógica do cuidado tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular⁴⁷ (PTS)^c.

Com o objetivo de ampliar o acesso à atenção psicossocial, garantir a articulação e integração dos serviços no território e qualificar o cuidado ofertado em saúde mental, a RAPS foi organizada em sete componentes construídos por diversos pontos de atenção⁴⁷:

1. Atenção básica em saúde: composta pelas unidades básicas de saúde, equipes de atenção básica, equipes de consultório na rua, centros de convivência, núcleos de apoio à saúde da família;
2. Atenção Psicossocial Especializada: composta pelos CAPS em suas diferentes modalidades;
3. Atenção de urgência e emergência: serviços de atendimento móveis de urgência – SAMU 192, salas de estabilização, unidades de pronto atendimento (UPA) 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, CAPS entre outros;
4. Atenção residencial de caráter transitório: Unidades de Acolhimento (UA), nas suas diferentes modalidades – adulto e infantojuvenil - e serviços de atenção em regime residencial;
5. Atenção Hospitalar: enfermarias ou leitos destinados à atenção em saúde mental em Hospitais Gerais, para internações de curta duração;
6. Estratégias de Desinstitucionalização: SRT e PVC.
7. Reabilitação Psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Há que se atrair a atenção do leitor para um importante avanço na regulamentação recente do sistema de saúde mental brasileiro: entre os componentes e pontos de atenção que integram a RAPS, elencados na Portaria nº 3.088, não se encontra o Hospital Psiquiátrico. A Portaria define que o HP somente poderá ser acionado em regiões desprovidas de serviços substitutivos e enquanto o processo de implantação e expansão da RAPS ainda for insuficiente, determinado, ainda, que essas regiões priorizem a implantação da RAPS para substituição aos leitos psiquiátricos.

A Portaria que institui a RAPS oportunizou a publicação de diversos outros documentos oficiais, que regulamentam o funcionamento dos novos pontos de atenção e fixam recursos financeiros para o seu custeio:

- Portaria nº 3.089/2011: reajusta o valor mensal destinado ao custeio dos CAPS;
- Portaria nº 3.090/2011: dispõe sobre o repasse de recursos para custeio mensal dos SRTs;
- Portaria nº 121/2012: institui a Unidade de Acolhimento;
- Portaria nº 122/2011: define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
- Portaria nº 130/2012: redefine o CAPSad III e os respectivos incentivos financeiros.
- Portaria nº 132/2012: institui custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da RAPS
- Portaria nº 148/2012: define as normas de funcionamento e custeio do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Além dos documentos já citados, um importante marco dessa política encontra-se no Decreto nº 7508/ 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde e a articulação interfederativa. O Decreto instituiu o conceito de Regiões de Saúde, definidas como espaços geográficos contínuos e constituídos por municípios limítrofes, delimitados a partir de suas identidades culturais e socioeconômicas, e com infraestrutura de transportes compartilhados, tendo por finalidade a integração, organização, planejamento e execução de ações e serviços de saúde. O Decreto determina, ainda, que para ser instituída, a Região de Saúde deve necessariamente conter ações e serviços de atenção psicossocial, entre outros.

É importante contextualizar que um dos fatores que contribuiu significativamente para o grande avanço no campo da saúde mental - além do contexto político, econômico, social e cultural do País - foi a sequência de Coordenadores Nacionais de Saúde de Mental, desde a criação da CGMAD, no início nos anos 1990, até o final ano de 2015. Todos os profissionais que ocuparam o cargo detinham como característica comum importante força política, além

do perfil técnico, clareza sobre o modelo de atenção a ser implementado e fortalecido, envolvimento histórico com os movimentos sociais e implicação com os princípios da RPb: cuidado em liberdade, garantia de direitos, reconstrução de vida, entre outros.

Nos últimos dias do ano de 2015, com a instabilidade política que culminou no questionável impedimento da Presidenta Dilma Rousseff, houve descontinuidade na liderança da Coordenação. Por um breve período, em 2016, o cargo da CGMAD foi ocupado por um coordenador acusado de ser opositor à Reforma Psiquiátrica, o que levou à ocupação da sala da CGMAD no Ministério da Saúde por integrantes do movimento social em saúde mental por cerca de quatro meses. Apesar da obstinação dos movimentos ligados à RPb e de uma equipe técnica qualificada que resistiu em seu posto de trabalho mesmo após a controversa indicação de novo coordenador, o ano de 2016 marca um freio na expansão e qualificação da RAPS - ainda que aquele coordenador tenha sido exonerado após 5 meses no cargo - ligado tanto ao cenário conservador no campo da saúde, quanto à crise política e econômica no País. Em fevereiro de 2017 um novo coordenador foi nomeado e os impactos da nova gestão para a PNSM ainda estão por ser conhecidos.

No que tange à atual situação da PNSM, faz-se necessário ressaltar que é no cotidiano da vida nas instituições e das relações interpessoais que a RPb avança⁴⁰. Os serviços, além de serem o local onde a RPb opera, tornam-se o *locus* da resistência à onda conservadora que atinge o País. Nesse cenário é imperiosa a existência e o fortalecimento de espaços e serviços que atuem como intermediários de trocas sociais e promotores de direitos e cidadania.

Sem considerar o aspecto da cidadania - entendida como um rol de direitos e deveres, de relações éticas de reciprocidade e cumplicidade - não é possível desconstruir as práticas do modelo asilar e modificar a situação de violência e opressão a que os pacientes eram submetidos⁴⁹. Esta desconstrução deve ser entendida em um sentido ampliado. Ela é interminável, pois significa o questionamento das cristalizações institucionais e mentais. Ela significa não somente o abandono real do sistema coercitivo punitivo, mas a tomada de consciência do plano global em que o sistema hierárquico punitivo se inscreve³⁵.

Subjacente a essa reflexão emergiria, evidentemente, a importância da construção de uma clínica capaz de dar conta desse campo terapêutico em expansão, que tomaria a fala do paciente não pelo reconhecimento do sintoma, mas como produção de um sujeito social dentro dos limites, certamente problemáticos, que a loucura impõe³⁴ (p.21).

O laço territorial, a articulação com outros serviços, a pactuação intersetorial são os instrumentos para viabilizar a construção de uma Rede, entendida aqui como uma postura discursiva, que direciona uma práxis, e não apenas um conjunto de. Ou seja, esta Rede não se reduz apenas aos serviços de saúde, mas se constitui a partir das relações entre os vários dispositivos do território, e isso faz com que o trabalho de equipe seja mais complexo, não se constituindo de forma automática, mas como um trabalho em construção permanente.

Na RAPS, o trabalho em rede e as ações no território são aspectos da prática cotidiana da atenção psicossocial que estão sempre presentes nas relações das equipes com os usuários. As Redes devem ser auto-constitutivas, maleáveis e flexíveis, para apoio e sustentação de novos modos de vida e novas possibilidades aos usuários dos serviços, além de contribuir para que ocupem novos lugares sociais. Devem cuidar para que não se tornem rígidas, hierarquizadas e burocratizadas, ou que perpetuem um diálogo frágil com as necessidades dos usuários dos serviços⁵⁰.

Assim, no contexto de trabalho na RAPS, é fundamental estabelecer configurações, arranjos e estratégias baseadas nas necessidades dos usuários e que levem em conta seu contexto, sua história e projeto de vida, sua família, rede de apoio, e equipe^{51,52}, para a construção permanente de práticas que ampliem a autonomia e o protagonismo dos usuários³³.

No Brasil, a Atenção Psicossocial (AP) foi escolhida como o “caminho para realização do acesso ao tratamento com qualidade, e garantia da autonomia e liberdade”³³ (p 91).

o termo “Atenção Psicossocial” designa, no Brasil, um conjunto amplo e complexo de saberes, práticas, políticas e experiências de cuidado no campo da Saúde Mental, (...) que se pautam por premissas epistemológicas, éticas e políticas definidas. Entre elas (...) o sujeito em sua existência-sofrimento; a desinstitucionalização da loucura; o resgate da autonomia e cidadania; o combate aos estigmas e preconceitos; e a efetivação de um cuidado em saúde alinhado à defesa dos direitos humanos⁵¹ (p.262).

A AP não se restringe a saberes e práticas do campo “psi”. Ela inclui diversas ciências, como as sociais, humanas e políticas, bem como diferentes modos de produção do conhecimento, que contribuem para formulação de concepções fundamentais para a atuação nos contextos diversos do cuidado^{51,53}, visando produzir acolhimento, cuidado, autonomia e emancipação⁵².

A AP representa, assim, um conjunto de dispositivos, ações e instituições construídas e reconstruídas no dia-a-dia do processo de trabalho junto aos usuários e a partir das reflexões

suscitadas pela prática, que fazem com que o cuidado em saúde mental seja construído coletivamente e tenha uma influência positiva no cotidiano das pessoas assistidas^{39,51,52}.

Para a concretização de uma nova clínica do cuidado em liberdade, devem ser modificadas as práticas e modelos rígidos, dando a este movimento um caráter político de reorientação e reformulação tanto nas instituições que compõem as redes, quanto na prática clínica.

Delimita-se então uma nova clínica, focada na experiência do sujeito como um todo, que promove a inclusão na vida social, a cidadania, a autonomia e que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda trajetória do seu tratamento.

o que se pode recortar como clínica da reforma é uma clínica que não restringe a priori seu campo de pertinência, devendo se tornar maleável ao manejo de circunstâncias habitualmente tidas como extraclínicas. (...). Se nesse trabalho o entorno sociocultural é uma referência importante de cuidado e identidade, então faz-se necessária uma mudança no escopo das ações clínicas. O campo da atenção terapêutica incorpora preocupações e iniciativas não comumente associadas à clínica. O tratamento se converte em um acompanhamento de vida que não restringe de antemão seu campo de pertinência³⁹ (p.72).

Nessa perspectiva, as equipes dos serviços de saúde mental deparam-se com os desafios do cotidiano do trabalho na RAPS, que apresenta aos trabalhadores propostas de cuidado e maneiras de operar a clínica muito diferentes daquelas abordadas nas graduações universitárias, ou daquelas adotadas pelo tradicional modelo asilar.

No desenvolvimento do cuidado sob a ótica da AP, as equipes têm o desafio de provocar e auxiliar os usuários dos serviços a garimparem na cultura e na comunidade outras formas de experienciar o seu percurso de vida, ou a produzirem novos artifícios, novas leituras de uma versão original da sua história⁵⁴. Além disso, devem emprestar o seu poder contratual aos usuários dos serviços, proporcionando que estes recuperem algum grau de sua autonomia e promover formas de sociabilidade mais enriquecedoras⁴⁹, produzindo, assim, transformações não só nos indivíduos, mas também nos contextos em que estão inseridos⁵⁰.

Para isso, a equipe deve também procurar conhecer e atuar no território de cada usuário, nos espaços e percursos que compõem a sua vida cotidiana, desenvolvendo ações para enriquecê-los e ampliá-los, além de promover a construção de laços de solidariedade e ajuda mútua, de novos lugares de vida, ativando recursos da própria comunidade^{49,54}.

O processo de cuidado nos serviços da RAPS envolve a incerteza da experimentação, a flexibilidade, o descobrimento e desenvolvimento de novas possibilidades de intervenção⁵¹.

Por certo, algumas experiências históricas de reforma no campo da psiquiatria constituíram-se e evoluíram no terreno da prática e foram, ao longo do tempo, complementadas e enriquecidas pelas reflexões teóricas⁵⁵. Acontece que o desenvolvimento e desenlace das situações nem sempre são controláveis, há uma certa impossibilidade de determinação completa do processo terapêutico, demandando frequente reavaliação⁵¹. É necessário, então, inclinação para o diálogo e interação constante, além da disposição para processos coletivos e para uma orientação comum de trabalho – a atenção psicossocial⁵⁴ – de forma que “os serviços possam atuar numa rotina extremamente plástica, para adequar-se à imprevisibilidade das crises e a instabilidade dos quadros”⁴⁹ (p.72).

O contato e a escuta diferenciada, o trabalho territorial articulado em rede e o trabalho na perspectiva interdisciplinar, fazem com que os trabalhadores em saúde mental tenham que ressignificar o seu próprio saber, rompendo com a prática tradicional que se reproduz nos cursos de formação⁵⁶.

Uma renovação das práticas requer a superação de concepções biomédicas tradicionais e reducionistas - que por vezes relegam a clínica a uma dimensão individual - de maneira a nortear as ações em saúde em direções congruentes com o ideário do SUS.

O desafio (...) requer experimentar a prática clínica como um exercício que se constitui para além de qualquer especialidade profissional, devendo ser vivida como um trabalho diário que precisa ser não só incessantemente construído na interface com outras disciplinas, mas também gerido de modo corresponsável nos coletivos⁵⁷. (p.272).

Entende-se a partir das reflexões feitas até aqui, que política, clínica e processo de trabalho, são indivisíveis, de forma que as práticas terapêuticas serão mais efetivas - ou seja, não baseadas na tutela, mas em estratégias de contrato, cuidado e acolhimento - na medida em que os profissionais, em suas práticas, experimentarem também mais autonomia e os processos de trabalho forem mais coletivos e compartilhados^{52,57}.

Ademais, a transformação do usuário estaria ligada também a uma transformação do próprio profissional, de tal maneira que as mudanças nos fluxos das relações de poder seriam arsenal de fundo das mudanças terapêuticas²⁹.

É um desafio dos profissionais dos serviços da rede de atenção psicossocial fazer a todo o momento uma escuta e uma análise qualificada de cada situação. Construir estratégias que considerem todos os elementos em jogo, de forma a evitar a reprodução do controle, dialogando com as necessidades dos usuários nos contextos complexos de relações que produzem o próprio sentido do sofrimento. Esse diálogo com o campo relacional e existencial dos usuários dos serviços se dá nos territórios

social e existencial dos mesmos, e para ser transformador implica a articulação, o agenciamento de novos recursos e novos atores, no sentido de modificar as cenas que produzem o sofrimento, a ausência de valor, a exclusão⁵⁰ (p.133).

Assim, questões relacionadas ao mercado de trabalho, às famílias, às condições de moradia, às relações de poder, passam a acompanhar questões tradicionais da farmacoterapia, psicoterapia, entre outros, de forma a conectar contextos e processos, e a considerar os cenários de vida dos usuários e seu território vivo de relações^{29,49}.

Afinal, nenhuma discussão sobre a clínica teria sentido se não estivesse orientada a um objetivo maior, que envolve interferir no espaço social, na comunidade⁴⁹, para a “superação das concepções sociais que ainda sustentam o preconceito, o estigma e a negação da autonomia possível do paciente”³³ (p.91).

A experiência no processo de trabalho e a prática militante são pontos de partida para a construção de uma prática que busque a superação do senso comum. Contudo, a formação no campo da saúde mental deveria ser, desde a graduação, constituída de reflexão mais ampla sobre a complexidade da existência humana, exercitando a compreensão de questões postas pela luta cotidiana e seus movimentos^{53,58}.

Segundo Delgado³³, de 2001 a 2010 foram incorporados cerca de trinta mil novos profissionais aos sistemas municipais de saúde mental. São, em geral, jovens recém-formados, que provavelmente tiveram formação acadêmica tradicional norteada pelo modelo hegemônico, com foco na atuação individual⁵⁹. É certo que devem ser asseguradas estratégias de supervisão e educação permanente³³ a esses novos profissionais, tanto quanto para os que já estão inseridos na RAPS.

As discussões aqui expostas almejam propiciar reflexões atinentes ao campo da saúde mental, considerando que:

O sofrimento mental exige, por sua complexidade, ser compreendido em um campo multifatorial e não reducionista. É fundamental, por isso, que a equipe de cuidados não se deixe aprisionar por saberes prévios e, muito menos, deixe capturar-se em um único saber, tornando-o hegemônico. Algumas abordagens tendem a limitar o olhar a experiência, por exemplo, quando consideram o sujeito como um simples objeto de cuidados. É importante frisar que os profissionais da saúde não detêm um método pré-fabricado de trabalho, assim como tampouco possuem saberes instantâneos ou definitivos que solucionem os problemas ou sofrimentos. O trabalho em saúde mental requer a disposição para moldar e adaptar as intervenções valendo-se dos efeitos produzidos em cada sujeito específico, tendo como horizonte a consideração de que há sempre alguém que pode e deve, na medida de suas possibilidades, arregar-se aquilo que o acomete⁵⁴ (p. 94).

O momento atual é de enfrentar as novas questões que desafiam a consolidação do modelo comunitário de saúde mental brasileiro - entre elas a sustentabilidade técnica, qualificação da atuação profissional, formação e padrões técnicos de excelência - e de assegurar a garantia do exercício dos direitos de cidadania dos usuários da RAPS³³.

A próxima seção tratará de uma dessas questões e apresentará as estratégias, no âmbito da PNSM, para superação dos desafios relacionados à formação dos profissionais dos serviços de saúde mental para atuarem na perspectiva da atenção psicossocial.

2.1 Formação e educação permanente no contexto da saúde mental: o desafio da formação na perspectiva da desinstitucionalização

Um dos principais desafios da PNSM brasileira é a formação adequada de profissionais ao trabalho intersetorial e interdisciplinar que seja capaz de produzir a superação do paradigma da tutela e romper com as barreiras do estigma e preconceito⁴⁰.

No campo da saúde mental, as formações tradicionais são omissas quanto ao aspecto desafiador da clínica no cotidiano dos serviços e não abordam a RPb ou as práticas inovadoras no campo da AP enquanto modelo de cuidado em liberdade, de trabalho territorial, de produção de autonomia, garantia e exercício de direitos. Segundo Assis et al.⁶⁰, a RPb e a PNSM apresentam desafios que vão além da prática clínica, demandando dos trabalhadores, da gestão e das famílias, recursos internos para a compreensão do sofrimento das pessoas inseridas em um contexto sociocultural, além da capacidade de transformação das instituições para que as práticas ali exercidas sejam pautadas pela promoção e garantia de direitos.

Com a projeção do tema da saúde mental no País, nos últimos anos, já é possível encontrar profissionais formados numa perspectiva de atenção comunitária. Porém, boa parte dos trabalhadores dos serviços ainda teve a formação marcada pela prática em instituições asilares. Há, ainda, aqueles que não conheceram os HPs, tampouco vivenciaram a militância antimanicomial⁶¹. Ademais, boa parte das formações é distante das reais necessidades dos usuários⁶² e os profissionais muitas vezes iniciam sua prática nas unidades de saúde sem saber o que é a clínica da AP.

Com a consolidação e um modelo de cuidado territorial e de base comunitária, exige-se cada vez mais da formação dos trabalhadores.

A diversidade de experiências profissionais que se colocam para o campo, aliada a formações que trazem uma perspectiva curricular distante da prática profissional estabelecida pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, coloca um grande desafio para as propostas de formação e educação permanente, desenvolvidas para qualificar esses profissionais⁶¹ (p.29).

No âmbito da saúde mental, diversas normativas ratificam o papel do SUS na formação de seus profissionais e indicam a necessidade de investimentos neste campo. A partir de um levantamento da legislação vigente, podemos citar:

- Portaria nº 1.174/2005: cria o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, incluindo ações diversificadas, como a supervisão clínico-institucional, ações de atenção domiciliar e em espaços comunitários, ações de acompanhamento integrado com a rede de atenção básica, projetos de estágio e de treinamento em serviço, ações de integração com familiares e comunidade, além do desenvolvimento de pesquisas.
- Portaria nº 3.088/2011: estabelece como diretriz da RAPS a promoção de estratégias de educação permanente dedicada aos seus trabalhadores e como um de seus objetivos, a promoção de mecanismos de formação profissional para esta área de atuação.
- A Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD): determina a promoção da capacitação dos profissionais e equipes sobre os direitos reconhecidos pela Convenção. Estabelece, ainda, a necessária promoção de programas de formação sobre sensibilização a respeito das pessoas com deficiência e seus direitos e determina que sejam realizadas atividades de formação, de modo a conscientizar os profissionais de saúde acerca dos direitos humanos, da dignidade, autonomia e das necessidades das pessoas com deficiência.
- A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, realizada em 2010: abordou o tema da formação e deliberou sobre a promoção de estratégias de EP nas três esferas de gestão.

Na busca pela superação dos desafios relacionados ao campo e para cumprir o papel delegado ao SUS de formação dos seus quadros profissionais, foi instituído, em 2002, o Programa

Permanente de Formação em Saúde Mental do MS, que desenvolveu diversas iniciativas com apoio da CGMAD e orientação geral SGTES, por meio da parceria com instituições universitárias⁶³. Este Programa tem como proposta o incentivo, apoio e financiamento de ações e núcleos de formação no campo da saúde mental para a rede pública de saúde, por meio da formalização de convênios junto a instituições formadoras, municípios e estados⁶⁴.

Far-se-á aqui uma breve consolidação das informações relativas às ações e estratégias de formação realizadas no âmbito da PNSM e registradas nas edições da publicação “Saúde Mental em Dados” (SMD) e dos Relatórios de Gestão da CGMAD, desde sua criação até o ano de 2015. Não há pretensão de apresentar um compilado numérico do que foi realizado pela PNSM e sim um resgate das estratégias implementadas até o momento.

Entre 2003 e 2006, as ações de formação em saúde mental centraram-se em cursos para as equipes da atenção básica, Residências Multiprofissionais em Saúde Mental, cursos de Especialização e Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, além de cursos de capacitação em saúde mental^{64,65,66}. Neste período existiam mais de 50 instituições de ensino com cursos de especialização e atualização para trabalhadores da atenção básica e dos CAPS que beneficiaram profissionais de 15 estados do País⁶⁴. Das instituições existentes, 16 eram Polos de Educação Permanente organizados como previsto na PNEPS.

Foi publicada neste período a Portaria GM 1.174/2005, já citada, que criou um mecanismo de financiamento e estímulo à supervisão clínico-institucional^d dos CAPS beneficiando 84 serviços. Começa-se a gestar, a partir daí, um projeto de “Escola de Supervisores”, implementado nos anos seguintes^{64,67}.

Os relatórios de gestão da CGMAD do período 2003-2006 e do ano de 2005, bem como os SMD do mesmo período já indicavam que os programas de formação neste campo são escassos e que a formação de psiquiatras aptos e vocacionados a trabalhar na rede pública de saúde mental ainda é insuficiente. Os documentos apontaram como prioridade para os anos seguintes o fortalecimento de uma política efetiva, regular e sustentável de educação permanente para a saúde mental, que envolvesse todos os profissionais da rede de atenção e que se propusessem centradas no trabalho em ato e em práticas transformadoras do cuidado cotidiano⁶⁴.

Entre 2007 e 2010 houve um crescimento expressivo de serviços de saúde mental “que não foi acompanhada por uma oferta e capacitação compatível de profissionais para o trabalho em saúde pública, gerando uma carência de profissionais em saúde mental”⁶⁸ (p.14).

Foram implementados novos programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental – especialmente após a regulamentação das residências Multiprofissionais pelo Ministério da Educação, por meio da Portaria Interministerial nº 45/2007- e Residências Médicas em Psiquiatria, com destaque para o programa da cidade de Sobral, no Ceará, naquele momento mantido diretamente pela rede comunitária de Saúde Mental local^{68,69,70}.

Seguiu-se também com o financiamento de convênios junto a universidades públicas ou gestões estaduais/municipais para realização de formações pontuais ou cursos de especialização em saúde mental⁷¹. Além disso, a proposta de supervisão clínico-institucional, antes direcionada aos CAPS, foi ampliada para os outros serviços que compõem as redes de cuidado às pessoas com sofrimento mental ou com necessidades decorrentes do uso de psicoativos, além de contemplar municípios em processo de desinstitucionalização de pacientes moradores de Hospitais Psiquiátricos^{68,72}.

Nesse período identificou-se como desafio a necessidade de integração de um Programa de Educação Permanente orientado pela RPb, para a PNEPS^{68,72}.

Em 2008, o MS criou a Rede da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnaSUS)^e – que ofereceu diversos cursos de especialização pela modalidade de Educação à Distância ou semipresencial, contemplando o tema da saúde mental⁶⁸. Em 2009 a CGMAD teve a oportunidade de participar da elaboração de uma política de formação de médicos especialistas em áreas prioritárias ao SUS o PRORESIDÊNCIA, em que os Programas de Residência em Psiquiatria foram estabelecidos como prioridade^{68,72}.

Naquele ano foram criadas as Escolas de Redutores de Danos do SUS (ERD), visando à qualificação da atuação dos profissionais dos serviços, por meio de capacitações teórico-práticas. As ERD tinham como público alvo a população usuária de substâncias psicoativas e ofertavam ações de promoção, prevenção e cuidados primários numa proposta de superação da abstinência como abordagem única^{68,73}.

É também neste período que são retomadas as discussões relativas à Escola de Supervisores Clínico-Institucionais. As Escolas tinham o objetivo de promover o debate e a avaliação

contínua da estratégia de supervisão clínico-institucional, para potencializar a atuação dos supervisores já atuantes e promover a formação de um quadro de supervisores. Em 2010 foram financiados 15 projetos de Escolas de Supervisores pelo MS^{68,73}.

O Programa de Educação Pelo Trabalho – (PET Saúde) foi mais uma das estratégias implementadas. Entre as ações realizadas no âmbito da PNSM, essa estratégia foi a primeira a atingir os cursos de graduação e representou a desejada aproximação com a PNEPS. O PET Saúde propõe a integração entre Universidade e serviços públicos, como espaço de formação dos estudantes de graduação na área da saúde^{68,74,75}. Em 2010 foram desenvolvidos 80 projetos específicos na área de saúde mental.

O Relatório de Gestão 2011-2015 indicou como desafios do período questões já apontadas em relatórios anteriores, como a necessidade da participação dos gestores municipais na construção de uma política local de EP para a saúde mental e o alinhamento das ações desenvolvidas pela PNEPS às necessidades de formação na perspectiva da RPb. O referido documento trouxe também a necessidade da adequação das formações acadêmicas ainda distantes da prática profissional e de se considerar a diversidade de experiências existentes para a elaboração de propostas de formação. Outro apontamento refere-se ao desafio da formação de profissionais em larga escala, considerando as dimensões continentais do País⁶⁷.

No período, houve continuidade às ações já implementadas em anos anteriores, como as residências em saúde mental e psiquiatria, especializações, ERD e escolas de supervisores, supervisão clínico-institucional, PET Saúde e outros^{75,76,77}.

Destaca-se que nesse período o País sofreu uma onda conservadora (que ainda permanece) em relação às pessoas que fazem uso de psicoativos, especialmente o *crack*. O crescimento da percepção do uso de *crack*, notadamente por parte da população pobre e marginalizada⁷⁸ gerou uma comoção social em torno do tema do uso de drogas ilícitas e demandou do poder público respostas dos Ministério da Justiça, Saúde e Desenvolvimento Social. No campo da saúde as respostas reverberaram tanto na oferta de serviços, quanto na qualificação dos profissionais para atendimento a esse público, além de aquecer o debate sobre o cuidado em liberdade, respeito aos direitos e da redução de danos como ética do cuidado.

Como resposta para a formação dos profissionais, além das ações já mencionadas, foram desenvolvidas novas estratégias, como o Curso de Tópicos Especiais em Policiamento e Ações Comunitárias, em parceria com a Secretaria Nacional de Segurança Pública do

Ministério da Justiça⁶⁷. O curso foi direcionado à polícia comunitária, como proposta de sensibilização dos agentes de segurança pública quanto às possibilidades de cuidado para essa população.

Foi realizado também o curso “Caminhos do Cuidado”, por iniciativa da SGTES, em parceria com a CGMAD, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Grupo Hospitalar Conceição, que ofereceu uma formação aos agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem da equipe de Saúde da Família, com ênfase nas necessidades de saúde decorrentes do uso substâncias psicoativas, visando a qualificação do atendimento aos usuários dos serviços. O curso foi elaborado de maneira que viabilizasse o trabalho conjunto entre profissionais da atenção primária e da saúde mental, e considerou as especificidades locais para as atividades propostas. Ao final de 2015 havia 237.175 profissionais formados^{67,77}.

No ano de 2014, uma estratégia inovadora de educação permanente foi desenvolvida e implementada pela CGMAD, e foi chamada de Projeto de Percursos Formativos na RAPS. Essa estratégia visou fortalecer a prática de cuidado em saúde mental, apostando no encontro entre profissionais e usuários como possibilidade de disseminação, transformação e invenção de novas práticas, na perspectiva da RPb⁶¹.

Vimos neste capítulo que a problematização sobre a formação dos trabalhadores da saúde mental e sobre estratégias de educação permanente é imperativa, uma vez que a formação desses profissionais tem acontecido na própria experiência, no encontro com outros profissionais, com os usuários e com a gestão. Por isso é importante que se desenvolva meios de compartilhar experiências visando o aprimoramento da prática e evitando, assim seu engessamento⁷⁹.

(...) as concepções contemporâneas na área da Educação e da Educação em Saúde defendem mudanças das chamadas ações educacionais, rompendo a lógica do ‘primeiro se aprende, depois se aplica’ em favor de uma concepção de permanente reflexão-ação-reflexão⁶² (p.34).

Nesse contexto, o Projeto Percursos Formativos é uma recente iniciativa para a qualificação da atuação dos trabalhadores da RAPS, que propõe o fortalecimento das práticas do cuidado na perspectiva da AP; e o encontro com outras realidades, com outros profissionais e com os usuários dos serviços como possibilidade de transformação, uma vez que “(...) é no cotidiano

dos serviços de saúde que o conhecimento deve ganhar materialidade como uma ação de produção de vida”⁶² (p.34).

Ao cunhar a oportunidade para reflexões sobre os paradigmas em saúde mental e construções que superem o paradigma asilar⁶¹, o caráter coletivo do trabalho na perspectiva da AP viabiliza o compartilhamento de reflexões e permite a renovação da prática – e pela prática⁷⁹. Neste sentido, essa estratégia pode facilitar e transformar o trabalho dos profissionais, neutralizando os efeitos da fragmentação e das especialidades, contribuindo com a qualificação e potencialização das ações da rede assistencial e para que a transformação das práticas e do modo fazer o cuidado nos serviços se traduza positivamente na vida dos usuários⁷⁹.

É de interesse do SUS o ato de cuidado que valorize a vida e promova a autonomia dos sujeitos e dessa forma, o saber que deve ser compartilhado, transformado em conhecimento, é aquele que deve ser transformado em boas práticas em saúde⁶² (p.35).

As estratégias de educação em serviços que tem como base o encontro com o usuário devem tornar-se estratégicas na promoção de transformações do trabalho como lugar de atuação crítica e reflexiva⁶².

Não se esgotará, nessa seção, uma explicação sobre o Projeto de Percursos Formativos, visto que o próximo capítulo será dedicado a essa estratégia, oferecendo uma descrição de seus antecedentes, seus componentes, sua organização, financiamento e bases conceituais. Entretanto, oferecemos ao leitor a opção de iniciar sua aproximação com o Projeto por meio da leitura do Anexo 1 deste trabalho, que traz um relato em primeira pessoa sobre o contexto que possibilitou a sua criação.

Notas de fim do capítulo:

^bConjunto de estratégias que visam a diminuição de consequências das práticas de risco relacionadas ao uso de drogas.

^cO PTS é uma maneira de organizar o trabalho nos serviços, em que é traçado um plano voltado ao futuro e que deve ser construído de forma específica para cada usuário, com sua participação, de seus familiares e rede de apoio.

^dA Supervisão da que aqui tratamos deve promover espaços de trocas e compartilhamento de saberes e experiências, que fortaleça a articulação entre os serviços, as equipes e os princípios e diretrizes para a prática de atenção psicossocial no território.

^eA rede UNASUS consiste de parcerias com instituições públicas de ensino superior, que oferecem cursos de educação à distância para profissionais do SUS.

3. PERCURSOS FORMATIVOS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS TRABALHADORES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.

No capítulo anterior, vimos que a qualificação de profissionais para o trabalho nos serviços de saúde mental na perspectiva da RPb e voltada às reais necessidades dos usuários da RAPS é um dos grandes desafios da PNSM^{2,60}. Por essa razão, a CGMAD desenvolveu um conjunto de ações para a qualificação dos profissionais atuantes nos serviços de saúde mental, buscando a ampliação do acesso e da garantia da qualidade do cuidado na RAPS⁸⁰.

No âmbito do Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a RPb, é publicada a Portaria GM nº 1.174/2005, que destina incentivo financeiro para o Programa de Qualificação dos CAPS. Nos primeiros anos de sua implementação, essa portaria viabilizou a realização de supervisões clínico-institucionais em centenas de CAPS do País.

Além da supervisão, a Portaria 1.174/2005 inclui ações de atenção domiciliar e em espaços comunitários; ações de acompanhamento integrado com a rede de atenção básica em seu território de referência; realização de projetos de estágio e de treinamento em serviço; ações de integração com familiares e comunidade e desenvolvimento de pesquisas que busquem a integração entre teoria e prática e a produção de conhecimento.

No escopo das ações desta portaria, especificamente no âmbito da realização de treinamento em serviço, a CGMAD lança, em 2013, uma Chamada Pública que contemplava apoio financeiro a estados e municípios para o desenvolvimento de projetos de EP no âmbito específico da troca de experiências entre profissionais⁶¹. Esse projeto foi chamado de “Percurso Formativos na RAPS” (PPF).

Este projeto se propõe como uma estratégia de EP abrangente e horizontalizada para as equipes dos serviços de saúde mental, baseada nos princípios da RPb e na CDPD, tendo como eixo central a troca de experiências e ampliação das possibilidades de intervenção do profissional a partir da convivência com outras realidades e por meio do aprendizado entre pares, pela colaboração. Igualmente, visa fortalecer a prática de cuidado em saúde mental, apostando no encontro entre profissionais e usuários como possibilidade de disseminação, transformação e invenção de novas práticas, na perspectiva da RPb⁶¹.

Desta forma, esta estratégia pretende gerar mudanças de prática dos profissionais de saúde mental e no funcionamento nos serviços da RAPS, através da formação dos trabalhadores e da disseminação e consolidação de práticas condizentes com a RPb e com os princípios norteadores da RAPS⁶¹.

O PPF é uma estratégia e EP que consiste de quatro dimensões/componentes: i) “intercâmbio entre experiências”, de 160 horas, para profissionais dos serviços de saúde mental; ii) oficinas de 40 horas para atualização e integração do trabalho em rede; iii) desenvolvimento e execução de um Plano de Educação Permanente (PEP) e iv) fomento à circulação de saberes sob a mediação de um profissional com expertise no tema da saúde mental - chamado de componente de Engrenagens da Educação Permanente⁶⁷.

Participaram, nessa primeira edição, 96 RAPS de 21 estados distribuídos nas cinco regiões do Brasil, com ações de qualificação concentradas em seis linhas de ação que nortearam a discussão sobre o processo de trabalho nos municípios participantes: i) Saúde Mental na Atenção Básica; ii) Atenção à crise em saúde mental; iii) Saúde Mental Infantojuvenil; iv) Demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas; v) Desinstitucionalização e vi) Reabilitação Psicossocial⁶⁷.

Os municípios participantes foram selecionados pelo MS e, ao aplicarem projetos à chamada pública, tiveram oportunidade de inscrever-se de duas formas distintas: como rede receptora^f e/ou como rede visitante^g. As redes receptoras são aquelas que “indicaram potencialidades para desenvolver propostas e estratégias de intercâmbio na RAPS do seu território, favorecendo a troca de experiências profissionais”⁶⁷ (p.110). Foram chamadas de redes visitantes “aquelas que indicaram o interesse em aprimorar e aprofundar as experiências e conhecimentos relativos a uma das linhas de ação já mencionadas”⁶⁷ (p.110).

Etapa	Duração	Período	Nº de Profissionais	Monitoramento
Intercâmbio entre Experiências	10 meses	Maio de 2014 e outubro de 2015, com diferentes datas de início.	Cerca de 1600	Relatórios mensais de cada participante
Oficinas de integração do trabalho em rede	40 horas	Maio de 2014 e outubro de 2015, com datas acordadas entre as redes	Cerca de 4.500	Relatórios de cada oficina realizada
Plano de Educação Permanente	12 meses	Janeiro a dezembro de 2016	Toda a RAPS em 96 Redes participantes	Relatório de prestação de contas
Engrenagens da Educação Permanente	10 meses	Fevereiro a novembro de 2016	Toda a RAPS em 92 Redes participantes	Relatórios mensais de cada tutor e ativador

Quadro 2: Etapas do Projeto de Percursos Formativos

Segundo a chamada para seleção de projetos do PPF (Anexo 2), as Redes interessadas em inscrever-se como receptoras deveriam constituir-se como região entre 15.000 e 150.000

habitantes, além de possuir pelo menos um CAPS de qualquer tipologia e outros 2 serviços de saúde mental distintos. Deveriam, ainda, apontar a linha de ação em que consideram estar qualificadas, justificando este apontamento.

As Redes interessadas em inscrever-se como visitantes deveriam constituir-se como região entre 15.000 e 150.000 habitantes, além de possuir pelo menos um CAPS de qualquer tipologia e outros dois pontos de atenção da RAPS, sendo que os municípios que não possuíssem CAPS poderiam concorrer à chamada de projetos se comprovassem articulação entre os serviços e Atenção Básica e algum outro ponto de atenção da RAPS. Esses municípios deveriam, ainda, apontar, no máximo, três linhas de ação das seis possibilidades do projeto, em ordem de prioridade, consideradas importantes para qualificação dos seus profissionais.

Os municípios selecionados foram organizados pelo MS em 15 módulos de formação com foco em uma das linhas de ação já descritas. Cada módulo de formação foi então constituído por um município que se organiza como rede receptora e cinco ou seis – em um dos casos, sete – municípios que se organizam como rede visitante^{61,67}. Após a seleção das redes/municípios participantes, os módulos de formação ficaram constituídos conforme ilustra o quadro 3.

Módulo de Formação	Rede Receptora	Redes Visitantes
Atenção à Crise em Saúde Mental	Coronel Fabriciano/MG	Miguel Calmon/BA, Pouso Alegre/MG, Pio XI/PI, Encantado/RS, Vera Cruz/RS
	Resende/RJ	Jacobina/BA, Icó/CE, Imperatriz/MA, Itaúna/MG, Palmas/TO
	São Paulo/SP	Macapá/AP, Vitória da Conquista/BA, Goiânia/GO, Contagem/MG, Parnaíba/PI
Saúde Mental Infantojuvenil	Ouro Preto/MG	Iguatu/CE, Barbacena/MG, Coronel Fabriciano/MG, Campo Grande/MS, Boa Vista/RR
	Recife/PE	Salvador/BA, Ipatinga/MG, Uberlândia/MG, Belém/PA, São José do Rio Preto/SP
Saúde Mental na Atenção Básica	São Lourenço do Sul/RS	Mucuri/BA, Bela Vista de Goiás/GO, Cláudio/MG, Barra de Santa Rosa/PB, Maravilha/SC
	Embu/SP	Eunápolis/BA, Araçuaí/MG, Moju/PA, Teresina/PI, Torres/RS, Guapimirim/RJ
Demandas Associadas ao Consumo de Álcool e outras Drogas	Uberlândia/MG	Rio Pomba/MG, Formiga/MG, Laranjeiras do Sul/PR, Ijuí/RS, Cândido Mota/SP, Capivari/SP
	Recife/PE	Vila Velha/ES, Ouro Branco/MG, Itajaí/SC, Bagé/RS, Palhoça/SC, São Carlos/SP
	Santo André/SP	Acre (Regional de Saúde do Juruá), Horizonte/CE, Guaíba/RS, Araranguá/SC, Sorocaba/SP, Apucarana/PR, Canoas/RS
	São Bernardo do Campo/SP	Maracanaú/CE, Betim/MG, Santa Rosa/RS, Orleans/SC, São Miguel Arcanjo/SP
Desinstitucionalização	São Bernardo do Campo/SP	Morrinhos/GO, Pocinhos/PB, Floriano/PI, Cerquilha /SP, Araguaína/TO
	Sorocaba/SP	Acre (Regional de Saúde do Baixo Acre), Rio Verde/GO, Juiz de Fora/MG, São Sebastião do Paraíso/MG, Ubá/MG

Reabilitação Psicosocial	Santo André/SP	Santo Antônio do Tauá/PA, Caruaru/PE, Joinville/SC, São Vicente/SP, Gurupi/TO
	Barbacena/MG	Manaus/AM, Cabo de Santo Agostinho/PE, Paulistana/PI, Prudentópolis/PR, Andradina/SP

Quadro 3: Módulos de formação, do Projeto de Percursos Formativos na RAPS

Fonte: SMD 12

A distribuição dos municípios em cada módulo de formação respeitou as escolhas pelas linhas de ação indicadas pelos municípios e a pluralidade de experiências, buscando compor as diferentes realidades das regiões do país.

Para facilitar o entendimento sobre a organização do PPF, tratar-se-á separadamente cada etapa do projeto, embora algumas delas tenham acontecido concomitantemente.

3.1 “Intercâmbio entre experiências”

O intercâmbio entre experiências segue a organização dos módulos de formação, de maneira que as redes receptoras acolheram, a cada mês, dois profissionais de cada um dos municípios visitantes, “apresentando propostas e estratégias desenvolvidas por meio das práticas em seus territórios, para a formação prática em serviço”⁶¹ (p.30-31).

A chamada para seleção de projetos exigiu que as redes visitantes disponibilizassem dois profissionais por mês, durante dez meses (totalizando 20 profissionais ao longo de toda esta etapa), para participarem de um processo de EP de 160 horas na rede receptora.

Às redes receptoras foi exigido o compromisso de receber em média dez profissionais por mês (dois de cada rede visitante) durante dez meses, para participarem do intercâmbio.

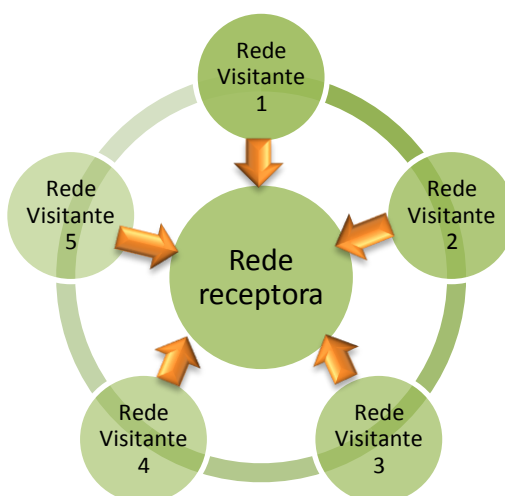


Figura 1: Representação da composição de um módulo de formação

Fonte: CGMAD/MS

Esta estratégia preconiza que os profissionais dos serviços de saúde mental aprendam por meio da prática, de tal forma que sua proposta corrobora com as bases teóricas da EP. O intuito é de que os trabalhadores de diferentes cidades, cujas redes demandam formação, trabalhem no município receptor pelo período de um mês junto aos profissionais locais, debatendo e refletindo sobre as práticas e orientações teóricas, tendo como eixo da discussão a linha de ação daquele módulo de formação. Ao final de cada mês ocorre um rodízio para que outras pessoas participem do programa e os primeiros retornam aos seus municípios de origem⁸¹.

Esta organização viabilizou que, em cada módulo de formação, cerca de 20 profissionais de cada município visitante (dois por mês de cada rede) passassem pela respectiva rede receptora. Durante os dez meses de duração do intercâmbio, cada módulo teve cerca de 100 “percursoistas” ou “intercambistas”. Para a realização dos intercâmbios, o MS repassou a cada município visitante o montante de R\$ 190.000,00 (cento e noventa mil reais) para custeio de passagens, alimentação e acomodação dos profissionais participantes do projeto, de forma que o custo médio para a formação de cada profissional foi de R\$ 9.500,00 (nove mil e quinhentos reais).

Esta etapa do projeto propõe o aprendizado em ato, além da disponibilização de um espaço para discussão e problematização do trabalho, a partir da reflexão sobre a atuação da equipe no território e sua articulação com a gestão e com a Política⁶¹. Um de seus objetivos é possibilitar tanto a disseminação de práticas de cuidado e reflexões coletivas sobre os paradigmas em saúde mental, como de construções individuais que busquem superar o paradigma asilar⁶¹.

A proposta de organização dos encontros nesta primeira etapa foi norteada pela construção coletiva, buscando incentivar o diálogo dos profissionais das redes visitantes com os outros atores do território. As atividades realizadas durante o intercâmbio buscaram extrapolar a mera visita em serviços, ao propor a imersão nos pontos de atenção da RAPS e da rede intersetorial, com a vivência integral da rotina dos serviços através do acompanhamento de usuários e da elaboração conjunta de itinerários, a partir do PTS dos usuários do serviço, buscando abarcar a diversidade da clínica nos diferentes modos de sofrimento, além de contemplar momentos de discussão teórica, grupos de reflexão e momentos avaliativos.

Foram elaborados documentos orientadores para cada uma das seis linhas de ação, contendo tanto propostas de atividades distribuídas semanalmente, quanto propostas de temas a serem discutidos durante esta etapa do projeto.

Para os módulos de formação que compuseram a linha de Saúde Mental na Atenção Básica, a sugestão dos temas discutidos foi:

- Emancipação x reparação;
- Clínica do sofrimento/clínica ampliada;
- Escuta qualificada e manejo;
- PTS;
- Acionamento/interlocução dos diferentes pontos de atenção e apoio da rede de saúde e dos sujeitos/Relação Atenção Básica - RAPS.

Para o módulo de Atenção à Crise:

- Emancipação x reparação;
- Acolhimento x contenção da crise;
- Escuta qualificada e manejo;
- PTS;
- Acionamento/interlocução dos diferentes pontos de atenção e apoio da rede de saúde e dos sujeitos.

Módulo de Desinstitucionalização:

- Emancipação x reparação;
- Desinstitucionalização x desospitalização x transinstitucionalização;
- Direitos humanos: garantia e exercício de direitos;
- Reabilitação psicossocial;
- Autonomia e protagonismo dos usuários x tutela e curatela;
- Pluralidade das ofertas, pautada na integralidade do cuidado e nas demandas dos usuários e território;
- Redução de riscos, danos e vulnerabilidades;
- Preconceitos, estigmas e violências;
- Ampliação e qualificação do acesso;

- Expansão dos trabalhos no território com a rede intersetorial;
- Acolhimento, manejo e PTS;
- Arranjos institucionais para a linha de cuidado em desinstitucionalização no território.

Para o módulo de Reabilitação Psicossocial:

- Emancipação x reparação: validação;
- Direitos humanos: garantia e exercício de direitos;
- Reabilitação psicossocial: habitar/morar, trocar identidades e trabalhar;
- Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho: percurso conceitual, marco jurídico e políticas públicas;
- Trabalho real x trabalho terapêutico/trabalho protegido;
- Trabalho e cultura;
- Contratualidade, autonomia e protagonismo dos usuários x tutela e curatela;
- Rede social e participação;
- Pluralidade das ofertas, pautada na integralidade do cuidado e nas demandas dos usuários e Território;
- Redução de riscos, danos e vulnerabilidades;
- Preconceitos, estigmas e violências;
- Ampliação e qualificação do acesso;
- Acolhimento, manejo e PTS;
- Expansão dos trabalhos no território com a rede intersetorial: trabalho, habitação, assistência social, cultura, esportes;
- Arranjos institucionais para a linha de cuidado em desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial no território;

Módulo de formação em Saúde Mental Infantojuvenil:

- Emancipação x reparação;
- Acolhimento, manejo e projeto terapêutico singular;
- Garantia de direitos conforme as diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente;
- Autonomia e protagonismo dos usuários;

- Pluralidade das ofertas, pautada na integralidade do cuidado e nas demandas dos usuários e Território;
- Redução de riscos, danos e vulnerabilidades;
- Preconceitos, estigmas e violências;
- Ampliação e qualificação do acesso;
- Expansão dos trabalhos no território com a rede intersetorial;
- Arranjos institucionais para a linha de cuidado em saúde mental infantojuvenil no território;

Módulo de demandas associadas ao uso de álcool e outras drogas

- Emancipação x Reparação
- Acolhimento, Manejo e PTS;
- Autonomia e Politização dos usuários;
- Redução de Riscos, Danos e Vulnerabilidades;
- Preconceitos, Estigmas e violências;
- Ampliação de acesso;
- Expansão dos Trabalhos no Território com a rede intersetorial;
- Arranjos Institucionais para a linha de cuidado no território;

Antes do início do intercâmbio, a CGMAD realizou reuniões junto aos gestores das redes participantes, apresentando a proposta de organização das atividades semanais para esta etapa. A data de início das atividades do intercâmbio variou entre os módulos, porém seguiram períodos pré-estabelecidos pela CGMAD, conforme o calendário descrito no quadro 4. Apenas as datas de finalização tiveram variação maior, em função de obstáculos enfrentados no decorrer do projeto e, em alguns casos, ultrapassaram o último mês estabelecido pela gestão federal. Nesses casos houve flexibilização e reorganização interna dos municípios para finalizar adequadamente esta fase do projeto.

Calendário 2014		Calendário 2015	
Mês 1	04-05-2014 / 01-06-2014	Mês 7	22-02-2015 / 22-03-2015
Mês 2	20-07-2014 / 17-08-2014	Mês 8	12-04-2015 / 10-05-2015
Mês 3	24-08-2014 / 21-09-2014	Mês 9	24-05-2015 / 21-06-2015
Mês 4	28-09-2014 / 26-10-2014	Mês 10	28-06-2015 / 26-07-2015
Mês 5	02-11-2014 / 30-11-2014	Mês 11	02-08-2015 / 30-08-2015
Mês 6	04-01-2015 / 01-02-2015		

Quadro 4: Calendário de realização dos intercâmbios entre experiências
Fonte: CGMAD/MS

A escolha dos profissionais que participariam dos intercâmbios foi de responsabilidade de cada rede visitante. A orientação da CGMAD foi de que o processo de escolha fosse coletivo e contemplasse trabalhadores de diferentes serviços e da rede intersetorial, procurando também garantir a participação de profissionais sem formação universitária. A lista de profissionais deveria ser entregue antes do início do intercâmbio à CGMAD, com possibilidade de alteração dos participantes previamente indicados, caso houvesse necessidade.

Há pouco registro sobre como aconteceu o processo de escolha no âmbito municipal. Em Coronel Fabriciano, Minas Gerais-MG, que participou como rede visitante em Ouro Preto/MG pelo módulo de saúde mental infantojuvenil, houve uma priorização pela escolha de trabalhadores que atuassem diretamente com o público infantojuvenil e da diversificação da rede, de forma a contemplar os diversos serviços existentes no município⁸².

Em Vitória da Conquista, na Bahia-BA, cuja participação se deu no módulo de atenção à crise, tendo São Paulo como rede receptora, a escolha inicial do tema da formação já fora realizada de maneira coletiva com profissionais e gestores da saúde mental. Para a seleção dos participantes do intercâmbio foram definidos três critérios, também construídos coletivamente: representatividade da rede e da categoria profissional; habilidade no planejamento de propostas e multiplicação do aprendizado e protagonismo nas ações de saúde mental⁸³.

Não houve, por parte da CGMAD, qualquer exigência em relação à atuação desses profissionais em seu município de origem após o final do mês de intercâmbio realizado. Porém, alguns municípios organizaram-se de forma a garantir o compartilhamento dessa experiência com os outros trabalhadores dos serviços locais de saúde mental, como é o caso dos dois municípios visitantes mencionados.

Em Coronel Fabriciano foi criado um grupo de trabalho que incluiu os participantes do intercâmbio, e que se reuniu mensalmente para discutir e propor ações a partir dessa experiência, com a tarefa de elaborar um plano de ação para a Rede. A proposta desse grupo de trabalho é de que cada profissional que o compõe seja responsável pela execução de uma das ações indicadas no plano de ação e que atue como multiplicador dos princípios da RPb no território e no serviço em que estão inseridos, de modo a fomentar o compartilhamento do saber e promover ações de EP junto às suas equipes de trabalho⁸².

Em Vitória da Conquista, foi acordado que, ao retornar da atividade do intercâmbio, os profissionais, em parceria com a coordenação local de saúde mental, realizariam uma oficina com carga horária de oito horas para o restante dos trabalhadores, compartilhando aprendizados e promovendo reflexões acerca dos processos de trabalho e estratégias de intervenção⁸³.

Na esfera nacional, ao final de cada período de intercâmbio, foi solicitado aos participantes que respondessem a um questionário virtual, com roteiro elaborado pela CGMAD, que será, em parte, objeto de análise neste trabalho.

3.2 Oficinas de integração do trabalho em rede

A etapa das oficinas ocorreu de forma concomitante com o intercâmbio, majoritariamente no ano de 2015. O PPF previu a realização de uma oficina de 40 horas em cada uma das redes visitantes, a ser realizada com participação da rede receptora. Desta vez, é a rede receptora que disponibiliza seus profissionais para que se dirijam até as redes visitantes e ofertem a oficina de integração do processo de trabalho aos profissionais, gestores e usuários daquela localidade^{61,67}.

As redes receptoras promoveriam, então, cinco oficinas de 40 horas, sendo uma em cada rede visitante do respectivo módulo de formação. Para isso o MS repassou a cada rede visitante o valor de R\$ 6.500,00 (seis mil e quinhentos reais) para despesas de deslocamento, alimentação e acomodação dos profissionais da rede receptora que participariam da atividade, bem como despesas de logística para a realização da oficina.

As datas foram acordadas entre rede receptora e redes em formação e a programação foi discutida em conjunto com a CGMAD, que indicou temas a serem abordados nas oficinas para cada linha de ação do projeto. Ao total, foram elaborados seis documentos orientadores para a programação das atividades.

Esta etapa possibilitou que os trabalhadores que não participaram do intercâmbio também pudessem participar de um processo de formação. Além disso, a realização dessa atividade pôde contribuir para a sedimentação das experiências do intercâmbio e compartilhamento entre as equipes dos serviços locais.

3.3 Plano de educação permanente (PEP)

Ao final desse processo todos os municípios participantes deveriam elaborar um PEP para a RAPS local, com vistas ao fortalecimento do modelo de atenção à saúde mental fundamentado na assistência humanizada, a partir da troca, da reciprocidade e da integração entre áreas diferentes de conhecimento e de serviços. Para a implementação desse plano, cada rede visitante e cada rede receptora recebeu do MS o montante de R\$ 100.000,00 (cem mil reais).

A CGMAD disponibilizou um modelo para a apresentação do PEP, orientando que os planos estejam em consonância com os princípios da RAPS e coerentes com o contexto de sua implantação. Os planos deveriam refletir as necessidades locais de formação, investindo na descentralização de ações de educação e processos de ensino aprendizagem pautados pelo diálogo e pelo compartilhamento.

A CGMAD orientou ainda que os planos fossem desenvolvidos a partir da reflexão sobre as práticas locais em saúde mental e a partir de construção conjunta e reflexiva, considerando, em sua elaboração:

(...)um contexto educativo de formulação de propostas de formação e educação permanente, integradas com o conjunto das ações da rede de saúde local e de forma que se constitua também como um exercício de auto avaliação da participação do município no Projeto de Percursos Formativos (Anexo 3).

A elaboração dos planos iniciou-se ao final de 2015 e continuou ao longo do ano de 2016, com previsão de execução ainda em 2016.

3.4 Engrenagens da Educação Permanente

Este componente é o que mais se aproxima da estratégia de supervisão clínico-institucional, implementada em anos anteriores pela CGMAD. Teve sua implementação iniciada no ano de 2016, após a finalização das etapas de intercâmbio e das oficinas de integração do processo de trabalho. Em alguns municípios esse processo é concomitante com a realização das ações previstas no plano de educação permanente.

Para este componente, a CGMAD elaborou um instrutivo para apresentação de projetos e para a indicação de profissionais responsáveis por sua implementação, direcionado apenas aos municípios participantes do PPF.

Entende-se como Engrenagens da Educação Permanente o processo de formação e qualificação da equipe de trabalhadores da RAPS e Redes Intersetoriais. Esse processo se traduz na dedicação de tempo na organização das Redes para discussão e estudo de Projetos Terapêuticos Singulares – PTS, propostas de atuação dos pontos de atenção, articulações com o território e dos processos de trabalho, considerando as dimensões da gestão e da clínica na perspectiva institucional e intersetorial fortalecendo o itinerário do usuário no território e, sobretudo, fomentando e apoiando o desenvolvimento e transferência de tecnologias inovadoras entre serviço-comunidade-usuário⁸⁴ (p.1).

O componente de Engrenagens da Educação Permanente se aproxima da iniciativa de supervisão clínico-institucional, porém com algumas reformulações em relação especialmente à forma de repasse do financiamento para realização do projeto e ao perfil do profissional indicado para sua implementação. Essas alterações aconteceram a partir do entendimento, pela CGMAD, de que a forma de repasse financeiro e o método de seleção de projetos e supervisores não eram satisfatórios e acarretavam a inviabilização da execução das ações. Essa reformulação visou superar desafios identificados a partir das experiências já implantadas no país, como: i) a sustentabilidade dos projetos após a finalização do financiamento pelo MS; ii) a contratação e o pagamento dos profissionais dedicados à realização do projeto; iii) regularidade dos encontros/reuniões; iv) prestação de contas e v) alinhamento das ações e diretrizes do projeto⁸⁴.

Para a realização desta etapa, o instrutivo previu a indicação de um profissional, denominado de Ativador de Redes, que tem por função desencadear e estimular os processos de educação permanente e as reflexões das equipes locais sobre suas práticas, por meio de reuniões conjuntas e rodas de conversas temáticas⁸⁴.

O instrutivo definiu, ainda, que o ativador poderia ser um profissional da equipe local ou um profissional externo ao município, porém residente na mesma Região de Saúde do município para o qual foi indicado. No documento recomendou-se que os ativadores sejam eleitos pelo coletivo de trabalhadores da RAPS local, tenham passado pelo intercâmbio, tenham perfil de multiplicador e possuam experiência profissional na área de saúde mental e/ou saúde coletiva, com atuação em ações e serviços do SUS.

A indicação do ativador de redes ficou a cargo do município, porém foi necessária a aprovação final da CGMAD para o efetivo financiamento desta etapa do Projeto. A análise da

proposta levou em consideração a formação e/ou experiência comprovada na área de saúde mental, álcool e outras drogas por parte do ativador indicado, especialmente na linha de ação desenvolvida pelo respectivo município no âmbito do PPF.

É atribuição dos ativadores de redes: i) estimular a construção de uma linha de cuidado que atravessasse todos os pontos de atenção e dispositivos da rede de saúde e rede intersetorial; ii) construir e fortalecer as estratégias de acolhimento, ampliação do acesso e flexibilização da porta de entrada aos serviços da Rede; iii) estimular a atenção às situações de crise em todos serviços, com acompanhamento corresponsabilizado durante as internações, caso necessárias; iv) criar estratégias de busca ativa; v) facilitar a construção de estratégias para a inserção social, familiar, laboral, educativa e cultural dos usuários; vi) fortalecer a atuação da Rede para o desenvolvimento da linha de ação do Projeto.

Com o objetivo de alinhar as ações a serem realizadas, os ativadores de redes teriam um encontro mensal para orientação com Tutores, que são profissionais com expertise nas linhas de formação do PPF, indicados pela CGMAD.

Para cada um dos 15 módulos, foi designado um tutor, cuja tarefa consiste em:

(...)auxiliar os ativadores de redes no desenvolvimento do componente de Engrenagens da Educação Permanente, a partir das demandas dos módulos de formação e das linhas de ação do Projeto Percursos Formativos da RAPS, auxiliando a qualificação e alinhamento da atuação dos(as) ativadores(as) de redes nos territórios⁸⁴ (p.4).

Os municípios deveriam, ainda, encaminhar projeto para o desenvolvimento do componente de Engrenagens da Educação Permanente, contemplando reuniões regulares quinzenais e rodas de EP. Segundo o instrutivo, os projetos deveriam: i) estar em consonância com os princípios do SUS e com as diretrizes da PNSM; ii) propor ações para o fortalecimento e qualificação das redes de atenção em saúde; iii) contribuir com a qualificação da atuação dos profissionais dos serviços de saúde mental e da rede intersetorial; iv) ser articulados com o PEP desenvolvido pelo município; v) fomentar e apoiar o desenvolvimento de tecnologias inovadoras no campo; vi) fortalecer a articulação com o controle social e a rede de proteção social.

O financiamento desta etapa aconteceu de maneira diferenciada das anteriormente descritas. Não houve repasses realizados pelo MS aos municípios participantes. Através de uma parceria com a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz^h, o MS estabeleceu o valor mensal de R\$ 1.500,00

(mil e quinhentos reais) para pagamento direto aos ativadores e R\$ 2.000,00 (dois mil reais) para pagamento direto aos tutores. Além disso, os custos relativos ao deslocamento, alimentação e acomodação para os encontros mensais entre tutores e ativadores também foram financiados por meio dessa parceria.

O componente de Engrenagens da Educação Permanente, quarta fase do PPF, teve início em fevereiro de 2016, com finalização prevista para os meses de novembro e dezembro do mesmo ano, tendo duração total de dez meses.

Considerando todo o escopo do PPF, em suas quatro etapas, o Projeto previu a realização de intercâmbio entre experiências com participação de cerca de 1.600 profissionais; 82 oficinas de integração do processo de trabalho em 82 municípios, contemplando cerca de 4.500 pessoas entre usuários, familiares, trabalhadores e gestores de diferentes serviços; o desenvolvimento e implementação de 96 planos de educação permanente e a execução do componente de engrenagens da Educação Permanente em 92 municípios^{60,67}.

Convém salientar que o PPF relaciona-se com PNEPS por meio de sua proposta de aprendizagem colaborativa e significativa, que busca produzir sentido para o trabalho cotidiano nos serviços de saúde mental e propõe que a transformação das práticas profissionais seja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais^{21,61}

Se, de um lado, a incorporação de novos padrões de compreensão dos fenômenos e o desenvolvimento de novas atitudes para a ação neste cenário de mudanças dependem de deslocamentos emocionais, desterritorializações e reterritorializações, (GUATARRI; ROLNIK, 1986), por outro lado, o processo de aprendizagem passa pela mobilização de recursos emocionais e corporais, para recompor novas racionalidades que permitam articular ações concretas para a mudança.

Desta forma, a mobilização de recursos emocionais na aprendizagem em prática de trabalho, aliada às reflexões coletivas em grupo, permite nascer uma disposição à mudança. Isto é, neste projeto significa aprender sobre a história da Reforma Psiquiátrica dentro de um contexto de práticas inclusivas, associadas à perspectiva de direitos e conquistas da cidadania. Este formato de aprendizagem é fundamental para a elaboração de novas estratégias de atuação, uma vez que funciona como disparador de questionamentos e aglutinador de propostas e soluções que são dinâmicas e contingentes, de acordo com o movimento das redes⁶¹ (p.31-32).

Nesse contexto, o Projeto fomenta e favorece as problematizações e reflexões coletivas e individuais sobre a atuação dos trabalhadores e sobre os paradigmas em saúde mental, tendo como eixo central a superação do paradigma asilar e tem como potência trazer novos sentidos às equipes que encontram na colaboração e no espaço do encontro a possibilidade para compartilhar suas questões, que podem envolver desde problemas de estrutura física do

serviço a conflitos entre a equipe, além da reavaliação dos impasses no processo de trabalho. Entende-se, assim, o Projeto como coparticipante na transformação das instituições^{60,61}.

O PPF aqui descrito é o objeto desta pesquisa, que propõe uma análise exploratória desta estratégia, sob a perspectiva da AP, ao procurar identificar se o projeto foi capaz de incidir positivamente no processo de trabalho, bem como apontar as principais mudanças no identificadas pelos participantes, além de suas principais potencialidades e desafios.

O próximo capítulo dedicar-se-á ao percurso metodológico adotado para a análise aqui proposta.

Notas de fim do capítulo:

^fInicialmente, as redes receptoras foram chamadas de redes preceptoras, ocorrendo a alteração da denominação ao longo do projeto, partindo-se do entendimento de que os profissionais destas redes também estariam em processo de formação.

^gAs redes visitantes foram inicialmente denominadas de redes em formação, e como as redes receptoras, também sofreram alteração da sua denominação ao longo do projeto.

^hFiocruz é uma fundação ligada ao MS, que tem como compromisso produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias voltados para o fortalecimento e a consolidação do SUS.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de métodos mistos, que busca realizar uma análise exploratória da estratégia de EP “Percurso Formativos na RAPS”, sob a perspectiva da atenção psicossocial. Esta pesquisa busca identificar, por meio do estudo da frequência de registro dos procedimentos de CAPS e por meio da análise dos questionários respondidos pelos profissionais envolvidos, se o projeto foi capaz de disseminar práticas do campo da AP, identificando alterações no processo de trabalho dos serviços que participaram da primeira fase do PPF, o intercâmbio entre experiências, entre os anos de 2014 e 2015.

O método adotado para esta investigação combina abordagens quantitativas e qualitativas por possibilitarem análises de regularidade e frequências, bem como a análise das relações, das histórias, valores e pontos de vista. Dessa maneira, considerou-se que o uso de uma das abordagens isoladamente seria inadequado para lidar com a complexidade das questões do campo da saúde^{85,86}.

O método misto foi então escolhido por permitir o cruzamento de informações e a interpretação mais abrangente dos dados adquiridos. É, entretanto, mais do que a mera coleta e análise dos dois tipos de dado. Requer o uso das duas abordagens em conjunto, que, quando bem executadas, produzem riqueza de informações e maior fidedignidade interpretativa^{85,87}.

Mais que pares de oposição, os métodos quantitativos e qualitativos traduzem, cada qual à sua maneira, as articulações entre o singular, o individual e o coletivo presentes nos processos de saúde-doença. A interação dialógica entre ambos os aportes (e não por justaposição ou subordinação de um desses campos) constitui avanço inegável para a compreensão dos problemas de saúde⁸⁶ (p.75).

Segundo Minayo⁸⁶, as experiências de trabalho com as duas abordagens mostram, entre outros, que: i) não são incompatíveis e podem ser integradas num mesmo estudo; ii) pesquisas que usam uma das abordagens podem ensejar questões a serem respondidas com o uso da outra, trazendo-lhes ampliações compreensivas e vice-versa; iii) quando feitos em conjunto, estudos quantitativos e qualitativos promovem uma construção da realidade mais elaborada e completa.

As abordagens quantitativas envolvem a coleta, análise e interpretação de dados com o objetivo de dar visibilidade a indicadores e tendências observáveis, de forma a permitir que se

reflita sobre a confirmação ou não confirmação de uma hipótese ou teoria, por meio dos resultados obtidos^{85,86}.

Neste estudo, propõe-se investigar, utilizando também os dados estatísticos, fenômenos voltados para a percepção, a intuição e a subjetividade, de maneira que os dados obtidos com o método quantitativo sejam aprofundados com métodos qualitativos, buscando captar aspectos subjetivos da realidade social⁸⁶.

O método qualitativo estuda a produção humana, as vivências, experiências, história, relações, crenças, valores e percepções. Permite revelar processos e relações tomando-os como inseparáveis à linguagem, aos símbolos e às práticas⁸⁶. Esta abordagem caracteriza-se pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna de grupos ou segmentos delimitados sob a ótica dos atores, para análises de discursos e de documentos⁸⁶.

“Está claro que uma situação humana só é caracterizável quando se tomam em consideração as concepções que os participantes têm dela, a maneira como experimentam suas tensões nesta situação e como reagem a essas tensões assim concebidas (Mannheim, 1968, p. 70)”⁸⁶ (p.59).

Na perspectiva das abordagens qualitativas, o processo de análise e interpretação dos dados busca explorar representações sociais sobre o tema investigado, descrever e compreender as experiências vividas, além de identificar núcleos de sentidos a partir do material coletado⁸⁷.

Nesta pesquisa, utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin⁸⁸, fazendo uso dos procedimentos descritos pela autora, de maneira que sejam replicáveis e válidas as inferências sobre os dados do contexto deste estudo⁸⁶.

Segundo Bardin⁸⁸, a análise de conteúdo é

Um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” (conteúdos e conteúdos) extremamente diversificados. O fator comum dessas técnicas múltiplas e multiplicadas (...) é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade (p.15).

A análise temática de conteúdo proposta por Bardin⁸⁸, segundo Minayo⁸⁷ e Gomes⁸⁹ utiliza o tema como conceito central, procurando desvendar núcleos de sentido.

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, geralmente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular a superfície dos

enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção de mensagem⁸⁶ (p.308).

Seguindo o referencial teórico até aqui exposto, a presente pesquisa contou com duas dimensões distintas. Inicialmente foram coletados e analisados os registros dos procedimentos informados pelos CAPS dos municípios envolvidos, com base nos sistemas de informação do MS. Os dados são públicos e disponíveis em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=19122>. Para este momento, não foram usadas amostras, mas a totalidade dos dados dos CAPS.

No segundo momento foi analisada parte dos dados contidos nos questionários respondidos pelos profissionais participantes do intercâmbio e cujo roteiro foi elaborado pela CGMAD/MS. A seleção dos questionários avaliados teve como base os achados quantitativos da primeira dimensão da pesquisa. As duas fases serão detalhadas a seguir.

4.1 Coleta e Análise dos Registros de Procedimentos dos CAPS

Para a primeira dimensão, buscou-se analisar o comportamento do registro de procedimentos dos CAPS nos municípios que participaram do PPF. Foram excluídas dessa análise as localidades que tiveram participação regional ou estadual, pois, apesar de proporcionarem maior abrangência de alcance do projeto, precisaram readequar a organização das atividades, de maneira que não houve participação equivalente às outras cidades. Assim, nesses locais não foi possível que os 20 profissionais de uma mesma cidade participassem do intercâmbio. Essa participação teve de ser então pulverizada para viabilizar o envolvimento de mais municípios. Entende-se que, dessa forma, as condições de participação dessas localidades foram diferentes das demais e, portanto, devem ser analisadas separadamente. O quadro abaixo resume os municípios que permaneceram na análise aqui proposta, bem como os estados e regiões desconsiderados nesse momento:

Módulo de Formação	Rede Receptora	Municípios Mantidos	Estados/Regiões Desconsiderados
Atenção à Crise em Saúde Mental	Coronel Fabriciano/MG	Coronel Fabriciano/MG, Miguel Calmon/BA, Pouso Alegre/MG, Pio XI/PI, Encantado/RS, Vera Cruz/RS	-
	Resende/RJ	Resende/RJ, Jacobina/BA, Icó/CE, Imperatriz/MA, Itaúna/MG, Palmas/TO	
	São Paulo/SP	São Paulo/SP, Vitória da Conquista/BA, Goiânia/GO, Contagem/MG, Parnaíba/PI	Macapá/AP
Saúde Mental Infantojuvenil	Ouro Preto/MG	Ouro Preto/MG, Iguatu/CE, Barbacena/MG, Coronel Fabriciano/MG, Campo Grande/MS,	Boa Vista/RR

	Recife/PE	Recife/PE, Salvador/BA, Ipatinga/MG, Uberlândia/MG, São José do Rio Preto/SP	Belém/PA
Saúde Mental na Atenção Básica	São Lourenço do Sul/RS	São Lourenço do Sul/RS, Mucuri/BA, Bela Vista de Goiás/GO, Cláudio/MG, Barra de Santa Rosa/PB, Maravilha/SC	-
	Embu/SP	Embu/SP, Eunápolis/BA, Araçuaí/MG, Teresina/PI, Torres/RS, Guapimirim/RJ	Moju/PA
Demandas Associadas ao Consumo de Álcool e outras Drogas	Uberlândia/MG	Uberlândia/MG, Rio Pomba/MG, Formiga/MG, Laranjeiras do Sul/PR, Ijuí/RS, Cândido Mota/SP, Capivari/SP	-
	Recife/PE	Recife/PE, Vila Velha/ES, Ouro Branco/MG, Itajaí/SC, Bagé/RS, Palhoça/SC, São Carlos/SP	-
	Santo André/SP	Santo André/SP, Horizonte/CE, Guaíba/RS, Araranguá/SC, Sorocaba/SP, Apucarana/PR, Canoas/RS	Acre (Regional de Saúde do Juruá)
	São Bernardo do Campo/SP	São Bernardo do Campo/SP, Maracanaú/CE, Betim/MG, Santa Rosa/RS, Orleans/SC, São Miguel Arcanjo/SP	-
Desinstitucionalização	São Bernardo do Campo/SP	São Bernardo do Campo/SP, Morrinhos/GO, Pocinhos/PB, Florianópolis/PI, Cerquilha /SP,	Araguaína/TO
	Sorocaba/SP	Sorocaba/SP, Rio Verde/GO, Juiz de Fora/MG, São Sebastião do Paraíso/MG, Ubá/MG	Acre (Regional de Saúde do Baixo Acre)
Reabilitação Psicossocial	Santo André/SP	Santo André/SP, Caruaru/PE, Joinville/SC, São Vicente/SP,	Santo Antônio do Tauá/PA; Gurupi/TO.
	Barbacena/MG	Barbacena/MG, Cabo de Santo Agostinho/PE, Paulistana/PI, Prudentópolis/PR, Andradina/SP	Manaus/AM

Quadro 5: Municípios considerados e desprezados na pesquisa.

Atualmente, existem 20 procedimentos regulamentados pela Portaria nº 854/2012, que podem ser realizados pelos CAPS. A lista de procedimentos e sua descrição encontra-se no Anexo 4 deste trabalho.

Nesta pesquisa, foram analisados os comportamentos de nove dos 20 procedimentos existentes: 1)atendimento familiar; 2)atendimento domiciliar; 3)articulações intra e intersetoriais; 4)fortalecimento do protagonismo; 5)atenção à crise; 6)matriciamento da atenção básica; 7)reabilitação psicossocial; 8)matriciamento dos serviços de urgência e emergência e 9)redução de danos.

A opção por estes nove procedimentos deu-se por entender-se que são estes, entre os existentes, os que melhor refletem as práticas de AP realizadas pelas equipes, por comportarem uma ampliação do entendimento sobre a função/missão dos serviços pela realização de ações territoriais e intersetoriais, prezando pelo exercício da cidadania e autonomia. Ademais, esses procedimentos são de fácil entendimento por parte das equipes dos CAPS, fazem parte do seu cotidiano de trabalho e independem da existência de outro serviço específico para a sua realização.

Assim, foram excluídos da análise nesta pesquisa, os seguintes procedimentos:

- Acolhimento noturno, por ser realizado apenas por serviços do tipo III, que funcionam 24 horas e passíveis de implantação apenas em municípios ou regiões com mais de 150.000 habitantes;
- Acolhimento em terceiro turno, por ser realizado em horário que excede o expediente do serviço, para o qual a descrição é genérica e não informa quais as ações realizadas; tornando difícil identificar que tipo de atividades as equipes realizam e informam com tal procedimento.
- Acolhimento diurno, atendimento em grupo, atendimento individual e acolhimento inicial, por representarem ações ambulatoriais de praxe dos serviços e cujo mero registro não comporta informações relevantes sobre práticas de AP;
- Acompanhamento de SRT e apoio à SRCT, por apenas serem registrados quando há um SRT ou SRCT no município e cuja referência é o CAPS; e
- Práticas corporais, práticas expressivas e promoção de contratualidade, que, apesar de estarem intimamente ligadas ao campo da AP, foram excluídas dessa análise por terem descrição pouco objetiva, serem de difícil entendimento e assimilação por parte das equipes e terem baixíssimo volume de registro nos sistemas de informação, o que não significa que não sejam realizadas. Uma hipótese é a de que os profissionais não reconhecem, com os nomes designados pela Portaria nº 854/2012, essas práticas no cotidiano de sua atuação ou que sejam registradas sob outro nome, como atendimento em grupo ou individual.

A busca dos registros foi realizada na base dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), através do aplicativo TABWINⁱ e centrou-se na produção dos CAPS em todo o Brasil, entre janeiro de 2013 e dezembro de 2015, gerando resultados por local de atendimento. As opções de busca também consideraram a quantidade aprovada^j de procedimentos em cada mês/ano, uma vez que, nessa modalidade, o sistema já identifica alguns erros de preenchimento e impede o registro de boa parte de informações equivocadas ou duplicadas.

Com a base de dados gerada e a partir das orientações de Creswell⁸⁵, alguns procedimentos foram adotados para o tratamento das informações e sua utilização nesta pesquisa. Inicialmente, foram retirados da base os dados os CAPS habilitados^k após maio de 2013, um

ano antes do início do PPF, com a intenção de evidenciar a evolução dos procedimentos dos CAPS já existentes em todo o período e possibilitar a construção de uma série histórica. Assim, foram desconsiderados os CAPS que não possuíam no mínimo um ano de existência anterior ao projeto, para que seja possível identificar possíveis efeitos do PPF, por meio da observação do comportamento de registros prévios e posteriores à sua implementação. Para a identificação do ano de habilitação do CAPS, foi usada a base de dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Após esse filtro, para cada procedimento analisado, foi realizado um ensaio, examinando-se a possibilidade de excluir da análise os CAPS que não informaram qualquer produção durante todo o período pesquisado (janeiro de 2013 a dezembro de 2015). Esse ensaio, porém, demonstrou-se infrutífero, devido à elevada quantidade de serviços desprezados, causando uma grande distorção no estudo. Ademais, se adotássemos este método, estrariamos a considerar, equivocadamente, que a falta de produção é sempre um erro de registro, quando, em verdade, significa que o CAPS pode não estar realizando aquele procedimento específico, uma vez que outros são informados. A tabela 1 apresenta a quantidade de CAPS que integrou o estudo de frequências, após a decisão de manter todos os serviços existentes, considerando ser esta a opção de menor erro.

CAPS existentes em maio de 2013

Em todos os municípios do Brasil	1967
Nos municípios que participaram do PPF	268

Tabela 1: Quantidade de CAPS participantes do estudo

Os dados foram trabalhados e dispostos em tabelas separadas de duas maneiras, de forma a viabilizar dois tipos de análise: por faixa populacional e por módulo de formação.

4.1.1. Análise por faixa populacional

A primeira análise levou em consideração a faixa populacional dos municípios, considerando faixas pré-estabelecidas e rotineiramente utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e pelo Tribunal de Contas da União. Para esta divisão, foi considerada a estimativa da população para 1º de julho de 2015, disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_tcu.shtm.

Os dados foram então divididos considerando-se a faixa populacional dos municípios e foram calculadas as médias mensais da quantidade informada para cada procedimento, em cada faixa populacional. Ou seja, o cálculo considerou a soma de procedimentos informados a cada mês, para cada faixa populacional, dividida pelo número de serviços existentes. Cabe informar desde já que não há no PPF municípios cuja população encontre-se nas duas primeiras faixas do quadro 6.

Até 5.000 habitantes
De 5.001 a 10.000 habitantes
De 10.001 a 20.000 habitantes
De 20.001 a 50.000 habitantes
De 50.001 a 100.000 habitantes
De 100.001 a 500.000 habitantes
Mais de 500.000 habitantes

Quadro 6: Faixas populacionais utilizadas no estudo
Fonte: IBGE

Em função da variação das datas de início e término de cada módulo, para fins de projeção em gráficos e análise, foi considerado como período de execução do projeto aquele entre março de 2013 e setembro de 2015, respectivamente o primeiro e último mês de registro de atividades da primeira fase.

Os dados gerados por meio das ações descritas nessa seção estão disponíveis nos Anexos de 5 a 9 deste trabalho.

4.1.2 Análise por módulos de formação

Para este segundo momento, o estudo de frequências concentrou-se nos módulos cujo tema de formação é mais abrangente e, portanto, oferecem mais informações sobre os procedimentos investigados: atenção à crise em saúde mental, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. São sete os módulos de formação que trabalharam com estes temas, conforme descrito no Capítulo 3.

Os outros módulos que compuseram o PPF trabalharam com temas que focavam apenas uma parte da rede de atenção psicossocial – como o módulo de saúde mental na atenção básica - ou focavam populações específicas, no caso dos módulos de saúde mental infantojuvenil e demandas associadas ao uso de álcool e outras drogas.

Partiu-se, então, da mesma base de dados que originou a análise anterior e separou-se os municípios pelo módulo ao qual pertencem, realizando novamente o cálculo das médias mensais da quantidade informada para cada procedimento, em cada módulo. Estes dados estão disponíveis nos Anexos 10 a 17.

Para esta análise, a projeção dos dados em gráficos apresenta os meses de início e fim do projeto, respeitando a duração de cada módulo.

- Coronel Fabriciano: 04/05/14 a 30/08/15
- Resende: 04/05/14 a 30/08/15
- São Paulo: 20/07/14 a 10/10/15
- São Bernardo do Campo: 20/07/14 a 30/08/15
- Sorocaba: 24/08/14 a 30/11/14 – 12/04/15 a 10/10/15
- Santo André: 24/08/14 a 10/10/15
- Barbacena: 04/05/14 a 10/10/15

4.1.3 Limitações do estudo quantitativo

Os dados quantitativos analisados possuem algumas limitações que devem ser consideradas no âmbito deste estudo. Uma delas refere-se ao fato de que, no momento da extração, o sistema TABWIN emitiu um aviso de que os dados referentes ao ano de 2015 estavam ainda sujeitos a alterações. Isso significa que, ao consultar o referido sistema, o leitor poderá encontrar dados distintos daqueles apresentados neste trabalho. As informações definitivas para o ano de 2015 apenas estariam disponíveis no final do ano de 2016, o que inviabilizaria a sua utilização nessa pesquisa, razão pela qual foram utilizados os dados provisórios.

Outra questão importante a ser considerada é o fato de que os procedimentos de CAPS aqui descritos começaram a ser registrados em janeiro de 2013, mesmo mês em que se inicia a análise proposta nesta pesquisa. Antes disso, havia outra normativa – Portaria nº 189/2002 - que descrevia os procedimentos dos CAPS, e que propunha outro tipo de organização, dividindo-os em intensivo, semi-intensivo e não intensivo, em alusão à frequência dos usuários nos serviços. Essa portaria foi revogada e em seu lugar foram instituídos os novos procedimentos da Portaria nº 854/2012, que entrou em vigor para os registros realizados a partir de janeiro de 2013.

Além disso, há questões relacionadas a problemas nas bases de dados do MS e ao sub-registro nos sistemas de informação do SUS, que não é restrito à rede de saúde mental, como já demonstrado em diversos estudos (Rodrigues et al.⁹⁰, Mendes et al.⁹¹, Laguardia et al.⁹², Cavalini e De Leon⁹³, e Tomomatsu et al.⁹⁴)

4.2 Coleta e Análise das Respostas ao Questionário do Projeto

Para a segunda dimensão dessa pesquisa, foi realizada análise de conteúdo dos formulários de avaliação do PPF (Anexo 18), elaborados pelo MS e preenchidos pelos participantes logo após a realização do intercâmbio. Os formulários foram respondidos e encaminhados por via eletrônica à CGMAD/MS.

Para acesso ao banco de dados do projeto a pesquisadora realizou solicitação formal ao então coordenador da CGMAD. A solicitação foi realizada em 16 de março de 2016 e concedida no mesmo dia. Após sua exoneração, nova solicitação foi realizada à coordenadora interina no dia 29 de junho de 2016 e concedida no mesmo dia. Os dados foram extraídos do sistema FormSUS¹ em 30 de junho de 2016, já tabulados pelo próprio sistema.

Os questionários são compostos de questões abertas/reflexivas e objetivas/quantitativas. Em função da quantidade de questões, do tempo e recursos disponíveis para esta pesquisa, fez-se a escolha por um recorte para análise dos dados, uma vez que seria inviável analisá-los todos adequadamente neste estudo. Foram então utilizadas as perguntas pertinentes ao tema aqui estudado, que abordam as mudanças nas práticas nos serviços, potencialidades e desafios do projeto - perguntas 15, 17, 18, 19, 20 e 31.

Para as perguntas descritivas, os respondentes foram convidados a refletir sobre a experiência de Intercâmbio, relatando: i) a forma como as atividades realizadas podem contribuir para o processo de trabalho; ii) a forma como as temáticas e conceitos discutidos podem contribuir para o processo de trabalho; iii) a relevância da experiência de intercâmbio para o trabalho; iv) as principais potencialidades verificadas no intercâmbio e v) as principais dificuldades enfrentadas no intercâmbio.

No caso dos itens quantitativos do questionário, os respondentes foram convidados a atribuir notas de um a dez às questões, ou deixá-las em branco, caso não quisessem opinar. Nesse

estudo serão apresentados os resultados referentes às notas atribuídas ao item “contribuição do processo de intercâmbio para o trabalho”.

O banco constava de 1.180 questionários. Após o tratamento dos dados, em que foram descartados os questionários repetidos e dados conflitantes, o total de respondentes foi de 1.036 participantes. Os questionários descartados por conflito de informação eram de município não participante do projeto ou afirmavam fazer parte de módulos distinto daquele ao qual pertence. Os questionários repetidos foram descartados por apresentarem duplicidade na totalidade de suas informações. Nos casos em que a duplicidade era parcial, as informações diferentes foram agregadas e consideradas como um único formulário.

Linhas de Ação	Módulos	Respondentes
Atenção à Crise em Saúde Mental	Coronel Fabriciano/MG	80
	Resende/RJ	36
	São Paulo/SP	83
Demandas Associadas ao Uso de Álcool e outras Drogas	Recife/PE	85
	Santo André/SP	100
	São Bernardo do Campo/SP	46
	Uberlândia/MG	84
Desinstitucionalização	São Bernardo do Campo/SP	36
	Sorocaba/SP	75
Reabilitação Psicossocial	Barbacena/MG	92
	Santo André/SP	79
Saúde Mental Infantojuvenil	Ouro Preto/MG	53
	Recife/PE	71
Saúde Mental na Atenção Básica	Embu das Artes/SP	38
	São Lourenço do Sul/RS	78
Total		1036

Quadro 7: Distribuição de respondentes por módulo do PPF

Nesta fase foram analisados os questionários dos módulos cujos dados quantitativos, na primeira dimensão dessa pesquisa, sugerem efetividade da estratégia de PPF para um ou mais procedimentos. São eles: Atenção à Crise em Resende e São Paulo, Desinstitucionalização em São Bernardo do Campo e Reabilitação Psicossocial em Santo André e Barbacena.

Manteve-se a decisão por descartar os dados das localidades que participaram do projeto com abrangência regional/estadual (correspondendo a 74 respondentes), resultando em 253 questionários analisados.

Os dados qualitativos serão descritos no próximo capítulo de maneira complementar aos achados quantitativos. Não se pretende nesta pesquisa realizar uma avaliação do projeto em cada um dos módulos. Assim, os questionários foram analisados como um único conjunto de dados e a exposição dos achados deu-se por meio das categorias e temas levantados.

Além das análises descritas a seguir, também serão apresentados, no próximo capítulo, os dados relativos à profissão e local de trabalho dos respondentes

4.2.1 Análise das questões objetivas/quantitativas

Foram tabuladas as respostas oferecidas pelos participantes ao item 31 do questionário e, então, calculada a sua média. O resultado foi disposto em tabelas que agregam os dados do total de 1.036 respondentes, bem como o recorte correspondente aos 253 questionários analisados.

4.2.2 Análise das questões reflexivas/descritivas

Para as questões reflexivas/descritivas, foi realizada análise de conteúdo das perguntas 15, 17, 18, 19 e 20, com auxílio do software Atlas.ti, segundo as contribuições Bardin⁸⁸, Creswell⁸⁵, Minayo⁸⁷ e Gomes⁸⁹. Esse tipo de análise permite a identificação de núcleos de sentido no material analisado, que apresentem valores de referência e modelos de comportamento presentes no discurso⁸⁷.

Seu foco é, principalmente, a exploração do conjunto de opiniões ou representações sociais sobre o tema que pretende investigar. Esse estudo do material não precisa abranger a totalidade das falas e expressões dos interlocutores porque, em geral, a dimensão sociocultural das opiniões e representações de um grupo que tem as mesmas características costumam ter muitos pontos em comum ao mesmo tempo que apresentam singularidades próprias da biografia de cada interlocutor⁸⁹ (p.72).

As etapas propostas pelos autores envolvem: a) leitura compreensiva e aprofundado do material; b) pré-análise e organização dos dados por meio de leitura flutuante e construção de indicadores para fundamentar a interpretação⁹⁵; c) exploração do material, codificação dos dados e sua categorização a partir de unidades de registro, com a distribuição de trechos e construção de núcleos temáticos, d) desenvolvimento de inferências dos achados; e) descrição, tratamento dos resultados e síntese interpretativa, bem como a construção e discussão da categorização dos achados a partir de suas semelhanças e diferenças⁹⁶.

As etapas acima descritas foram seguidas cuidadosamente. Os resultados estão dispostos no Anexo 19 e descritos no próximo capítulo.

4.2.3 Limitações do estudo qualitativo

Este estudo baseia-se em respostas fornecidas pelos participantes do projeto, em questionário enviado pelo gestor federal, o que pode gerar vieses, caso o participante entenda o questionário como uma forma de “prestação de contas” ao financiador, o que pode gerar respostas tendenciosas.

4.3 Aspectos éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa, foi considerada a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que orienta os princípios éticos de pesquisas realizadas com seres humanos. O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, por meio da Plataforma Brasil, registrado sob o nº 59766916.3.0000.5263.

Notas de fim de capítulo

ⁱO TABWIN é um tabulador de uso público, desenvolvido pelo DATASUS, utilizado para organizar e tabular dados de maneira automática, conforme consulta realizada no sistema.

^jTambém é possível optar por buscar a quantidade apresentada de procedimentos.

^kA habilitação dos CAPS é realizada por portaria específica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, após apreciação pela CGMAD da documentação enviada pelas Secretarias Municipais de Saúde, para que recebam o repasse financeiro mensal para custeio dos serviços e para que possam realizar os procedimentos previstos pela Portaria 854/2012.

^lO FormSUS é um serviço fornecido pelo DATASUS, de uso público para a criação de formulários na online e destinado ao uso do SUS e de órgãos públicos parceiros, para atividades de interesse público. Mais informações disponíveis em <http://formsus.datasus.gov.br>.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os dados referentes às contribuições do PPF para a o campo da atenção psicossocial, conforme os procedimentos descritos no Capítulo 4. Verificam-se os efeitos da estratégia no registro de ações e procedimentos, mudanças de prática implementadas, desafios e potencialidades do projeto.

Esta seção inicia-se com a apresentação dos resultados encontrados a partir do registro de procedimentos dos CAPS. Em seguida, serão apresentados os resultados da análise qualitativa realizada com base nos questionários respondidos pelos participantes do projeto.

Todas as informações aqui contidas podem ser consultadas nos Anexos 5 a 7 e 19 deste trabalho. De maneira facilitar a leitura dos dados quantitativos dispostos nos anexos, o leitor deve considerar a seguinte legenda:

Faixa temporal marcada em laranja:	Corresponde ao período de execução do intercâmbio entre experiências
Dados em vermelho	A informação é proveniente de um único CAPS
Coluna em branco	Todos os CAPS tiveram produção igual a zero no período,
Campos em azul	Dados relevantes citados neste capítulo

Quadro 8 – Legenda para leitura dos dados quantitativos

Cabe, ainda, informar que os meses de novembro, dezembro e janeiro foram considerados atípicos por serem período de férias, em que há diminuição da circulação de usuários e da intensidade das ações de cuidado nos serviços. Portanto, é esperada a queda no registro das atividades nos CAPS, fato que poderá ser verificado nos Gráficos aqui registrados.

5.1 Resultado das comparações por faixas populacionais.

Para a primeira dimensão do estudo, foram realizados dois tipos de comparação. A primeira etapa, que considerou a faixa populacional dos municípios, gerou as informações a seguir.

5.1.1 De 10.001 a 20.000 habitantes.

A quantidade de CAPS existentes foi insuficiente para a análise de informações dos procedimentos nesta faixa populacional. Em todo o projeto de percursos formativos existiam apenas três municípios com população entre 10.001 e 20.000 habitantes e cada um destes possui apenas um CAPS.

Mesmo não sendo possível inferir qualquer fenômeno a partir destes dados, considerou-se importante mencionar uma pequena alteração dos registros do procedimento de matriciamento da atenção básica a partir do mês de setembro de 2015. Para este procedimento, a frequência é predominantemente zero, porém, no referido mês, passa a ser informado com média superior à nacional. Como esta pesquisa não trabalhou com dados posteriores a dezembro de 2015, não é possível informar se esse crescimento manteve-se estável nos meses posteriores.

5.1.2 De 20.001 a 50.000 habitantes.

Para essa faixa populacional, esta pesquisa não encontrou resultados significativos que possam ser atribuídos ao PPF, relativamente aos nove procedimentos que, aqui, propõe-se analisar.

Cabe, porém, salientar que os dados relativos ao procedimento de matriciamento da atenção básica são passíveis de análise posterior e com maior profundidade, que investigue a sua subnotificação, uma vez que os municípios dentro da faixa populacional analisada neste item são de pequeno porte, possuem em média apenas um CAPS, e contam, em sua maioria, com rede de saúde composta, em grande parte, por serviços da rede básica de saúde. Infere-se daí que os CAPS existentes e os serviços da rede básica municipal deveriam trabalhar em conjunto para a continuidade do cuidado dos usuários da rede de saúde, o que, em tese, seria refletido em frequência relativamente alta para o procedimento de matriciamento da atenção básica.

Não é possível afirmar aqui que essa estratégia de formação falhou ou foi completamente ineficaz para estes municípios, porém faz-se necessário investigar com maior profundidade tanto os dados individuais de cada serviço - já que aqui trabalhou-se com dados condensados - quanto a Rede de saúde existente e o funcionamento de cada ponto de atenção, bem como o fluxo estabelecido para o atendimento em saúde mental em cada localidade. Além disso, os

problemas de sub-registro já expostos podem intensificar uma possível incompletude dos registros em relação ao cotidiano nos serviços.

5.1.3 De 50.001 a 100.000 habitantes.

Os resultados mais significativos surgem partir desta faixa populacional. Há indícios quantitativos que sugerem fortemente o impacto positivo da estratégia PPF para as ações de atendimento domiciliar, fortalecimento do protagonismo e de redução de danos.

Quanto ao procedimento de atendimento domiciliar, partir de janeiro de 2015 os municípios integrantes da estratégia passam a registrar em média 3,41 atendimentos a mais do que a média nacional, como pode ser observado pelo Gráfico 1, quando há um afastamento entre as duas linhas de frequência.

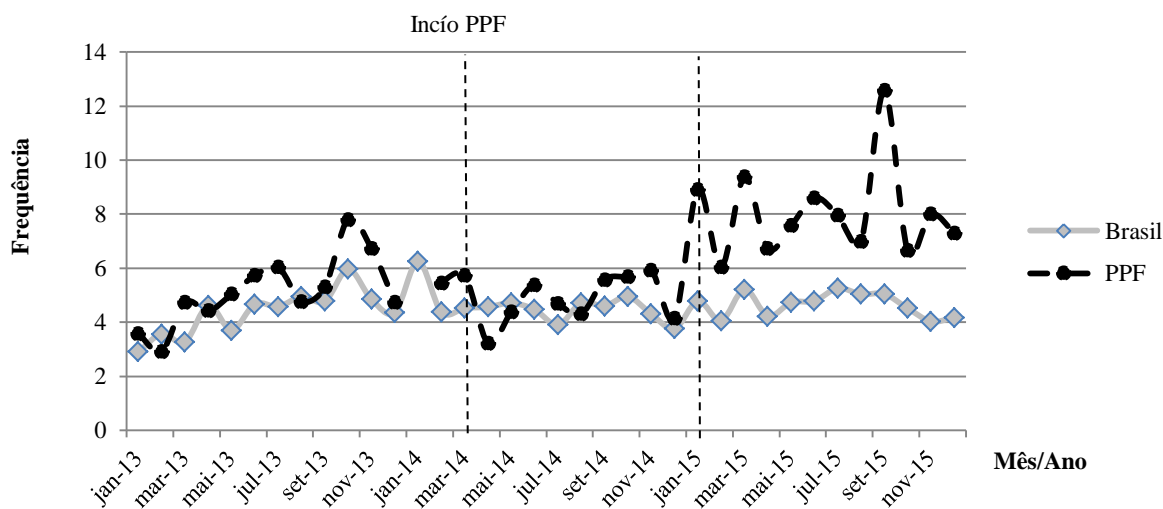


Gráfico 1: Atendimento domiciliar, jan/2013 a dez/2015 – 50.001 a 100.000 habitantes
Fonte: DATASUS

Para o procedimento de fortalecimento do protagonismo, já é possível observar sinais de aumento de registro no início da implementação do PPF. O período entre agosto de 2014 e outubro de 2015 foi o de aumento mais expressivo. Neste período os municípios participantes do projeto tiveram registro médio mensal de 13,54 ações relacionadas ao protagonismo de usuários. Para os dados nacionais, média mensal, no mesmo período, foi de 3,87, quase três vezes menor.

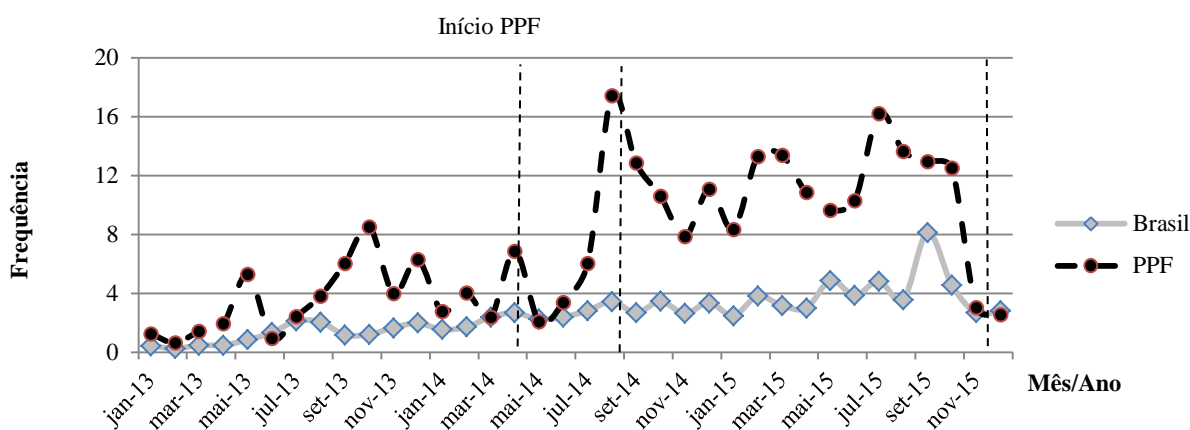


Gráfico 2: Fortalecimento do protagonismo, jan/2013 a dez/2015 – 50.001 a 100.000 habitantes
Fonte: DATASUS

Com relação ao procedimento de redução de danos, apesar de o registro dos municípios do projeto ultrapassar os registros nacionais antes do início do PPF, nota-se que, apesar da variação no registro, seu crescimento é mais expressivo após março de 2014, mês de iniciação do Projeto, e permanece mais estável entre fevereiro de outubro de 2015. A partir do início do PPF, os municípios do projeto passaram a informar em média quase 23 registros para ações de redução de danos por mês; 19 a mais do que a média nacional.

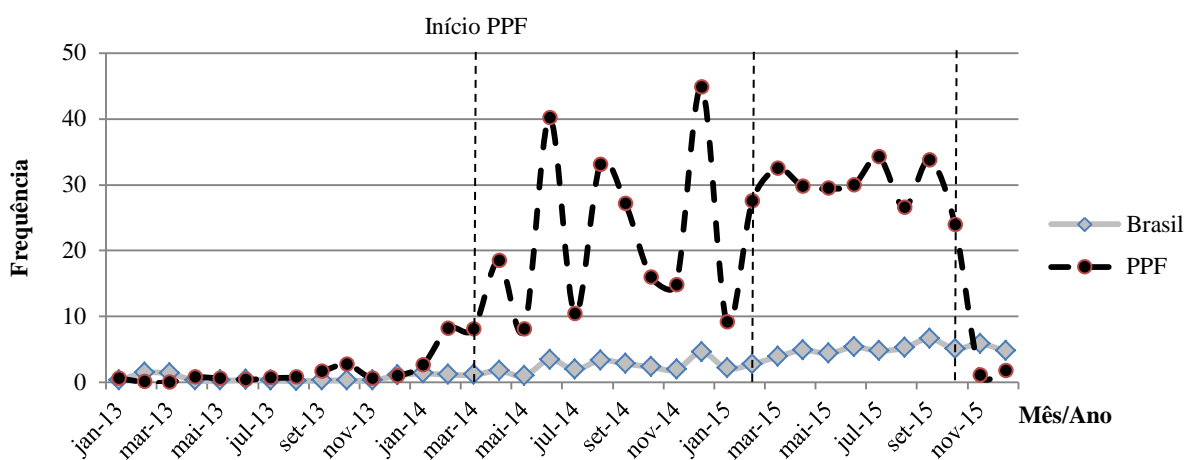


Gráfico 3: Redução de danos, de jan/2013 a dez/2015 - 50.001 a 100.000 habitantes
Fonte: DATASUS

Entende-se a partir dos dados quantitativos acima descritos que, para municípios com população entre 50.001 a 100.000 habitantes, há indícios favoráveis de impacto da estratégia nas três ações acima mencionadas. Para os demais procedimentos também analisados nesta pesquisa, encontrou-se pouca ou nenhuma evidência sobre a possível influência da estratégia.

Para o procedimento de atendimento familiar, por exemplo, a frequência informada para os municípios do PPF foi, em determinados meses, maior do que a frequência nacional. Porém,

não houve consistência ou estabilidade de crescimento, dificultando a análise e impossibilitando a relação destes resultados com qualquer suposição de efetividade da estratégia para o aumento das ações relacionadas a esse procedimento.

Para as ações de atenção à crise, ainda a título de exemplo, também não é possível fazer qualquer dedução visto que o crescimento na frequência deste procedimento inicia-se muito antes do começo do projeto, além não apresentar aumento significativo durante ou depois da sua execução.

5.1.4 De 100.001 a 500.000 habitantes.

Para esta faixa populacional os resultados mais significativos apresentam-se nas ações de fortalecimento do protagonismo e redução de danos. A partir do mês de abril de 2014, houve crescimento expressivo na quantidade informada para estes procedimentos nos municípios participantes do projeto.

Para as ações de fortalecimento do protagonismo, o crescimento inicia-se em maio de 2015, porém é mais expressivo e mais estável a partir de novembro de 2014. A média mensal de ações registradas foi de 56,84, mais do que o dobro da média para o País.

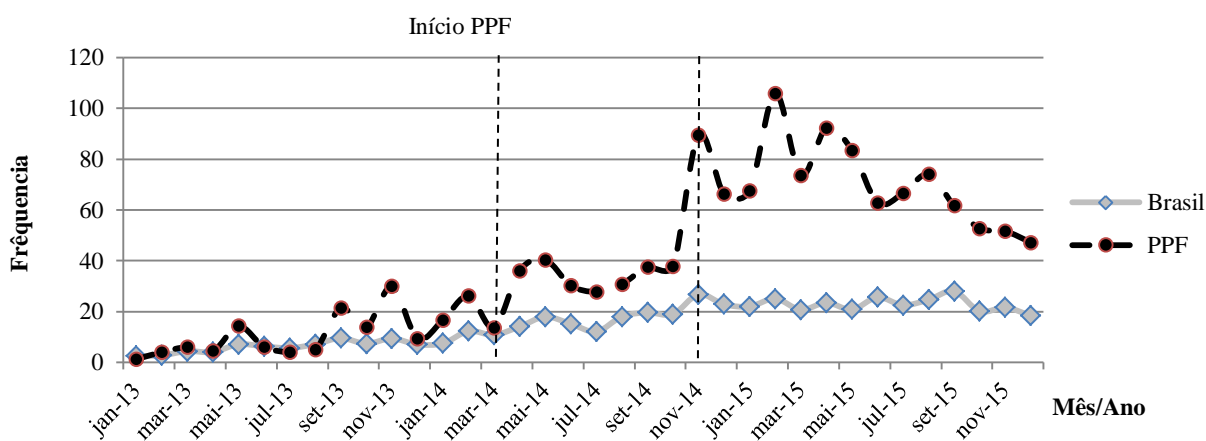


Gráfico 4: Fortalecimento do protagonismo, jan/2013 a dez/2015 – 100.001 a 500.000 habitantes
Fonte: DATASUS

Para o procedimento de redução de danos, a diferença dos registros dos municípios que participaram do projeto em relação à média mensal dos registros informados pelo País, no referido período, foi de quase 50%. Apesar da variação de registros, os municípios do PPF mantiveram-se acima da média nacional por quase todo o período.

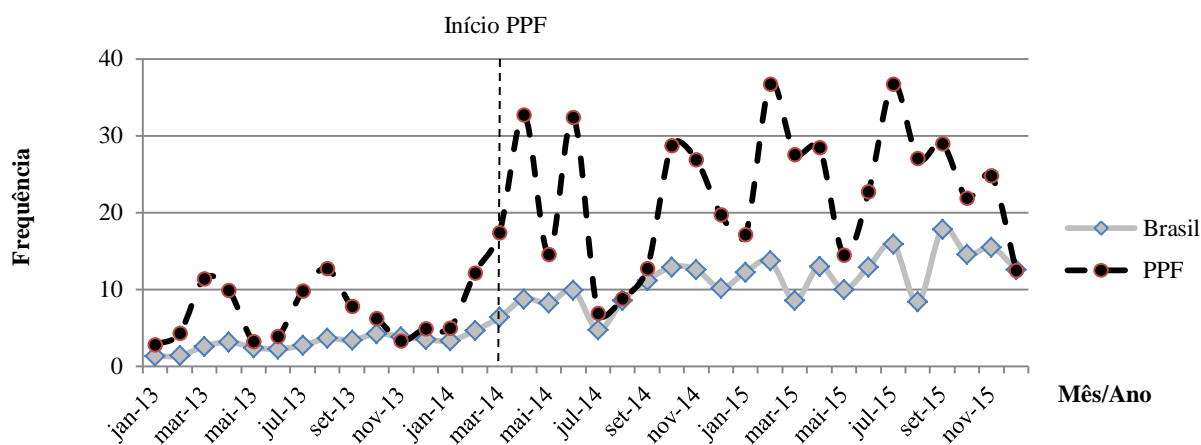


Gráfico 5: Redução de danos, de jan/2013 a dez/2015 –100.001 a 500.000 habitantes
 Fonte: DATASUS

Para essa faixa populacional, da mesma forma que a anterior, não há evidências de influência da estratégia PPF para a alteração do comportamento dos outros sete procedimentos pesquisados.

Tal qual explicitado anteriormente, para algumas ações a frequência mensal informada pelos municípios do projeto foi maior do que a nacional em determinados meses, porém, sem consistência ou estabilidade, como é o caso dos procedimentos de atendimento domiciliar, atenção à crise, matriciamento dos serviços de urgência e emergência e reabilitação psicossocial. Para outras ações, a média mensal de registro já se apresentava maior do que a média nacional antes da implementação da estratégia e segue sem aumento significativo durante ou depois de sua execução, caso do procedimento de articulações intra e intersetoriais.

5.1.5 Acima de 500.000 habitantes.

Para este grupo de municípios não foi possível encontrar evidências capazes de indicar a influência da estratégia para o crescimento do registro de nenhuma das nove ações que aqui se propõe analisar.

Os municípios com mais de 500 mil habitantes são aqueles em que está concentrada a maior parte dos serviços de saúde mental do País. Esta observação procede também para o grupo de municípios do PPF. É necessário considerar que nesta faixa populacional concentra-se a ampla maioria dos dados de procedimentos coletados através do sistema de informação do

MS, de maneira que o adensamento de informações tende a horizontalizar os dados e dificulta a identificação de tendências na evolução temporal dos registros.

Ao compararmos os dados mensais de todos os municípios do projeto com os dados de todo o território nacional (anexo 17), ficam evidenciados elementos relevantes descritos para as faixas populacionais de 50.001 a 100.000 habitantes e 100.001 a 500.000 habitantes, em que os procedimentos de fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares e ações de redução de danos aparecem como os mais susceptíveis a respostas positivas como reação ao PPF.

Além disso, chama atenção uma pequena variação a partir de junho de 2015 referente às ações de matriciamento da atenção básica

5.2 Resultado das comparações por módulos.

Ao mudar a forma de comparação e análise dos dados, propondo o agrupamento de municípios em módulos de formação propostos pelo PPF, o cálculo da média dos registros mensais evidenciou comportamentos semelhantes àqueles apresentados quando os municípios foram agrupados por faixa populacional.

Os dados nacionais foram considerados em sua totalidade para a comparação com cada módulo, sendo que para este momento optou-se por direcionar o foco da análise aos sete módulos que realizaram ações de formação nos temas de desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e atenção à crise em saúde mental, por considerarmos que estes temas são abrangentes, que não focam apenas um dos componentes RAPS, ou populações específicas.

Para a exposição da análise, convencionou-se denominar cada módulo pelo tema da formação e o município receptor do intercâmbio. Desta maneira, e a título de exemplo, os dois módulos que trabalharam o tema de atenção à crise em saúde mental e que tiveram como receptores os municípios de Coronel Fabriciano/MG e Resende/RJ foram denominados como “módulo de atenção à crise em saúde mental Coronel Fabriciano” e “módulo de atenção à crise em saúde mental Resende” e assim por diante.

5.2.1 Atenção à Crise em Saúde Mental Coronel Fabriciano.

Para esta análise houve perda considerável de dados em função da inexistência de registro acerca das ações realizadas pela maior parte dos CAPS deste módulo. Para os nove procedimentos analisados, dois (fortalecimento do protagonismo e matriciamento dos serviços de urgência e emergência) tiveram produção igual a zero. Três deles (articulações intra e intersetoriais, matriciamento da atenção básica e redução de danos) foram informados por apenas um dos seis CAPS existentes no presente módulo e, portanto, inviabilizam, neste momento, a análise proposta nesse estudo.

Para os procedimentos de atendimento familiar e reabilitação psicossocial, nota-se alguma alteração a partir de setembro de 2014 e abril de 2015, respectivamente, porém as informações registradas permanecem abaixo da média nacional.

5.2.2 Atenção à Crise em Saúde Mental Resende.

Para o conjunto de municípios do módulo Resende, assim como aconteceu para os municípios entre 50.001 e 500.000 habitantes, as ações de fortalecimento do protagonismo e redução de danos tiveram expressivo crescimento após o início do PPF.

Para as ações de fortalecimento do protagonismo, o Gráfico 6 ilustra o crescimento a partir de novembro de 2014, quando o número de registros dos municípios do projeto passa a ser 25 vezes maior do que a média nacional. Nota-se, também, a semelhança com o Gráfico 4, que informa o registro do mesmo procedimento para municípios com população entre 50.000 e 100.000 habitantes.

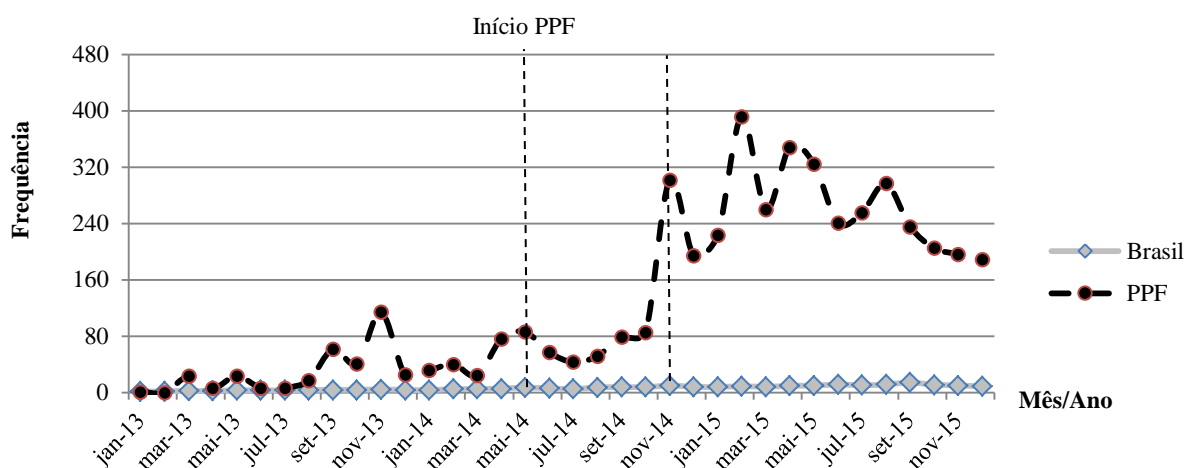


Gráfico 6: Fortalecimento do protagonismo, jan/2013 a dez/2015 – Brasil e módulo atenção à crise Resende
Fonte: DATASUS

Em relação às ações de redução de danos, é possível verificar a manutenção do aumento dos registros a partir de outubro de 2014 - logo após pequena queda na produção - quando os municípios do PPF passam a informar em média 11 vezes mais atendimentos do que o restante do País.

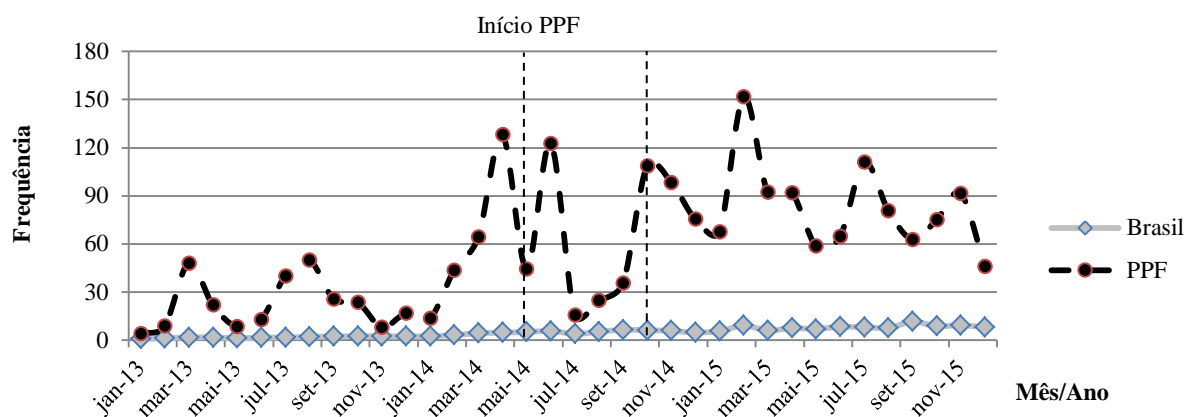


Gráfico 7: Redução de danos, jan/2013 a dez/2015 – Brasil e módulo atenção à crise Resende
Fonte: DATASUS

Para os demais procedimentos analisados neste estudo, não houve, no módulo em questão, alterações expressivas que possam ser atribuídas ao PPF.

5.2.3 Atenção à Crise em Saúde Mental São Paulo.

Observa-se aqui alguma variação no comportamento dos procedimentos dos municípios do módulo, em relação aos registros nacionais. As ações de atendimento familiar e atenção à crise são as que apresentaram maior variação.

O procedimento de atendimento familiar, apesar de já apresentarem registro médio superior ao nacional mesmo antes do início do PPF, possui tendência de crescimento superior à do País, que se intensifica entre agosto de 2014 e outubro de 2015, quando há um aumento no afastamento entre as duas linhas de frequência. Nesse período, a média mensal de registro do módulo foi de 69,18 atendimentos, 44 a mais do que o País.

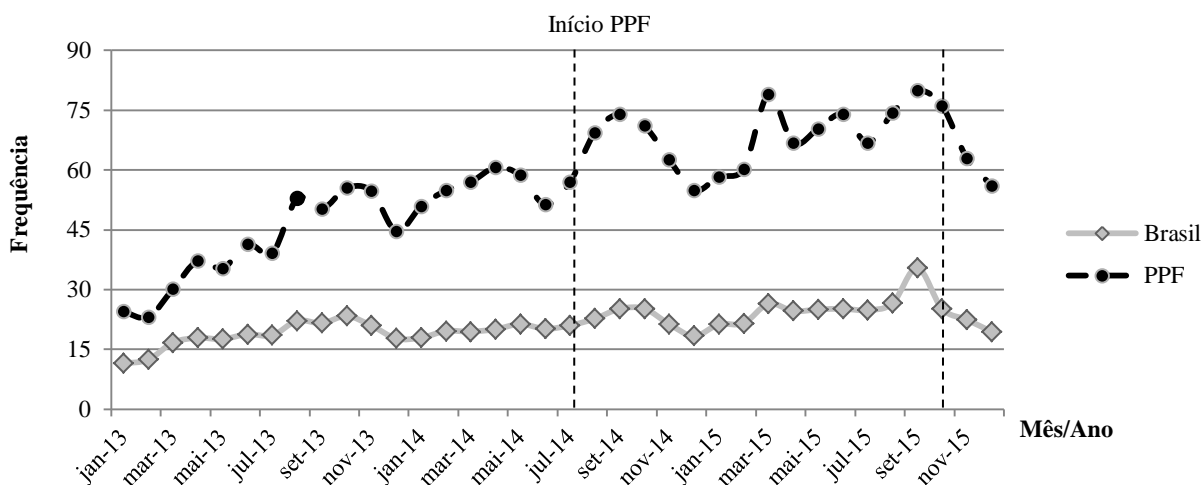


Gráfico 8: Atendimento familiar, jan/2013 a dez/2015 – Brasil e módulo tenção à crise São Paulo
Fonte: DATASUS

É importante, ainda, mencionar que entre os três grupos de municípios que passou por intervenção focada no tema da atenção à crise, este foi o único que apresentou algum efeito no correspondente procedimento durante a implementação do projeto. Os municípios mantiveram, após a implementação do PPF, média mensal de 15 registros por CAPS, número três vezes maior do que o registro médio nacional. Apesar da tendência de aumento ter iniciado seis meses antes do início do projeto, observa-se a manutenção da diferença entre os municípios do módulo e a média nacional, bem como um aumento importante das médias mais elevadas.

É preciso salientar aqui que isto pode ser atribuído ao fato de que os dados incluem os registros do município de São Paulo, que possui um grande número de CAPS III.

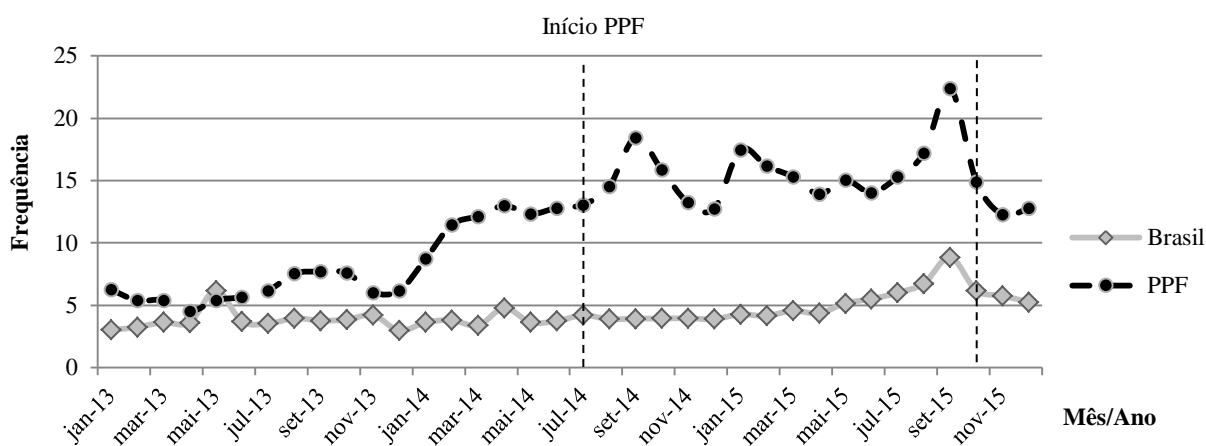


Gráfico 9: Atenção à crise, jan/2013 a dez/2015 – Brasil e módulo atenção à crise São Paulo
Fonte: DATASUS

Neste módulo observamos, ainda, uma pequena tendência de crescimento das ações de fortalecimento do protagonismo a partir de maio de 2015, que, apesar de frágil em razão do curto período, pode indicar uma pequena influência do PPF para estes municípios. Para estes casos, aponta-se aqui a necessidade de estudos complementares que se estendam além do ano de 2015 e que apurem se estas pequenas tendências de crescimento mantêm-se ao longo do tempo.

5.2.4 Desinstitucionalização São Bernardo do Campo.

Neste módulo já é possível identificar comportamentos de registro das ações estudadas que oferecem sinais sobre a efetividade da estratégia PPF. Cabe salientar, neste momento, que a RAPS de São Bernardo do Campo – rede receptora no intercâmbio para este módulo – é considerada, no Brasil, como uma rede “modelo”, sendo inclusive o local indicado pelo governo brasileiro para as visitas de delegações estrangeiras que desejam conhecer o modelo, organização e funcionamento dos serviços de saúde mental no País.

O município de São Bernardo do Campo, ao se organizar para receber os participantes de outros municípios para o intercâmbio, estabeleceu a figura do “usuário-guia”, um usuário dos serviços de saúde mental que guiou o caminho do participante do projeto pelos serviços e ações existentes em São Bernardo do Campo, de maneira que esse participante pudesse conhecer e experienciar a rede de saúde mental através do itinerário de um usuário, respeitando seu PTS. Essa organização pode ter contribuído para uma compreensão mais

ampla acerca das ações realizadas, fluxos estabelecidos e práticas de cuidado direcionadas aos usuários dos serviços e seus familiares, colaborado para um real aumento de ações pautadas na atenção psicossocial e produzido reflexo desse aumento no registro das ações nos sistemas de informação do MS.

Foi identificado, neste módulo, importante aumento na frequência informada para as ações de atenção à crise e reabilitação psicossocial.

Para as ações de atenção à crise, este módulo passa a registrar, entre agosto de 2014 e outubro de 2015, em média, 10 vezes mais atendimentos do que o restante do País, chegando a mais de 50 atendimentos/mês por serviço.

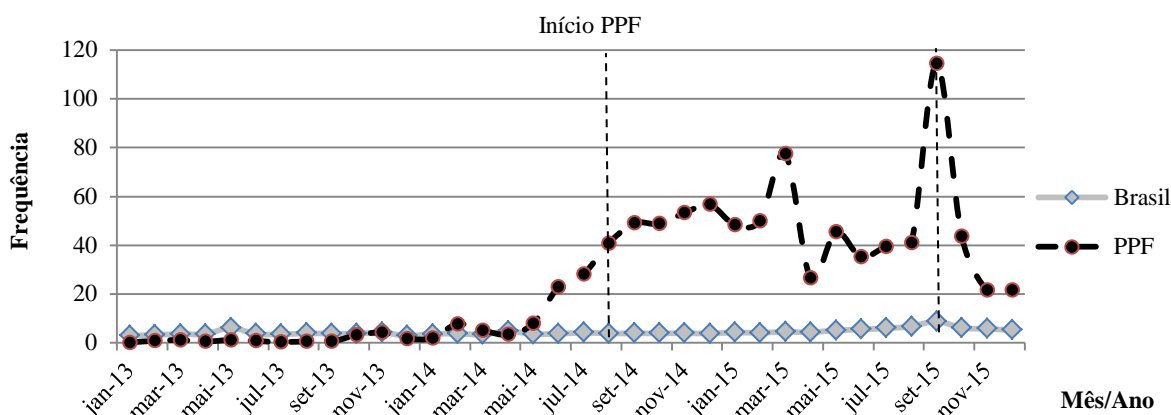


Gráfico 10: Atenção à crise, jan/2013 a dez/2015 – Brasil e módulo desinstitucionalização São Bernardo do Campo
Fonte: DATASUS

Para o procedimento de reabilitação psicossocial, a partir do início do projeto, os municípios que compõem o presente módulo passam a se manter acima da média nacional, apesar da irregularidade da frequência de informação, e a registrar, em média, o dobro do informado pelo País. Cabe salientar que o município de São Bernardo do Campo possui iniciativas de geração de trabalho e renda direcionadas aos usuários dos serviços, que podem ter contribuído para a difusão dessas iniciativas nos municípios visitantes desse módulo, refletindo, assim, no crescimento do registro do de ações de reabilitação psicossocial.

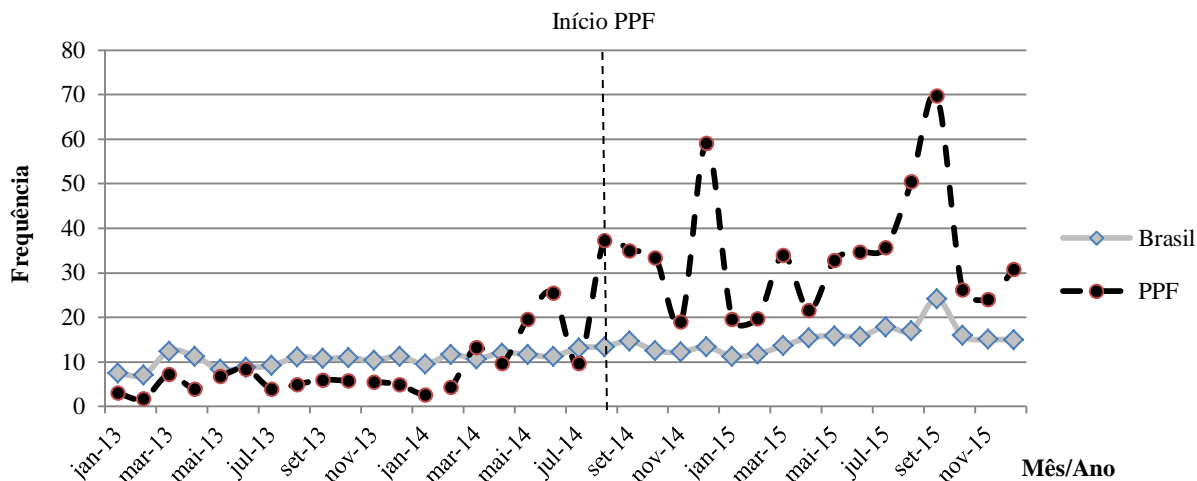


Gráfico 11: Reabilitação psicossocial, jan/2013 a dez/2015 – Brasil e módulo desinstitucionalização São Bernardo do Campo. Fonte: DATASUS

Ainda que os resultados já descritos ofereçam indícios que sugiram a efetividade do PPF para as ações já descritas, atraem atenção os dados relativos às ações de matriciamento da atenção básica. Apesar de este procedimento apresentar baixa frequência em todo o período analisado nesta pesquisa, houve uma queda no seu registro, durante o tempo de execução do PPF, para os municípios deste módulo. Não é possível dizer, com os dados disponíveis, a razão para tal redução. Para encontrar os reais motivos, sugere-se pesquisa que investigue localmente as causas dessa queda de informação, de maneira a verificar se, de fato, as ações deixaram de ser realizadas – e porque – ou se o caso deve-se a problemas de sub-registro no período.

5.2.5 Desinstitucionalização Sorocaba.

Os dados referentes a esse módulo estão disponíveis no Anexo 14 apenas a título de informação. Optou-se, nesse estudo, por não incluir este grupo de municípios na análise por se entende que houve obstáculos à implementação do projeto, culminando na suspensão de sua execução entre os meses de novembro de 2014 e abril de 2015. No período em questão, houve uma crise política no município de Sorocaba, resultando na demissão arbitrária de profissionais integrantes da coordenação de saúde mental do município e, por consequência, na demissão a pedido do Secretário de Saúde em exercício à época.

Haja vista a suspensão do projeto por cerca de quatro meses, que prejudicou sua execução e causou descontinuidade das ações de formação propostas, não serão expostos, aqui, os resultados numéricos referentes a este módulo.

5.2.6 Reabilitação Psicossocial Santo André.

Para este grupo, assim como no módulo de São Bernardo do Campo, também foi possível identificar indícios quantitativos relevantes que sugerem a efetividade do PPF para a disseminação de ações do campo da atenção psicossocial. Cabe mencionar que o município de Santo André, que foi rede receptora no módulo em questão, é outra cidade cuja RAPS é considerada “modelo” no campo da AP no Brasil. O município conta com uma Associação de Usuários de Saúde Mental atuante e profissionais implicados com os princípios da RPb, que podem ter contribuído para os resultados descritos abaixo.

Neste módulo, destacam-se os dados relativos às ações de atendimento domiciliar, que parece demonstrar suscetibilidade de influência pelo Projeto. A partir do início de sua implementação – mesmo com queda em julho e agosto de 2015 – os municípios deste módulo registraram, em média, sete atendimentos a mais do que a média mensal nacional.

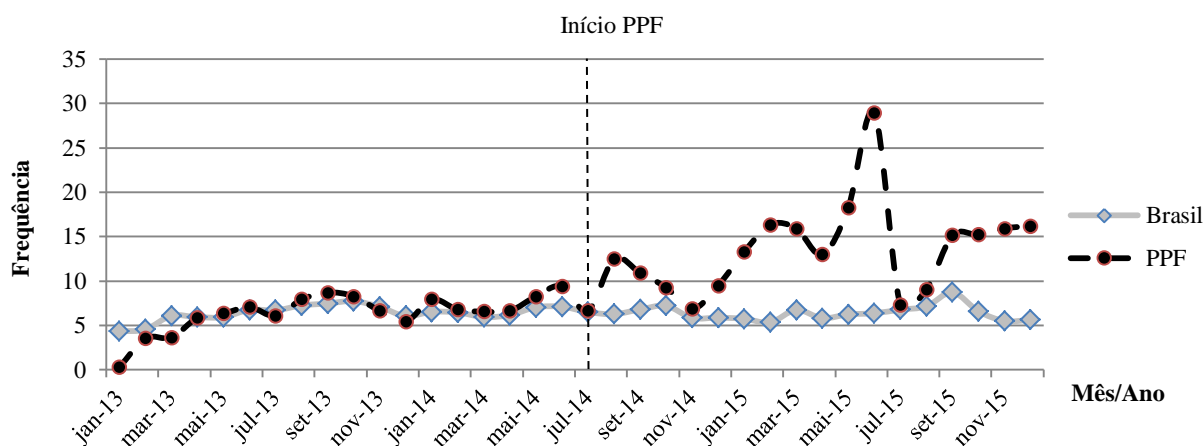


Gráfico 12: Atendimento domiciliar, jan/2013 a dez/2015 – Brasil e módulo reabilitação psicossocial Santo André.
Fonte: DATASUS

Os procedimentos de matriciamento da atenção básica e redução de danos iniciariam seu crescimento tardiamente, quando comparados ao atendimento domiciliar. Porém, a partir de abril e março de 2015, respectivamente, passam a superar a média de registros nacionais. Como já apontado na análise de outros módulos, mais estudos são necessários para investigar se essas alterações permanecem ao longo do tempo. A mesma observação aplica-se ao procedimento de fortalecimento do protagonismo, que, embora já supere a média nacional antes da execução do projeto, passa a apresentar impressionante crescimento de registro a partir de junho de 2015.

Para o procedimento de reabilitação psicossocial esperar-se-ia crescimento com maior impacto, visto tratar-se de módulo que executou suas atividades de formação com este tema. A irregularidade dos dados e o comportamento inconsistente da curva de frequência, retratados no Gráfico 13, não permitem inferir sobre a efetividade da estratégia em relação ao presente procedimento. Entretanto, cabe observar que a média de registros manteve-se, por quase todo o período após a implementação do PPF, acima da média nacional.

A irregularidade das frequências ilustra a fragilidade e inconstância do processo de registro de atividades dos CAPS, em que as quedas de registro são provavelmente atribuíveis a erros de preenchimento dos dados.

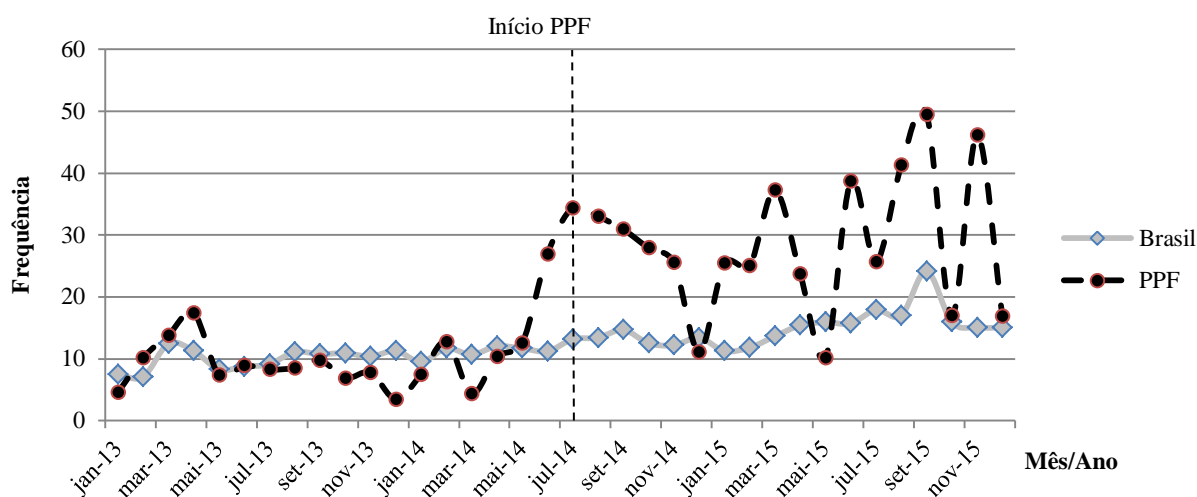


Gráfico 13: Reabilitação psicossocial, jan/2013 a dez/2015 – Brasil e módulo reabilitação psicossocial Santo André.
Fonte: DATASUS

Para o procedimento de atenção à crise, apesar da alta frequência de registro e do seu crescimento durante o período de execução do projeto, não é possível inferir que estes dados devem-se à estratégia de percursos formativos, pois este comportamento de registro iniciou-se antes da implementação do referido projeto e não teve grandes mudanças posteriormente.

Apesar dos resultados positivos acima descritos, é necessário destacar a queda de registro para o procedimento de matriciamento dos serviços de urgência e emergência, que, apesar de já apresentar baixa frequência durante todo o período, teve queda durante a execução do projeto. Conforme já sugerido anteriormente, para a investigação dos motivos para tal queda faz-se necessário um estudo local que verifique se as ações deixaram de ser realizadas – e por que – ou se há problemas de sub-registro.

5.2.7 Reabilitação Psicossocial Barbacena.

Os dados relacionados a este módulo permitem identificar que o PPF teve influência mais significativa para o procedimento de redução de danos. Neste caso, verifica-se que o aumento do registro inicia antes da implantação do projeto. O seu crescimento, porém, tem evolução significativa durante a execução do PPF, de forma que permite inferir que essa evolução está a ele relacionada.

Verifica-se um salto nos registros que se inicia em junho de 2014, e segue até outubro de 2015, mesmo com algumas quedas no decorrer do período. A média de registros mensais para os municípios do presente módulo foi 11 vezes superior à nacional. Destaca-se, também, a semelhança do Gráfico abaixo com o Gráfico 3.

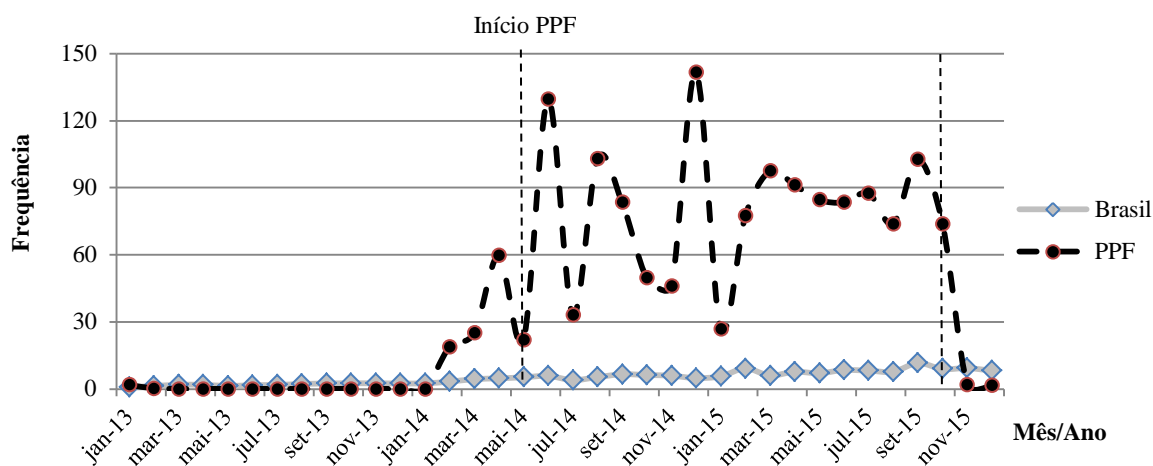


Gráfico 14: Redução de danos, jan/2013 a dez/2015 – Brasil e módulo reabilitação psicossocial Barbacena.
Fonte: DATASUS

Para os demais procedimentos, não houve, neste módulo, evidências quantitativas que possam ser atribuídas à estratégia PPF. Para alguns procedimentos a evolução de registro seguiu o comportamento da frequência nacional e, para outros, a irregularidade e inconsistência das informações não permite inferir sobre a efetividade do projeto.

Os dados apresentados indicam que o PPF tem potencial transformador no dia-a-dia dos CAPS. Não é possível, no entanto, inferir que houve de fato mudanças na prática das equipes e na cultura do cuidado em saúde mental apenas atendo-se aos dados do sistema de informação do MS. Neste ponto, podemos apenas afirmar que houve um aumento na frequência de registro dos procedimentos em questão.

De maneira a complementar os dados encontrados nessa dimensão da pesquisa, foi realizada a análise das respostas oferecidas pelos participantes PPF em questionário disponibilizado pelo MS, buscando-se encontrar informações sobre as mudanças de prática relatadas pelos respondentes, na perspectiva da AP.

5.3 Análise dos Questionários

Os dados apresentados nessa seção têm origem nos questionários respondidos pelos participantes do PPF nos módulos de Atenção à Crise em Resende e São Paulo, Desinstitucionalização em São Bernardo do Campo e Reabilitação Psicossocial em Santo André e Barbacena, cujos dados quantitativos mostraram-se relevantes para esta pesquisa. Não foram analisados os questionários respondidos nos módulos de Atenção à Crise em Coronel Fabriciano e Desinstitucionalização em São Bernardo do Campo pelos motivos já explicitados nos itens 5.2.1 e 5.2.5, respectivamente.

Os itens a seguir apresentam a caracterização dos participantes do projeto, a tabulação do item 31 do questionário - em que os respondentes atribuíram nota à contribuição do PPF para os eu processo de trabalho - e análise do conteúdo das questões 15, 17, 18, 19 e 20, respondidas pelos participantes do projeto, conforme descrito no Capítulo anterior.

5.3.1 Caracterização dos respondentes

Não se pretende aqui fazer análises e correlações acerca do perfil dos participantes, pois não é esse o tema aqui estudado. Essa seção pretende apenas informar o leitor sobre a permeabilidade do PPF na rede de saúde e a heterogeneidade de seus participantes. Encontram-se nos quadros a seguir, dados sobre a profissão e local de trabalho dos 1.036 respondentes, que demonstram a capilaridade do PPF.

O quadro abaixo representa a informação oferecida pelos respondentes quanto à sua profissão. Alguns participantes, entretanto, prestaram informação correspondente à sua ocupação nos serviços. A resposta fornecida foi respeitada, de forma que o quadro apresenta a informação da maneira em que foi preenchida.

Categoria	Profissão/Ocupação	Quantidade
Saúde Geral	Acompanhante terapêutico	1
	Agente Comunitário de Saúde	47
	Agente de Saúde	7
	Agente social	3
	Auxiliar de Saúde Bucal	4
	Auxiliar/Técnico em enfermagem	104
	Enfermeiro	204
	Farmacêutico	12
	Fisioterapeuta	9
	Fonoaudiólogo	3
	Médico	11
	Nutricionista	9
	Odontólogo	10
Técnico em Psicomotricidade	1	
Saúde Mental	Agente Redutor de Danos	3
	Assistente Social	119
	Médico Psiquiatra	3
	Psicólogo	231
	Terapeuta Ocupacional	62
Outros	Administrador	3
	Advogado	2
	Agente administrativo	13
	Analista de Sistemas	1
	Arte terapeuta	8
	Auxiliar de serviços diversos	6
	Biólogo	1
	Condutor socorrista	3
	Economista	1
	Educador Social	1
	Estudante	2
	Geógrafo	1
	Pedagogo	18
	Professor	9
	Profissional de educação física	18
	Recepcionista	3
Técnico em eletrotécnica	1	
Técnico em Segurança do Trabalho	1	
Não informado		101
Total		1036

Quadro 9: Perfil profissional dos participantes do PPF
Fonte: CGMAD/MS

Foram tabuladas, também, as informações sobre o local de trabalho. Algumas respostas foram imprecisas e, nesses casos, o referido serviço foi pesquisado no SCNES e considerou-se o tipo de estabelecimento ali registrado. Nos casos em que não foi possível identificar o tipo de serviço, a informação foi aqui registrada como “não especificado”, dentro das categorias “saúde geral” e “saúde mental”.

Rede/componente	Ponto de Atenção/Local de Trabalho	Quantidade
Atenção Básica	Centro de convivência	1
	Consultório na rua	7
	Estratégia de saúde da família	150
	Gestão	18
	Não especificado	15
	Núcleo de apoio à saúde da família	54
	Unidade básica de Saúde	99

Atenção Psicossocial Especializada	CAPS	480
Desinst	SRT	7
SRCT	Comunidade Terapêutica	1
	UA	3
Hospitalar	Hospital Geral	22
Urgência e Emergência	Pronto Atendimento	2
	Pronto socorro	1
	SAMU	14
	UPA	4
Saúde Mental	Gestão	24
	Não especificado	22
Saúde da pessoa com deficiência	Centro Especializado de Reabilitação	1
Saúde bucal	Centro de Especialidades Odontológicas	2
Saúde da pessoa em privação de liberdade	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	1
	Unidade de saúde prisional	1
Assistência Farmacêutica	Farmácia Central	1
Vigilância em Saúde	Imunização	2
	Não especificado	1
	Vigilância Epidemiológica	2
Sem classificação	Ambulatório	7
	Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	17
	Emergência Psiquiátrica	1
	Hospital Psiquiátrico	3
	Policlínica	7
Saúde Geral	Gestão	14
	Não especificado	10
Assistência Social	Centro de referência especializado para população em situação de rua	3
	Centro de referência da Assistência Social	11
	Centro de referência especializado da Assistência social	8
	Gestão	3
	Abrigo	2
Educação	Escola	2
	Gestão	1
	Universidade	1
Esportes	Esportes	1
Segurança	Gestão	1
	Não informado	9
Total		1036

Quadro 10: Local de trabalho dos participantes do PPF
Fonte: CGMAD/MS

Dos 1.036 questionários válidos, foram analisados 253 nesta dimensão da pesquisa. Convém lembrar o leitor que, a fim de manter coerência com a análise quantitativa, foram descartadas as localidades que participaram com abrangência regional ou estadual. Os quadros 11 e 12 apresentam o perfil profissional e local de trabalho dos 253 respondentes dos formulários aqui analisados. Pode-se observar que se manteve a heterogeneidade de participantes e pontos de atenção, com esperada maioria de serviços da RAPS.

Categoria	Profissão/Ocupação	Quantidade
Saúde Geral	Acompanhante Terapêutico	1
	Agente Comunitário de Saúde	7
	Auxiliar/Técnico em enfermagem	24
	Enfermeiro	47
	Farmacêutico	1
	Fisioterapeuta	3
	Médico	2
	Odontólogo	4
Saúde Mental	Agente Redutor de Danos	2
	Assistente Social	31
	Médico Psiquiatra	2
	Psicólogo	66
	Terapeuta Ocupacional	17
Outros	Agente Administrativo	3
	Arte Terapeuta	2
	Biólogo	1
	Condutor socorrista	3
	Pedagogo	5
	Professor	2
	Profissional de educação física	9
	Não informado	21
	Total	253

Quadro 11: Perfil profissional – dimensão qualitativa
Fonte: CGMAD/MS

O recorte para análise dos questionários manteve também a heterogeneidade de perfis e locais de trabalho dos participantes.

Rede/Componente	Ponto de Atenção/Local de trabalho	Quantidade
Atenção Básica	Centro de Convivência	1
	Estratégia de Saúde da Família	17
	Gestão	6
	Não especificado	1
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	13
	Unidade Básica de Saúde	14
Atenção Psicossocial Especializada	CAPS	149
Desinst	SRT	2
SRCT	CT	1
	UA	2
Hospitalar	HG	7
Urgência e Emergência	Pronto atendimento	1
	Pronto socorro	1
	SAMU	8
Saúde Mental	Gestão	7
	Não especificado	1
Saúde Bucal	CEO	1
Sem classificação	Ambulatório	3
	Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	3
	Policlínica	3
Saúde Geral	Gestão	5
	Não especificado	1
Assistência Social	Centro de Referência da Assistência social	1
Educação	Gestão	1
Segurança	Gestão	1

Não informado	Não informado	3
Total		253

Quadro 12: Local de trabalho – dimensão qualitativa
Fonte: CGMAD/MS

5.3.2 Análise do Item Quantitativo.

Nesta seção estão expostas as médias das respostas registradas para a questão 31 do questionário, em que os respondentes foram convidados a atribuir nota de um a dez para a contribuição do intercâmbio para o seu processo de trabalho.

Os quadros a seguir apresentam as médias das notas atribuídas em cada módulo, considerando os 1.036 respondentes, além do recorte que a esse estudo interessa, com 253 respondentes – este último pode apresentar diferenças em relação ao anterior, devido ao descarte das localidades que tiveram abrangência regional/estadual.

Linha de Ação	Módulo	Média
Atenção à Crise em Saúde Mental	Coronel Fabriciano/MG	9,09
	Resende/RJ	9,56
	São Paulo/SP	9,36
Demandas Associadas ao Uso de Álcool e outras Drogas	Recife/PE	9,30
	Santo André/SP	9,34
	São Bernardo do Campo/SP	9,21
	Uberlândia/MG	9,41
Desinstitucionalização	São Bernardo do Campo/SP	9,30
	Sorocaba/SP	9,10
Reabilitação Psicossocial	Barbacena/MG	9,45
	Santo André/SP	9,34
Saúde Mental Infantojuvenil	Ouro Preto/MG	8,00
	Recife/PE	9,10
Saúde Mental na Atenção Básica	Embu das Artes/SP	9,39
	São Lourenço do Sul/RS	9,09
Média Geral		9,22

Quadro 13: Médias da questão 31, por módulo
Fonte: CGMAD/MS

Verifica-se que as notas atribuídas pelos participantes foram altas e a média geral ficou acima de nove, indicando que os respondentes consideraram que o projeto de fato contribuiu para o seu processo de trabalho. Abaixo, o quadro que representa a média de notas atribuídas apenas nos questionários analisados na próxima seção.

Linha de Ação	Módulo	Média
Atenção à Crise em Saúde Mental	Resende/RJ	9,56
	São Paulo/SP	9,29
Desinstitucionalização	São Bernardo do Campo/SP	9,30
Reabilitação Psicossocial	Barbacena/MG	9,38
	Santo André/SP	9,27
Média Geral		9,38

Quadro 14: Médias da questão 31 nos questionários analisados.
Fonte: CGMAD/MS

5.3.3 Análise das questões abertas.

Nesta dimensão da pesquisa, utilizou-se a análise de conteúdo temático proposta por Bardin⁸⁸, que auxilia a identificação de núcleos de sentido no material pesquisado que expressem valores de referência e modelos de comportamento presentes nos relatos⁸⁷ por meio da construção de uma grade conceitual composta por categorias analíticas, que foram definidas com base nos objetivos deste estudo, no referencial teórico e experiência anterior com o tema.

As contribuições do PPF no campo da AP são apresentadas por meio de eixos temáticos construídos com base nas categorias analíticas que emergiram da leitura dos materiais (Anexo 19), considerando-se a sua frequência e relevância. As categorias relacionam-se com os objetivos do estudo - mudança de práticas, potencialidades, relevância/contribuições e desafios - e com o referencial teórico utilizado: abertura e disposição para o novo/incorporação de novas práticas, produção de cultura/revisão de valores, reflexão sobre o próprio processo de trabalho. Ao longo da exposição dos achados, é possível observar que as categorias não foram tomadas de maneira estática ou dissociada. São, na verdade, transversais e perpassam diferentes eixos de discussão.

Não é pretensão deste estudo realizar uma avaliação aprofundada do projeto em cada um dos módulos, o que requer outros tipos de instrumento de investigação, tempo e recurso. Os 253 questionários foram analisados como um único conjunto de dados, de maneira que a discussão aqui realizada será centrada nas categorias analíticas. Os trechos aqui replicados podem ser lidos no quadro disponível no Anexo 19, em que são transcritas frases que exemplifiquem cada um dos temas e categorias discutidos. Dada a extensão do material analisado, optou-se por utilizar no máximo três trechos, evitando sentenças genéricas e curtas, tais como “foi muito relevante” ou “aprendi muito” e priorizando aquelas com comunicações claras e completas. Alguns dos trechos escolhidos são carregados de informações e complexidade,

pois reproduzem em um pequeno espaço a experiência de 30 dias do intercâmbio. Para não perder a riqueza e vividez dos relatos, optou-se por não realizar grandes recortes, assim um leitor atento certamente identificará, em alguns momentos, mais de uma questão relevante numa mesma sentença.

A) Mudança e incorporação de práticas e técnicas relatadas a partir da experiência do PPF

Os participantes relatam que o PPF de fato proporcionou a mudança de prática nos serviços e na Rede. Essa mudança ocorre tanto em relação ao cuidado e técnicas de manejo com o usuário, quanto em relação à organização dos serviços e sua articulação com outros dispositivos.

Foram recorrentes os relatos sobre a implantação de matriciamento da atenção básica nos municípios a partir das experiências vividas no projeto. Alguns participantes relatam que não conheciam o matriciamento e o projeto pôde despertá-los para a importância dessa estratégia, de maneira a viabilizar a implementação do matriciamento em diversas cidades:

“Antes do intercâmbio eu nunca tinha ouvido falar em matriciamento. Agora já está em andamento em Morrinhos-GO e sei a importância da implantação, antes seria resistente, ir para o intercâmbio mudou meu ponto de vista e pretendo mudar o de outras pessoas também”.

“Diante das diversas vivências, a que mais me causou incômodo diz respeito ao matriciamento, (...). Desta forma, me propus a fazer parte da equipe do NASF. (...) foi nesta vivência que despertei interesse em utilizá-lo como fortalecedor da RAPS no município de Jacobina”.

A abordagem à crise nos serviços de base comunitária, inclusive aqueles não especificamente destinados à população com sofrimento mental ou necessidades decorrentes do uso de psicoativos, também aparece como resultado da vivência do PPF. Os participantes relatam a realização do atendimento a usuários em crise nos serviços, sem imediata hospitalização: *“Dentre os pontos positivos que vêm sendo observados, tem-se: (...) Abordagem à crise na UBS Jardim Industrial, que supera o precipitado encaminhamento aos serviços de urgência”.*

Além disso, há relatos sobre a adequação da rotina dos serviços para a realização de ações de redução de danos. Ao conhecer e vivenciar a experiência do Consultório de Rua

“(...) trabalhamos nossas estratégias de redução de danos, já que nosso município não tem índice populacional para este programa, nós

do CAPSad nas terças a noite, fazemos abordagem aos moradores de rua, (...) chamamos de ‘Tô de boa na rua’, propondo possibilidades de redução de danos”.

Com relação ao protagonismo dos usuários, os participantes relatam que vivenciar essa experiência permite que ela seja adaptada e implementada no serviço em que trabalham.

“Pude adaptar algumas experiências de Barbacena para minha realidade. Uma das principais foi a importância do protagonismo dos usuários no seu tratamento. Trazendo para a realidade do infantil, estimulando o protagonismo das famílias no tratamento das crianças”.

Três das ações relatadas até aqui – atenção à crise, redução e danos e fortalecimento do protagonismo - também aparecem na primeira dimensão dessa pesquisa como procedimentos que tiveram significativo aumento em seu registro, durante e após a realização do PPF, o que traz um indicativo sobre a eficácia do projeto em disseminar práticas do campo da atenção psicossocial.

Além dos procedimentos com destaque neste estudo, outras ações pertinentes ao campo da AP também foram implementadas a partir do PPF. Uma delas é a ampliação das estratégias oferecidas pelos serviços, que passaram a flexibilizar e diversificar suas ofertas e estratégias de cuidado, em oposição às marcações de consulta e atendimentos individuais, de forma que não se tornem repetitivas e cristalizadas pela inércia^{34,52}.

“Para nosso trabalho e município, já tem feito mudanças, como: (...), oficinas de geração de renda, assembleias com os usuários semanalmente, passeios extra CAPS, passagem de plantão onde discutimos as triagens e necessidades diárias do serviço, trabalho cada vez mais humanizado e proporcionando autonomia dos usuários”.

Além da diversidade de estratégias de cuidado, os intercambistas também relatam a expansão e diversificação de serviços existentes na Rede, como a implantação de consultórios na rua e CAPS 24 horas. A diversificação de pontos de atenção é essencial para que as estratégias de cuidado sejam sensíveis às diferentes necessidades de saúde, momentos e projetos de vida das pessoas⁵⁰.

Como já discutido, para que sejam resolutivos, os serviços devem organizar-se de maneira articulada, buscando a pactuação intersetorial e a efetivação do laço territorial por meio de conexões e fluxos contínuos de cuidado, ou correrão o risco de serem rígidas e ocuparem-se

mais de sua auto reprodução do que das necessidades de seus usuários⁵⁰. Essa necessária integração dos serviços da Rede também foi um ganho conquistado a partir do PPF:

“Estamos conseguindo integrar a rede, discutir questões importantes com outras secretarias e com o judiciário. Precisamos investir mais em discussões intra e intersecretoriais, em educação permanente, para constante reciclagem do saber, das ações e dos olhares de nossos profissionais”.

B) Abertura/Disposição para o novo, para novas práticas.

Os intercambistas também relatam aquilo que pretendem implementar em seus serviços e municípios a partir do que vivenciaram no PPF. Alguns temas presentes na categoria anterior aqui se repetem. Novamente, verifica-se a presença das ações de matriciamento, para as quais os participantes relatam mais facilidade após a vivência dessa estratégia:

“Um dos objetivos que levarei para o meu município é o matriciamento, foi uma experiência única, importante, pois através de leituras de manuais já sabia o que era o matriciamento, só que este intercâmbio veio proporcionar uma prática que foi única e com certeza vou ter mais facilidade de implantar no serviço (...)”.

Também se repete o tema da atenção à crise, em que os profissionais referem poder *“adotar as melhores estratégias, cuidados e escuta necessária para que o sujeito em crise tenha a melhor condução possível”* e usar os conhecimentos para *“atender melhor as ocorrências de surto e abuso de álcool drogas”*.

As propostas para diversificação das estratégias em serviços aparecem novamente, evidenciando que a experiência do intercâmbio foi capaz de provocar de maneira positiva os seus participantes, que passaram a levar diferentes propostas aos seus serviços, sugerindo *“mudança das posturas, nas abordagens, nas rotinas dos CAPS que antes eram muito institucionalizadas, cheio de regras e horários”* e passando a ofertar

“grupos à noite para os usuários que trabalham durante o dia, lançar propostas de oficinas de trabalhos manuais, de grupo de letramento para os usuários que não sabem ou tem dificuldade de ler e escrever, e fazer passeios terapêuticos mensais”.

Há também grande disposição e abertura para a integração da Rede, inclusive por profissionais que trabalham em serviços que não fazem parte da RAPS, como se pode ver no trecho a seguir:

“As Atividades em Barbacena contribuíram para (...) aprimorar o manejo e assistência a pessoas com transtornos mentais que procuram o CRAS [Centro de Referência da Assistência Social] para orientações e encaminhamentos, ou são acompanhadas por receberem o Benefício de Prestação Continuada – BPC; intensificar o trabalho em rede e as parcerias com os CAPS do município, na tentativa de incluir os pacientes em serviços de convivência e oficinas de geração de renda ofertadas pelos CRAS; integrar pessoas da comunidade e pessoas com transtornos mentais nos mesmos espaços e atividades, para superar preconceitos e outras formas de exclusão; ficar mais atentos durante as visitas domiciliares, que fazem parte das rotinas dos CRAS, aos cuidados e interação das pessoas com transtornos mentais no ambiente familiar; realizar trabalhos preventivos e informativos de saúde mental”.

Um dos pontos que emergiram da leitura dos questionários diz respeito à autonomia do usuário, questão central às ações do campo da AP e tema recorrente na legislação do campo, presente na CDPD, nas diretrizes da PNSM e recomendações da IV Conferência de Saúde mental. De fato, as efetivas ações de cuidado são aquelas que valorizam a vida e promovem a autonomia³⁵. Cabe lembrar que o tema em questão é um dos que constam nas orientações oferecidas pelo MS para as experiências e discussões a serem realizadas no contexto do intercâmbio, assim, é esperado que surja nos relatos dos intercambistas. Através da experiência do intercâmbio os participantes passaram a estar mais atentos a esta questão e, assim, surgiram propostas em que *“os usuários têm a autonomia para escolher de que forma trabalhar, olhar o sujeito com suas escolhas, sua realidade”*.

Houve também relatos de participantes que despertaram e motivaram-se para processos complexos, como o da desinstitucionalização - premissa epistemológica da AP⁵¹:

“Após conhecer as residências terapêuticas em São Bernardo do Campo, ficamos mais motivados em dar continuidade ao processo [de desinstitucionalização], pois pude presenciar o funcionamento do serviço, e a importância da inserção social e estar livre”.

Além disso, vivências com as experiências de geração de trabalho e renda para usuários dos serviços impulsionaram os participantes a realizar discussões para a implementação dessas iniciativas em seus territórios: *“O trabalho com geração de renda me proporcionou e me trouxe várias ideias de como mostrar para nossos usuários que eles são capazes e podem desenvolver várias atividades no contexto econômico e social”*. O tema interessa ao campo da AP, uma vez que as experiências de geração de renda e iniciativas de trabalho coletivo são um espaço possível para a promoção de autonomia, das redes sociais e da inclusão social e podem

contribuir para o processo de reconstrução dos valores sociais atribuídos aos usuários da RAPS⁴⁴.

No que tange ao PTS, os intercambistas referem que *“o conceito de Projeto Terapêutico Singular ficou bem evidente e assim vamos poder de fato estruturar o PTS juntamente com os usuários”*. Este é mais um dos temas presentes nas orientações oferecidas pelo MS para as discussões a serem realizadas no âmbito do PPF e que é entendido como eixo central da lógica de cuidado na RAPS⁴⁷.

C) Reflexão sobre as práticas e sobre o próprio processo de trabalho

Aqui o tema da atenção à crise aparece novamente, no que tange à maneira que as equipes lidam com essas situações: *“Acho que o conceito de crise precisa ser melhor trabalhado nos nossos serviços e a forma com que lidamos com ela também”*. Ainda, os relatos trazem a necessidade de *“práticas mais humanizadas nos hospitais gerais, mais atividades coletivas nos serviços de forma geral e trabalho efetivamente multidisciplinar”* para a abordagem às situações de crise.

A reflexão sobre processo de trabalho também é recorrente nos relatos e a organização em duplas a cada mês, no âmbito do PPF, facilitou este processo:

“(...) a cada retorno de uma nova dupla temos a oportunidade de reavaliar e rediscutir nossa atuação, pois há sempre novas contribuições à medida que se tem oportunidade de acessar, com olhares e saberes diferentes, outras práticas em diferentes serviços”.

O projeto suscitou nos participantes *“o desejo de rever as forma de atuação nos serviços”* sob a perspectiva da reabilitação psicossocial e direcionada ao fortalecimento do trabalho em rede, buscando a qualificação do cuidado oferecido:

“As atividades vivenciadas nos CAPS, CAPSi e NASF contribuíram para repensar os processos de trabalho. (...). Penso que algumas mudanças em nosso processo de trabalho deveriam ser realizadas com o intuito de melhorar a qualidade do serviço que é oferecido ao usuário do SUS”.

A rotina dos serviços também foi colocada em questão pelos participantes, que puderam identificar suas vulnerabilidades e encontrar diferentes possibilidades: *“Pude fazer uma reflexão das vulnerabilidades que enfrentamos em nossas rotinas diárias. Após essa experiência ficou mais claro avaliar e pensar nos melhores caminhos que devemos seguir”*.

Além disso, o projeto também possibilitou o questionamento sobre a estrutura e organização das redes para a atenção aos usuários e acolhimento de situações limite:

“Tais temáticas puderam contribuir para maior reflexão daquilo que chamamos Saúde Mental e sobre o que queremos ver acontecer em nosso município. Assim, todas as atividades realizadas em Barbacena nos possibilitaram retornar com pontos a serem discutidos com toda a rede como a estrutura da RAPS para nos fortalecer e nos qualificar; como os serviços estão organizados como um todo e não somente o meu serviço; o uso indiscriminado de medicação; que contenção à crise é essa que estamos desenvolvendo em SM [saúde mental]; e nossas contra-referências e referências”.

Todo processo de mudança – ou abertura para tal – relatado nos itens anteriores não seria possível se o projeto não fosse capaz de gerar mecanismos e espaços para a autoanálise e ruptura com modelos instituídos – premissa de qualquer ação que se propõe como EP⁹.

Nesse sentido, o PPF viabiliza a ativação de processos que permitem que os participantes repensem sua produção e sejam capazes de se auto interrogar, se auto avaliar no âmbito de sua atuação e produção do cuidado, para a transformação do processo de trabalho^{1,5,11,18}.

Assim, o projeto pôde viabilizar a reflexão e problematização sobre as práticas vigentes no campo da saúde mental em diálogo com o concreto trabalho das equipes e na sua interação com a rede – e não em abstrato -, construindo, como expostos no item A e B, novos pactos de organização da rede, dos serviços e do cuidado¹⁸.

Os participantes puderam colocar-se ético-politicamente em relação ao trabalho individual e coletivo¹⁵, de forma que as transformações ultrapassam as ações práticas do cotidiano nos serviços e passam a operar em outros níveis, como o imaginário social e concepções sobre a loucura, como veremos a seguir.

D) Revisão dos valores que conduzem as práticas/Produção de cultura

Os participantes do PPF relatam, também, transformações de valores culturais e sociais relacionados à Saúde Mental⁴⁰. Este é um dos conceitos caros ao processo de RPb⁴⁰ e uma das premissas da EP.

No âmbito do projeto, os participantes relatam a desconstrução do estigma e preconceito em relação às pessoas com sofrimento mental:

“Esse intercambio veio quebrar o preconceito que eu tinha ao se tratar de pacientes psiquiátricos, me tornando mais humano e a entender o porquê do surto do paciente sem julgá-lo”.

“Pude quebrar uma barreira e até mesmo um pré-conceito com um paciente psíquico. Mas agora estou totalmente revigorado, pronto para (...) ir à luta para uma melhor qualidade de vida a essas pessoas”.

“Depois do percurso estou em uma luta diária contra o preconceito interno e externo uma vez que colocamos e impomos esse preconceito e barreiras sem nem ao menos percebermos”.

Além disso, o intercâmbio também proporcionou uma importante transformação da visão dos profissionais em relação ao usuário dos serviços, que passaram a *“olhar o usuário não somente para medicá-lo e sim de forma integral”*, além de *“ver o usuário como pessoa. Ele é doente mental, mas acima de tudo é um ser humano. Vê-lo como (...) um hipertenso, que faz um tratamento contínuo, mas ninguém o trata com preconceito”*. Os intercambistas apontam inclusive que essa nova percepção do usuário é uma das grandes contribuições do intercâmbio para a sua prática profissional:

“O que mais me acrescentou neste curso e que vou levar para o meu trabalho, foi que o usuário com sofrimento psíquico e dependente de álcool e outras drogas, ele é um ser que necessita ser acolhido de forma eficaz e digna. Necessita ter um tratamento humanizado, que consiga preencher todas as suas necessidades, porém sempre buscando o empoderamento do sujeito”.

No campo da AP, a prática militante é um dos caminhos para a construção de uma atuação profissional que busque a superação do senso comum. Nesse sentido, pode-se dizer que o projeto em questão contribui com o campo ao produzir militância e disposição para a luta antimanicomial, na medida em que *“despertou novamente a ‘paixão’ pela Saúde Mental e a ‘garra’ para lutar para que as diretrizes do Ministério da Saúde sejam cumpridas”* e os participantes tornam-se *“sujeitos disponíveis e militantes da reforma. Contra os preconceitos e estigmas sociais”*. Por certo, as boas práticas em saúde envolvem um compromisso ético com as pessoas e com a vida¹. O PPF, ao viabilizar a reelaboração cultural do modo de pensar e operar¹⁰, contribui com o despertar dos profissionais para esse compromisso.

Essa revisão de valores produz, também, uma nova maneira de ver a as possibilidades de cuidado de organização da rede, como *“a política de redução de danos, como possibilidade além da abstinência”*. Além disso, há uma importante transformação em relação à

responsabilização pelo cuidado, principalmente nas situações de crise, prescindindo da hospitalização:

“Mudou o conceito sobre o indivíduo em crise ser atendido em pronto atendimento e não na unidade em que é referenciado, principalmente se tratando de CAPS III, que possui recursos para isso”.

“atentamos para o fato que a hospitalização não deve ser considerada para todo e qualquer caso. Isso nos obriga a entender o funcionamento da rede, e evita que tomemos condutas fora do contexto do usuário”.

“devemos buscar os CAPS III como dispositivos de atenção em período integral, em detrimento de estratégias voltadas a dispositivos hospitalares. Mesmo que tais dispositivos tenham como objetivo internações de curta permanência, não deixam de carregar os vícios e mazelas advindos de uma internação psiquiátrica”.

As discussões e vivências propiciadas pelo PPF também viabilizaram que os intercambistas vençam resistências e incredulidades em relação à RAPS, ao *“perceber que a Rede realmente funciona, que a estrutura é uma realidade”*, e *“vivenciar que a RAPS é possível”*. Além disso, há uma mudança de visão em relação a ações de desinstitucionalização de pacientes com histórico de longas internações: *“vivenciamos nesses trinta dias que é possível viver além dos muros de um hospital psiquiátrico. Que os nossos usuários são capazes”*, *“[foi possível] ver a desinstitucionalização com outros olhos, ver que é possível, que esse cliente pode ser acompanhado sim, depois de estabilizado, pela atenção básica”*, *“Estou feliz de ter tido essa chance de ver como [a desinstitucionalização] é possível e há tempo de nós correremos atrás”*.

As concepções sobre o modo de ofertar cuidado também foram repensadas, posto que os participantes puderam *“fortalecer a crença de que é possível sim oferecer um cuidado humanizado e garantir os direitos dessa pessoa com sofrimento mental”* e *“verificar que o atendimento humanizado pode sim ser realidade dentro do Sistema Único de Saúde”*

A EP tem uma ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços adequados às necessidades da população⁹. É, essencialmente, com já vimos, uma atividade que atravessa o campo da cultura¹⁰ e que mobiliza não só as práticas *stricto sensu*, como os elementos que constituem as pessoas, suas histórias de vida, origem sociocultural e as concepções e saberes construídos ao longo da experiência¹⁶.

Nessa perspectiva, a EP pode ser uma das ferramentas mais eficazes para influenciar a cultura institucional²⁸, por meio da revisão dos valores e conceitos que orientam as práticas cotidianas

individuais e coletivas^{7,11,17}. Para o campo da AP, especificamente, a contribuição do PPF na mudança de cultura jaz na superação de concepções sociais sobre a loucura, que sustentam o estigma e preconceito, além da descrença sobre a autonomia possível das pessoas³³.

E) Potencialidades do projeto

Os relatos dos participantes para a questão sobre a potencialidade do PPF centraram-se naquilo que confere potência à estratégia, assim, a análise do material respeitou as respostas dos intercambistas e os temas foram aqui abordados sob essa perspectiva.

Sem dúvidas, a troca de experiências é o que os participantes identificam de mais potente no PPF:

“A oportunidade de troca de experiências foi fundamental para o meu aperfeiçoamento profissional, para o entendimento e fortalecimento da política de humanização hospitalar e a Rede como um todo e na luta para redesenhar e consolidar o SUS”.

“A troca de experiências, não apenas com os preceptores de Resende, seus profissionais e os colegas dos outros municípios, nos confere grande possibilidade de melhorar nossas RAPS, pensar seu aperfeiçoamento e ampliação. Esta troca deve continuar mesmo depois do final do intercâmbio, pois os vínculos foram estabelecidos e o intercâmbio continuará mesmo informalmente”.

Por meio dos relatos oferecidos, pôde-se verificar que os participantes também valorizam o fato de que as experiências compartilhadas envolvem diversos municípios, não apenas a rede receptora. Assim, a diversidade dos municípios também foi apontada como potência do projeto, visto que *“(...) as turmas serem de diferentes regiões do país favorecem as trocas entre diferentes realidades culturais e intercâmbio de experiências inovadoras e exitosas”*, e essa diversidade *“proporcionou uma rica troca entre o modo de fazer saúde mental, a partir de olhares e experiências em termos de organização da rede de saúde mental”*.

O fato de os intercambistas conviverem juntos em outra cidade, todos os dias, durante o intercâmbio também foi apontado como importante, visto que

“Muitas aprendizagens aconteceram com a própria convivência no grupo, que pode provocar e refletir sobre várias questões não só durante as visitas aos dispositivos de saúde, mas também durante os intervalos do almoço, no percurso para o hotel, nas rodas de conversas, finais de semana (...)”.

Além disso, um dos diferenciais do PPF, a vivência e imersão nos serviços – em oposição a visitas – foi outro fator de potência apontado pelos participantes: *“O intercâmbio se mostra potente na medida em que promove não só a simples visita de espaço, mas a vivência de serviços e práticas”*.

“possibilitou não apenas conhecer como se articula a rede de saúde mental de um município, mas permitiu senti-la. Isso fez toda a diferença porque é no ‘sentir’ que somos impelidos a refletir sobre o nosso mundo de trabalho e promover mudanças”.

Assim, para os participantes, foi possível *“viver na pele o que só se via em vídeos ou livros. Isso faz com que você pense na tua prática e faça o melhor para o outro que vem te pedir ajuda”*.

Os participantes avaliam, também, que o PPF confere aos trabalhadores o lugar de agente de transformações no seu processo de trabalho. Assim, o projeto alinha-se a um dos princípios da EP, ao viabilizar que os trabalhadores deixem de ser “recurso” e passem a ser atores protagonistas das transformações no trabalho^{9,10,15}: *“[O intercâmbio] também lhe dá o empoderamento para ser agente de transformação e mudança das práticas de cuidado em saúde”*

Além disso, a possibilidade de multiplicar os aprendizados aparece como mais um quesito que confere potência ao projeto: *“A maior potencialidade é o efeito multiplicador. Percebo que as colegas participantes saíram estimuladas para compartilhar suas experiências, que foram transformadoras em grande parte do grupo”*. Dessa maneira, o projeto pode tocar, inclusive, os profissionais que não tiveram possibilidade de participar do intercâmbio.

Outro fator de grande importância presente nos relatos é a oportunidade de conhecer diferentes práticas e serviços:

“Conhecer novos conceitos e práticas me fizeram abranger o significado de cada ação realizada, me capacitando a oferecer um atendimento mais humanizado na singularidade de cada indivíduo, propondo novos projetos e atividades em grupos”,

“O fato de estar em uma cidade como São Paulo acredito que possibilitou conhecer um número maior de serviços tanto da Raps quanto de outros setores como os relacionados à cultura e assistência social. Quanto mais serviços diferentes conhecemos, mais ampliamos nosso olhar sobre o sujeito e suas potencialidades, bem como nossas possibilidades de intervenção”.

Além disso, os participantes destacam também a possibilidade de conhecer o funcionamento da RAPS: *“Pude visualizar o funcionamento da rede de atenção psicossocial, em que cada unidade de saúde, em seus diversos níveis e atuação são imprescindíveis ao bom funcionamento e a atenção integral do paciente”*.

“Conhecer uma boa rede de saúde mental faz com que tenhamos esperança e desejo de fazer melhor nosso trabalho; ver uma rede funcionar facilita o processo dos municípios que estão implantando serviços novos ou tem proposta de abrir, e para os municípios que já tem os serviços a possibilidade de reformulá-los e ter resultados eficientes”.

F) Desafios/Dificuldades

Nos relatos referentes a este item do questionário, muitos participantes informaram que não houve dificuldades, ou que estas foram irrelevantes em relação aos ganhos com a experiência. Outros participantes informaram neste campo as fragilidades que perceberam nas redes receptoras em relação à sua estrutura ou equipe. Como não é pretensão deste estudo realizar este tipo de levantamento, a análise limitou-se às repostas que se remetiam aos desafios identificados em relação à metodologia do PPF, especificamente.

O tempo de duração do intercâmbio aparece como o maior desafio para os participantes. Os profissionais, porém, divergem sobre este tema. Boa parte dos intercambistas avalia que *“por mais que seja um mês”, “mesmo com a carga horária extensa”; “na prática é muito rápido” e “o tempo é curto para tantos dispositivos a conhecer”, “são tantas coisas para ver, ouvir, tanta gente para conversar e trocar ideias”*. A maior parte dos participantes, porém, aponta que *“poderia conhecer a rede muito bem sem a necessidade de tanto tempo no município” e que “o tempo de permanência poderia ser menor e melhor aproveitado”; “as ações poderiam ser condensadas em menos tempo (03 semanas no máximo)”*.

Outro apontamento realizado pelos intercambistas e que também está relacionado ao tempo de permanência, é a distância e a saudade dos familiares. Os participantes relatam que *“a dificuldade é ficar longe de casa”, “é muito difícil permanecer um mês longe da família, amigos e trabalho” e que sentem “saudades da família”*. Além disso, a adaptação a uma nova cidade também foi relatada como um dos desafios no âmbito do PPF, particularmente para profissionais de municípios pequenos, que precisaram adaptar-se *“à vida na cidade grande” e deparar-se com as diferenças climáticas e de hábitos alimentares. As dificuldades relacionadas aos dois pontos – distância e adaptação - porém, contrastam com um dos itens apontados*

como potencialidade do intercâmbio: a diversidade de seus participantes, que só foi possível em função da distribuição realizada pelo MS, que privilegiou a mescla das diferentes realidades regionais do País.

A ausência de momentos de convivência com usuários foi mais um ponto levantado pelos intercambistas, que relatam que houve *“pouco tempo para acompanhamento de usuários”*, ou que *“em alguns serviços, não foi possível vivenciar atividades com usuários”*, *“não soubemos seu ponto de vista do trabalho realizado”*.

Além disso, outra questão levantada por alguns participantes foi a carência de momentos de debate, já que *“o volume de atividades propostas deixa pouco espaço para o debate diário, que poderia fomentar mudanças e revisões na rotina dos nossos trabalhos”*, e *“difícilmente havia tempo hábil para discutirmos posteriormente”*. Cabe lembrar, sobre este ponto, que as orientações da CGMAD para a realização do intercâmbio contemplavam momentos de discussão teórica, grupos de reflexão e momentos avaliativos.

Logicamente, a experiência foi diferente para cada profissional. Alguns se envolveram de maneira mais intensa e puderam tirar proveito do intercâmbio, outros apresentaram mais dificuldade de envolvimento e não experienciaram aquilo que outros avaliaram de mais potente no processo: a convivência, que justamente permite que os momentos de debate estendam-se para além das atividades diárias do intercâmbio.

Outra dificuldade relatada e que também entra em conflito com uma das potencialidades do intercâmbio são visitas superficiais: *“as visitas eram basicamente institucionais, com apresentação de funcionamento de cada unidade e atividades oferecidas”*. Apesar de a imersão ser considerada uma fortaleza deste projeto, a questão das visitas superficiais não foi exclusiva de apenas um dos módulos e apareceu em relatos de diferentes participantes de cada módulo. Uma pesquisa aprofundada de cada experiência poderia esclarecer se este problema ocorreu apenas em turmas específicas ou se os participantes possuem diferentes entendimentos sobre imersão.

Os procedimentos locais para liberação de recursos financeiros aos intercambistas para custear sua estadia em outra cidade é outro desafio no âmbito do PPF, pois em alguns casos *“os recursos foram repassados pelo município de origem com prazo mínimo”*, insuficiente para que os participantes pudessem organizar-se para o intercâmbio. Apesar de esta dificuldade estar mais relacionada à organização das gestões municipais para viabilizar a

participação de seus trabalhadores, optou-se por manter este marcador, para que sirva de alerta em futuras edições do projeto e para que esse item possa ser ajustado às diferentes realidades de gestão de recursos no âmbito das Secretarias de Saúde, sem prejuízo à participação dos trabalhadores.

G) Relevância/Contribuições do intercâmbio para o processo de trabalho e para a RAPS

Diversos temas emergiram da análise do material, com relação à relevância do PPF, reforçando que este projeto pôde, de fato, contribuir para a qualificação das ações e serviços no âmbito da saúde mental.

Os intercambistas consideram que o projeto os conferiu amadurecimento profissional: *“A experiência do intercambio contribuiu para meu amadurecimento pessoal e profissional (...) tudo isto, contribuiu para meu aperfeiçoamento profissional”*. Ainda, os participantes passaram a sentir *“mais segurança para o atendimento, devido às experiências vivenciadas no intercambio”*. E reconhecer a importância do seu trabalho e do seu papel na rede: *“agora posso dizer o quanto meu trabalho de agente comunitário de saúde é importante para a comunidade e para a sociedade”*.

Os intercambistas consideram, também, que o projeto os ajudou a lidar com os desafios do cotidiano nos serviços: *“Além de aprender muito, pude observar que alguns problemas que aqui tenho lá também existem e, com isso, pude ver outras formas de enxergar essas dificuldades e como lidar com as mesmas”*.

A desconstrução do estigma e preconceito, já abordada no item “D”, aparece novamente nos relatos dos participantes como uma das principais contribuições do projeto, que *“ajudou a desconstruir estigmas que muitas vezes estão presentes na prática do dia a dia”*. Também no item “D” foi abordada a questão do cuidado humanizado, que emerge novamente como algo marcante para os intercambistas:

“O que foi marcante para mim foi como tratam a humanização das pessoas, como é importante à questão do calor humano de tratar bem qualquer pessoa que vem pedir ajuda, isso eu trouxe na minha bagagem, e se eu já era a favor dessa humanização fiquei mais adepta ainda no meu trabalho”.

A possibilidade de refletir sobre as práticas e sobre o próprio processo de trabalho, tratados no item “C” e identificado como uma categoria de análise neste estudo, pela sua importância nos processos em qualquer ação que se insira no campo da EP, é reconhecida pelos participantes como de grande relevância: *“O intercâmbio (...) provocou vários questionamentos sobre nossas práticas enquanto profissionais da saúde, sobre os nossos processos de trabalho e sobre os resultados do trabalho realizado”*, pois, *“quando temos contato com novas experiências e práticas in loco, passamos a refletir sobre o que fazemos, repensar a organização interna do serviço, a aplicação de novos conceitos e práticas”*.

O intercâmbio proporcionou, também, unir teoria e prática no campo da AP: *“possibilitou o conhecimento de uma prática que eu ainda não conhecia, a não ser em teoria, que parecia algo muito distante e até mesmo utópico”*, o que, talvez, justifique a sensação de segurança nos atendimentos, já relatada aqui.

A possibilidade de aprender a trabalhar em rede encontra-se entre as contribuições relatadas, visto que os participantes puderam *“ter exemplos de como interligar mais nossa rede, buscando soluções com outras áreas da saúde, justiça, assistência, cultura, esporte”*. Os participantes consideram que o intercâmbio oferece *“mais possibilidades para (...) contribuir na construção de uma rede de atenção Psicossocial”* nas cidades participantes.

Outro ponto reconhecido como relevante no processo do intercâmbio, e de absoluta importância para o campo da AP, é a capacidade do PPF em reforçar o papel dos CAPS: *“o intercâmbio serviu para reforçar que os CAPS são dispositivos fundamentais para a construção de uma rede de atenção psicossocial que de fato proporcione a reinserção social, que dialogue com a comunidade, que abrace o cotidiano”*; bem como fortalecer a RAPS: *“a vivência neste intercâmbio fortalecerá a construção de uma rede de assistência articulada na minha cidade”*. Ainda sobre este ponto, os participantes consideram, outrossim, que o intercâmbio contribui não apenas para o fortalecimento da RAPS nas redes visitantes, como também nas redes receptoras, como pode-se ler no trecho: *“Fortalecer a raps de Barbacena (rede receptora) mediante contribuição da nossa experiência profissional”*.

A disseminação do aprendizado emerge como grande relevância do intercâmbio e já foi abordada no item “E” como potência do projeto, sob o título de “efeito multiplicador”. Nesse sentido, este tema revela-se nos relatos dos participantes tanto como algo que confere potência a essa estratégia, quanto como questão de relevância e de contribuição para o seu

processo de trabalho. As experiências vividas “*podem ser adaptadas à realidade de meu município, atividades, oficinas, parcerias, entre outros*”, “*como as atividades são práticas, você aprende e leva de conhecimento para sua realidade tentando adequar*”.

Por fim, optou-se por transcrever, aqui, o único relato encontrado que informa que o intercâmbio não proporcionou grandes contribuições:

“Não foi possível identificar muitos elementos que possibilitam reorganizar, de forma significativa, o contexto atual de Goiânia da política de saúde mental e como isso se reflete nas práticas de cuidado em saúde oferecidas pela rede municipal”.

Este relato refere-se à experiência na cidade de São Paulo e não oferece detalhes ou justificativa para tal conclusão. Uma avaliação mais aprofundada do referido módulo, das respostas aos itens não analisados nos questionários e da situação da RAPS na cidade de Goiânia pode oferecer mais elementos que justifiquem esse relato.

5.4 Discussão sobre os achados da pesquisa

Faremos aqui uma breve complementação da discussão já iniciada no decorrer da exposição dos resultados, procurando relacionar os achados dessa pesquisa às premissas da AP.

(1) O Projeto de Percursos Formativos na RAPS possibilitou *mudanças significativas para o cotidiano do trabalho* nos pontos de atenção da RAPS. Os participantes desse projeto relatam transformações objetivas e subjetivas para o seu processo de trabalho e para as concepções acerca da saúde mental. As transformações objetivas são visualizadas na *incorporação de novas práticas, na expansão e integração da rede de serviços*.

(2) As ações com maior destaque na dimensão quantitativa deste estudo – redução de danos, fortalecimento do protagonismo, atendimento familiar e domiciliar, atenção à crise e reabilitação psicossocial – são imbuídas da essência da atenção psicossocial e refletem elementos fundamentais dessa abordagem, como o trabalho em rede e as ações no território⁵⁰.

As práticas territoriais, que favorecem a inclusão social - aqui representadas pelas ações de reabilitação psicossocial -, o envolvimento da família e rede de apoio no processo de cuidado – que podem acontecer durante os atendimentos domiciliares e aos familiares -, bem como as ações de promoção de autonomia e que viabilizam a participação e controle social dos

usuários e de seus familiares – aqui representadas pelo procedimento de fortalecimento do protagonismo, além das ações de redução de danos, e atenção à crise no serviços comunitários de base territorial; fazem parte do conjunto de ações construídas coletivamente e realizadas no dia-a-dia do trabalho junto aos usuários, que fazem com que o cuidado em saúde mental tenha uma influência positiva no cotidiano dos usuários e dos trabalhadores^{39,51,52}.

Algumas destas ações, como o *fortalecimento do protagonismo, atenção à crise e ações de redução de danos* também surgem nos relatos analisados na segunda dimensão do estudo e emergem enquanto reais mudanças implementadas no cotidiano dos serviços. Além destes, o matriciamento, que não demonstrou expressividade na evolução de seu registro, aparece na dimensão qualitativa como mais uma prática incorporada a partir da experiência do intercâmbio, junto à *criação de novos serviços, diversificação de estratégias de cuidado e integração da rede*. Estes pontos perfilam-se à perspectiva da AP, posto que, neste campo, as ações de saúde são essencialmente realizadas no contexto de redes e serviços maleáveis e flexíveis, que trabalhem de maneira integrada, oferecendo diferentes estratégias de cuidado para diferentes necessidades de saúde, visando o apoio e sustentação de novos modos de vida e novas possibilidades aos usuários dos serviços⁵⁰.

(3) Os temas abordados nas categorias de *reflexão sobre o processo de trabalho e produção de cultura* estão intimamente alinhados à AP, uma vez que a operacionalização de estratégias neste campo tem como premissas basilares a desinstitucionalização da loucura, o resgate da autonomia e cidadania, o combate aos estigmas e preconceitos e a efetivação de um cuidado em saúde alinhado à defesa dos direitos humanos⁵¹. Estes temas emergem como pontos de reflexão no âmbito do processo de trabalho dos participantes, viabilizando, assim, *transformações não só nos indivíduos, mas também nos contextos em que estão inseridos e nas concepções sociais sobre a loucura*^{50,91}.

Nessa perspectiva, os participantes do projeto passam a pensar e considerar diferentes caminhos e possibilidades de cuidado, e a transformação do próprio profissional viabiliza, também, a transformação do usuário, de maneira que as mudanças nos fluxos das relações fomentem também as transformações terapêuticas²⁹. Assim, os usuários da RAPS passam a ser reconhecidos como protagonistas de seu processo de cuidado, evidenciando que o PPF é uma estratégia potente para reconstrução de subjetividades, enquanto caminho para a construção permanente de práticas que ampliem a autonomia e o protagonismo dos usuários³³.

(4) Este estudo revela que as *mudanças de prática e de concepção evidenciadas nas duas dimensões vão ao encontro de questões pertinentes à AP* e constituem-se enquanto possibilidades de fortalecimento dos trabalhadores, do processo trabalho, da RAPS e dos usuários do serviço, ao *incentivarem o diálogo com os outros atores do território e a expansão de recursos e dispositivos, para robustecer e sustentar as diferentes estratégias de cuidado*⁸¹ e ao viabilizar a constituição de grupos que se sintam convocados à tarefa do cuidado no interior dos serviços^{9,16}.

(5) Ademais, essa estratégia colabora com a apropriação dos trabalhadores em relação à gestão do seu processo trabalho, constituindo-se enquanto um *processo participativo* quanto às práticas, *crítico e implicado* quanto às aprendizagens e *aberto às inovações*⁴, que permite a revisão dos processos de trabalho e aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, por meio da problematização, da revisão e reconstrução dos saberes e por meio da vivência de novos processos de trabalho que possam se traduzir em práxis^{10,59}.

Constata-se, neste processo, que *os indicadores apontados como relevantes e como agentes de potência da estratégia, relacionam-se com os princípios da EP*, de maneira que o PPF cumpre os requisitos conceituais das estratégias deste campo. Entre temas apontados pelos intercambistas, que corroboram com os princípios da EP, estão: o compartilhamento de experiências no dia-a-dia dos serviços¹⁰, a problematização e reflexão compartilhada das práticas e concepções vigentes no campo^{7,11,18}, o favorecimento para conhecimento prático ou conhecimento em ação, tendo a prática como fonte de conhecimento do trabalho em si^{14,17} e a problematização dos contextos, dos pressupostos e valores que mantêm as práticas tradicionais^{14,17}.

Os desafios apontados pelos participantes colocam questões à gestão, principalmente. Os participantes trazem informações contraditórias que dificultam a resolução dos problemas pela possibilidade de ferir a essência do projeto. Assim, qualquer discussão sobre a resolução das dificuldades identificadas deverá buscar uma harmonização com as potencialidades do projeto. Essa discussão deverá vencer questões burocráticas como a forma de financiamento e liberação da ajuda de custo aos participantes, além de garantir o processo de imersão nos serviços - em oposição às visitas; espaços de debate e participação ativa dos usuários dos serviços no processo.

Além disso, será preciso também coadunar e conciliar questões relativas *ao tempo de vivência* do intercâmbio - que recebeu considerações divergentes – a outras questões, como a experiência de convivência e imersão - que exige disponibilidade de tempo; a diversidade dos participantes e questões de ordem pessoal que naturalmente se misturam ao processo, como a saudade dos familiares e a distância. Além disso, há que se considerar as semelhanças e diferenças entre as cidades de um mesmo módulo. A diversidade de regiões e culturas também se contrapõe a questões como a dificuldade de adaptação em uma nova cidade muito diferente do município de origem.

O estudo aqui realizado não esgota as conquistas e os desafios do projeto, que, tampouco estão restritos aos módulos pesquisados. Há que se considerar que esta pesquisa propôs uma análise exploratória sobre o processo, com foco na atenção psicossocial e sem aprofundar-se nas experiências individuais ou na avaliação sobre a execução do projeto em cada um dos módulos. Assim, o material permite uma exploração mais aprofundada, que, aliada a outros instrumentos de pesquisa mais apropriados às avaliações e investigações de nuances; como as entrevistas, grupos focais e observações em campo; pode oferecer informações mais detalhadas que ajudem no processo de adequação para superação dos desafios identificados e aperfeiçoamento do Projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo investigar se o Projeto de Percursos Formativos na RAPS foi capaz de provocar mudanças no processo de trabalho dos municípios participantes, sob a perspectiva da atenção psicossocial. Além disso, procurou-se apontar quais as principais mudanças identificadas pelos participantes e quais as principais potencialidades e dificuldades para a realização do projeto.

Com base nas experiências pesquisadas, o PPF possibilita a ressignificação dos processos de cuidado na perspectiva da atenção psicossocial ao valorizar as experiências e saberes produzidos no e pelo próprio território e ao viabilizar a transformação dos espaços de trabalho em espaços de aprendizagem.

Entre as mudanças de prática proporcionadas pelo PPF estão: a incorporação das ações de redução de danos, fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares, matriciamento da atenção básica, ações intra e intersetoriais, atenção à crise, atendimento familiar e domiciliar, além de ações do campo da reabilitação psicossocial. Ademais, os profissionais puderam repensar o próprio processo de trabalho, resultando na diversificação de estratégias dentro dos serviços e de dispositivos da Rede, além da sua integração.

O projeto contribui também para a revisão dos valores e crenças acerca dos usuários e da Rede, ao proporcionar a desconstrução do estigma e preconceito tão presentes no campo, desmistificar a crise e a redução de danos. O PPF propicia, também, que os participantes tenham nova perspectiva acerca das possibilidades de estruturação da RAPS, dos processos de desinstitucionalização e do cuidado em liberdade, além de despertar os trabalhadores para as questões ético-políticas que envolvem a prática no campo, produzindo militância.

Entre características que conferem potência a essa estratégia de EP, na visão dos participantes, estão: as trocas e compartilhamento de experiências, a imersão nos cotidiano dos serviços, a convivência com parceiros intercambistas, a diversidade e pluralidade de cultura e experiências dos participantes, a oportunidade de conhecer novas práticas, serviços e o seu funcionamento, bem como o efeito multiplicador, ligado ao reconhecimento do trabalhador como agente de transformação.

A pesquisa também identificou os aspectos relevantes e contribuições do projeto ao processo de trabalho e à RAPS. Nessa perspectiva, o PPF contribuiu para o amadurecimento profissional dos participantes, conferiu segurança para a atuação nos serviços e proporcionou o reconhecimento da importância do próprio trabalho. Os participantes, a partir das experiências vividas no intercâmbio, puderam encontrar diferentes caminhos para lidar com as dificuldades do dia-a-dia, aliando a teoria à prática e viabilizando, assim, o fortalecimento da RAPS em seus territórios.

O estudo também desvela alguns dos desafios impostos pela maneira como o PPF foi organizado. A principal dificuldade é o tempo de 30 dias para realização do intercâmbio. A pesquisa indica que os participantes avaliam que o tempo poderia ser menor e melhor aproveitado, apesar dos relatos que afirmam que o tempo é, na verdade, curto, para a extensão das atividades realizadas no período. Além disso, a distância da família e adaptação em uma nova cidade foram fatores recorrentes nos relatos analisados e, como já apontado, apresentam conflito com características importantes e constitutivas do PPF.

A pesquisa aponta também a necessidade de que se garanta a frequência de atividades que envolvam diretamente os usuários, a pactuação prévia de momentos para debates e que as atividades de imersão não se transformem em visitas superficiais aos serviços.

Ainda sobre os desafios da estratégia, é necessário considerar as questões relacionadas à forma de repasse do recurso financeiro aos municípios e a posterior liberação da ajuda de custo aos profissionais. Ainda que esta questão esteja mais ligada aos processos municipais de gestão do seu orçamento, há que se considerar este tema em edições futuras, de forma que se garanta a participação dos profissionais, sem prejuízo.

Por fim, salientamos que, no PPF, assim como nas ações de EP, não há procedimentos prescritos, portanto, cada experiência, cada cidade, cada módulo pôde vivenciar essa experiência à sua maneira, produzida no campo da experimentação das vivências do cotidiano no trabalho e a da atualização produzida pelo encontro com o usuário^{7,13,16}.

Espera-se que o estudo possa contribuir para debates no campo da educação permanente voltada aos serviços e ações de atenção psicossocial, indicar dificuldades e estratégias que possam auxiliar para avanços na área e estimular o surgimento de novas pesquisas sobre as experiências locais do Projeto de Percursos Formativos na RAPS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*. Set-out 2004 [acesso em: 8 ago 16]; 20(5): 1400-1410. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036.
- (2) Batista, KBC. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc*. 2011, [acesso em: 25 mar 16]; 20(4): 884-899. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400007.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- (4) Educação Permanente em Saúde: Desenvolvimento do Trabalho e de Trabalhadores no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Curso de Especialização em Educação Permanente na Gestão Regionalizada do SUS. Instituto Leônias e Maria Deane - Fiocruz Amazônia. [online]. Amazonas, Brasil; 2012. [acesso em 25 mar 16:] Disponível em: <http://amazonia.fiocruz.br/arquivos/category/66-espeducacao-permanente-gestao-regionalizada-sus?>.
- (5) Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- (6) Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado 1988.
- (7) Carvalho YM. de, Ceccim RB. Formação e Educação em Saúde: Aprendizados com a Saúde Coletiva In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM de, Orgs. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 137-170.
- (8) Escorel S, Nascimento DR, Edler FC. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Lima, NT et al. Orgs. Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- (9) Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. set2004/fev2005 [acesso em: 25 mar 16]; 9(16): 161-77. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>
- (10) Medeiros NMH de. Educação Permanente em Saúde: gestão e ensino na concepção dos trabalhadores. São Paulo: Fap-Unifesp, 2015.
- (11) Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & saúde coletiva*. 2005 [acesso em: 25 mar 16]; 10(4): 975-986. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020.

(12) Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF; [acesso em: 05 nov 2016]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm.

(13) Gestão da educação e do trabalho em saúde no centro do debate. RET-SUS. Jan/fev 2011; (41):10-13.

(14) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

(15) Merhy, EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface - Comunic., Saúde, Educ. fev2005, [acesso em: 25 mar 16]; 9(16): 172-174. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100015.

(16) Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface - Comunic., Saúde, Educ., set/dez 2007 [acesso em: 25 mar 16] 11(23): 427-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300003

(17) Davini MC, Nervi L, Roschke MA. Capacitación del personal de los servicios de salud: proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial. Quito, Equador: OPS, 2002.

(18) Machado AGM, Wanderley LCS. Educação em Saúde. In: Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de São Paulo. Universidade Aberta do SUS. [online]. São Paulo, Brasil; 2010. [acesso em: 27 set 16] Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf.

(19) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

(20) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

(21) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

(22) Ferraz F, Backes VMS, Mercado-Martínez FJ, Prado ML do. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. Sau. & Transf. Soc., 2012 [acesso em 03 nov 16:]; 3(2): 113-128. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1488/2601>.

- (23) Oliveira FMCSN de, Ferreira EC, Rufino NA, Santos MSS dos. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. *Aquichan*. Abril de 2011 [acesso em: 03 nov 16]11(1): 48-65. Disponível: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v11n1/v11n1a05.pdf>.
- (24) Feuerwerker LCM. Org. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.
- (25) Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) 3. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- (26) García JC. Características generales de la educación médica en la América Latina. *Educ. Méd. Salud*. 1969; 3:267-316.
- (27) Lopes SRS, Piovesan ETA, Melo LO, Pereira MF. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Com. Ciências Saúde*. 2007 [acesso em: 03 nov 16]; 18(2):147-155. Disponível em: http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2007Vol18_2art06potencialidades.pdf.
- (28) Haddad J, Clasen Rochke MA, Davini MC eds. Educación permanente del personal de salud. Washington DC. OPS:1994.
- (29) Kinker FS. Encontro terapêutico ou processo-metamorfose: desafio dos serviços territoriais e comunitários. *Saúde em Debate*. out./dez. 2012 [acesso em 03 out 16:]; 36(95): 695-701. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a22v36n95.pdf>.
- (30) Zaiden A. Direitos Humanos - Saúde Mental e Drogas na contemporaneidade brasileira: os Direitos Humanos como caminho inevitável de abordagem. In Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Saúde Pública. Ministério da Saúde. Álcool e Outras Drogas: Da Coerção à Coesão. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; Ministério da Saúde, 2016. p. 97-114.
- (31) Luz M. A História de uma marginalização: a política oficial de saúde mental – ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: Amarante, P. Org. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 85-96.
- (32) Lancetti A, Amarante P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM de, Orgs. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 661 - 680.
- (33) Delgado PGG. Reforma Psiquiátrica. In Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Saúde Pública. Ministério da Saúde. Álcool e Outras Drogas: Da Coerção à Coesão. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; Ministério da Saúde, 2016. p. 83-94.
- (34) Goldberg J. Clínica da Psicose: um projeto na rede pública. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá Editora; Instituto Franco Basaglia, 1996.

- (35) Basaglia F, Ongaro FB, Casagrande D, Jervis G, Coma LJ, Pirella A, et al. Considerações Sobre uma Experiência Comunitária. In: Amarante, P. Org. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 11-40.
- (36) Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, jan.-abr. 2002; 9(1): 25-59.
- (37) Delgado PGG. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça, cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Té Corá, 1992.
- (38) Martins R. *Cooperativas sociais no Brasil: debates e práticas na tessitura de um campo em construção*. (Dissertação de Mestrado). Brasília: Universidade de Brasília; 2009.
- (39) Tenório F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- (40) Brasil. Ministério da Saúde. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Relatório Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- (41) Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad. de Saúde Pública*. 1995; 11(3): 491-494.
- (42) Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad. de Saúde Pública*, fev. 2008 [acesso em: 21 set 16]; 24(2): 456-468. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200025.
- (43) Brasil. Ministério da Saúde. *Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994
- (44) Pacheco ML. *Saúde Mental e Economia Solidária: trabalho como dispositivo de autonomia, rede social e inclusão* (Dissertação de Mestrado). Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2013.
- (45) Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial. In: Brasil. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed., ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 17-20.
- (46) Gonçalves RW, Vieira FS, Delgado PGG. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(1): 51-8.
- (47) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

(48) Brasil. Ministério da Saúde. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial: Relatório Final, Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

(49) Kinoshita RT. Em Busca da Cidadania. In: Campos FCB, Henriques CMP. Contra a Maré à Beira-Mar. 2 ed. rev. ampl. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 67-76.

(50) Kinker FS. Ferramentas Potentes da Atenção Psicossocial: As Redes de apoio à autonomia e o trabalho no território. In Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Saúde Pública. Ministério da Saúde. Álcool e Outras Drogas: Da Coerção à Coesão. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; Ministério da Saúde, 2016. p. 131-151.

(51) Godoy MG. Atenção Psicossocial: conceitos, diretrizes e dispositivos clínicos. In Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Saúde Pública. Ministério da Saúde. Álcool e Outras Drogas: Da Coerção à Coesão. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; Ministério da Saúde, 2016. p. 261-277.

(52) Grigolo TM, Garcia Jr CAS, Peres GM, Rodrigues J. O projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 2005 [acesso em: 15 mai 16] 7(15): 53-73. Disponível em:
<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2951/4437>.

(53) Cortes JM, Kantorski LP, Willrich JQ, Chiavagatti FG. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental sob a lógica da atenção psicossocial. Cad Bras Saúde Mental. 2010 [acesso em 15 mai 16]; 1(3): 1-12. Disponível em:
<http://www.cbsm.org.br/v1n3/artigos/artigo3.pdf>.

(54) Leal EM; Muños NM. Estratégias de Intervenção em Saúde Mental. In: Jorge, MAS, Carvalho MCA, Silva, PRF. Orgs. Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, p. 75-97.

(55) Saraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação à cidadania possível. 2ª ed. Tradução de Lúcia Helena Zanetta, M. do Carmo Zanetta, Willians Valentini. Belo Horizonte: Te Corá; Instituto Franco Basaglia, 2001.

(56) Koda, MY, Fernandes MIA. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. CAD. Saúde Pública, jun. 2007; 23(6): 1455-1461.

(57) Oliveira, JAM, Passos E. A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe. Vivência; 2007 [acesso em 15 mai 16:] v.1: 259 - 275. Disponível em:
http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/A_implica%C3%A7%C3%A3o_de_servi%C3%A7os_de_sa%C3%BAde_mental_no_processo_de_desinstitucionaliza%C3%A7%C3%A3o_d_a_loucura_em_Sergipe_um_problema_cl%C3%ADnico-pol%C3%ADtico.pdf.

- (58) Rodrigues J, Spricigo JS, Vasconcelos E, Santos SMA dos. Formação política dos integrantes de uma associação de usuários de saúde mental. Cad. Bras. de Saúde Mental [acesso em: 15 mai 16]; 2(4-5): 213 - 224. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1116/1311>.
- (59) Ribeiro SL, Mendes DTG, Ennes MCF, Silva MCP. Reflexos da reforma psiquiátrica brasileira no cotidiano dos trabalhadores de um centro de atenção psicossocial. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, [acesso em: 15 mai 16]; 2 (4-5): 60 - 73. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1104/1265>
- (60) Assis JT de, Scafuto JCB, Lenza RCP, Kinoshita RT. Percursos Formativos na RAPS: aprendendo e ensinado entre pares. Suplemento Revista Saúde em Redes. 2016 [acesso em 8 ago 16:]; 2(1): 2654. Disponível em: <http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/paper/view/2654>
- (61) Assis JT de, Scafuto JCB, Lenza RCP, Kinoshita RT. Educação Permanente na RAPS: A Experiência dos “Percursos Formativos na RAPS”. In: Contribuições do Seminário Mineiro Psicologia na Saúde Pública. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, 2015, p. 29-32.
- (62) Verona H. Pequeno ensaio sobre educação na saúde – o encontro com o usuário como acontecimento de aprendizagem ou aprendizagem baseada no encontro com o usuário. In: Contribuições do Seminário Mineiro Psicologia na Saúde Pública. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, 2015, p. 33-37.
- (63) Delgado PGG. Formação em Saúde Mental para o SUS: a estrada pedregosa e a máquina do mundo. In: Costa II, Grigolo TM. Orgs. Tecendo Redes em Saúde Mental no Cerrado. Brasília: Universidade de Brasília; Ministério da Saúde, 2009. p 13-15.
- (64) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 85p.
- (65) Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados 1. [informativo eletrônico]. mai 2006 [acesso em: 21 jul 16]; I(1). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1220.pdf>.
- (66) Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados 2. [informativo eletrônico]. jul 2006 [acesso em: 21 jul 16]; I(2). Disponível em: <https://deivissonlopes.files.wordpress.com/2013/04/sac3bade-mental-em-dados-2.pdf>.
- (67) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, 143p.

(68) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 106p.

(69) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Relatório de Gestão 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, 41p.

(70) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde mental no SUS: acesso, equidade, qualidade. Desafios para consolidar a mudança do modelo. Relatório de gestão 2008 Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 58p.

(71) Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados 4. [informativo eletrônico]. 2007 [acesso em: 21 jul 16]; II(4). Disponível em:
http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smdados4.pdf.

(72) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Relatório de gestão 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 14p.

(73) Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 9 [informativo eletrônico]. julho de 2011 [acesso em: 22 jul 16]; VI(9). Disponível em: <http://www.anonimosnativa.com.br/wp-content/uploads/2014/02/Saude-Mental-em-Dados-9.pdf>.

(74) BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC nº 421 de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação; Ministério da Saúde. 2010.

(75) Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 11 [informativo eletrônico]. outubro de 2012 [acesso em: 22 jul 16]; VII(11); Brasília: Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/430410/RESP_OSTA_PEDIDO_11_Sade%20Mental%20em%20Dados%20junho%20de%202012.pdf.

(76) Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 10 [informativo eletrônico]. março de 2012 [acesso em: 22 jul 16], VII(10) Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/03/saude-mental-em-dados-10-ms.pdf>.

(77) Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 12 [informativo eletrônico]. outubro de 2015 [acesso em: 22 jul 16]; 10(12); Brasília: Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf.

- (78) Brasil. Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Crack e Exclusão Social. Souza J. Org. Brasília: Ministério da Justiça, 2016.
- (79) Scafuto JCB. Perfil do supervisor clínico-institucional dos Centros de Atenção Psicossocial (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização). Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2009.
- (80) Relatório de Atividades da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde. [arquivo eletrônico]. Brasília: Ministério da saúde; 2012.
- (81) Assis JT, Barreiros CA, Jacinto ABM, Kinoshita RT, Macdowell PL, Mota TD, et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. Div. Saúde Debate. Out.204 [acesso em: 21 set 16] 52: 88-113. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>.
- (82) Souza JF. Percursos Formativos na RAPS: um olhar para a Saúde Mental Infantojuvenil. Suplemento Revista Saúde em Redes. 2016 [acesso em: 8 ago 16]; 2(1): 3194. Disponível em: <http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/paper/view/3194>
- (83) Brito MAM. Encontros e atravessamentos produzidos por uma experiência de educação permanente no projeto percursos formativos na raps - atenção à crise. Suplemento Revista Saúde em Redes. 2016 [acesso em: 8 ago 16]; 2(1): 2756. Disponível em: <http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/paper/view/2756>
- (84) Instruções para a 2º Fase do Projeto Percursos Formativos na RAPS 1ª Chamada: ENGRENAGENS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE. Brasília: Ministério da saúde; 2015. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/14/II-Chamada-intercambio-de-experiencias.pdf>.
- (85) Creswell JW. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- (86) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- (87) Minayo MCS. Org. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2016.
- (88) Bardin, L. Análise de Conteúdo. 2º ed. rev. ampl. São Paulo: Edições 70, 2011
- (89) GOMES R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO MCS. Org. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2016. p.72-95.
- (90) Rodrigues, CG, Rodrigues FG, Wonga LR, Perpétuo IHO. Os sistemas de Informação em Saúde: do processo de trabalho à geração dos dados em minas gerais. In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, 2008; Caxambu MG: CEDEPLAR/Dpto. de Demografia /UFMG, 2008.

- (91) Mendes ACG, Silva Jr JB, Medeiros KR, Lyra TM, Melo Filho DA de; Sá DA de. Avaliação do Sistema de Informações Hospitalares-SIH/SUS como Fonte Complementar na Vigilância e Monitoramento de Doenças de Notificação Compulsória. Informe Epidemiológico do SUS 2000; 9(2):67-86.
- (92) Laguardia, J. ; Domingues, C. M. A.; Carvalho, C.; Lauerman; C. R.; Macário, E.; Glatt, R. iO Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan):desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2004; 13(3):135 – 147.
- (93) Cavalini LT, Leon ACMP de. Correção de sub-registros de óbitos e proporção de internações por causas mal definidas. Rev Saúde Pública, 2007 [acesso em: 02 nov 16]; 41(1):85-93. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
- (94) Tomimatsu MFAI, Andrade SM de, Soares DA, Mathias TA de F, Sapata MPM, Soares DFP de P, et al. Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares. Rev Saúde Pública 2009 [acesso em: 02 nov 16]; 43(3): 413-20. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/250043157_Qualidade_da_informacao_sobre_causas_externas_no_Sistema_de_Informacoes_Hospitalares.
- (95) Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In Bauer MW & Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis, R.J: Vozes, 2004. p. 64-89.
- (96) Caregnato R & Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Texto Contexto Enfermagem. 2006 [acesso em: 21 out 16] 15(4): 679-684. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>.

ANEXO 1

Este é um relato em primeira pessoa sobre o processo de construção do Projeto de Percursos Formativos (PPF) na Rede de Atenção Psicossocial. Diferente da estrutura apresentada no capítulo 3, que traz uma descrição sobre lógica de implementação, este anexo traz memórias sobre o contexto e experiências que contribuíram para a criação do projeto. Este texto se pretende informal e original em relação ao que já foi escrito sobre o Projeto nesta dissertação.

Durante o tempo em que trabalhei na Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD) do Ministério da Saúde, acompanhei algumas ações de formação e educação permanente, com destaque para o componente de supervisão clínico-institucional. Pude realizar um acompanhamento completo dessa estratégia, desde a formulação de editais, seleção de projetos, repasse financeiro e leitura dos relatórios de execução.

Apesar dos desafios apontados no capítulo 3 deste trabalho, com relação a essa estratégia, são inegáveis as contribuições da supervisão clínico-institucional para o aprimoramento e qualificação do trabalho das equipes dos serviços de saúde mental. O último edital para seleção de novos projetos foi publicado no ano de 2010, ano em que se encerrou a gestão de Pedro Gabriel Delgado, iniciada em 2001 na CGMAD.

Após as eleições estaduais e nacional de 2010, um novo Ministro da Saúde foi apontado, acarretando numa grande alteração dos gestores que ocupavam os cargos de Secretaria, Direção e Coordenação. Para a CGMAD, no início de 2011 Roberto Tykanori foi indicado como novo coordenador. Com a sua chegada, novas pessoas foram agregadas à equipe e núcleos temáticos foram instituídos. Entre eles o núcleo de educação permanente, que deu continuidade, junto à Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, às ações de formação já implementadas para a saúde mental.

No que tange à supervisão clínico-institucional, várias discussões foram realizadas no âmbito do núcleo de educação permanente da CGMAD considerando os desafios da implementação dessa estratégia pelas gestões municipais. Um levantamento simples, com base nas informações e documentos disponíveis à época, mostrou que mais da metade dos projetos financiados não foram iniciados. Dos que foram iniciados, cerca de 50% foram finalizados. Iniciamos, então, uma discussão sobre a viabilidade dessa estratégia considerando a forma de

repassa admitida pelas leis nacionais, que acabavam por permitir que o recurso financeiro repassado aos municípios para execução da supervisão fosse utilizado com outro fim, ou inviabilizavam a contratação de um profissional não vinculado às prefeituras.

Essas discussões correram pelo ano de 2011 e, em paralelo, recebíamos telefonemas e mensagens eletrônicas dos coordenadores municipais de saúde mental e dos trabalhadores da rede solicitando que fosse lançado o próximo edital de supervisão e nos questionando sobre quando isso aconteceria.

Ainda no ano de 2011 foram discutidas as propostas para a construção do Plano Plurianual (PPA), que é o instrumento de planejamento do governo, que define diretrizes, objetivos e metas das políticas públicas; e do Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA), que define o orçamento disponível para o cumprimento das metas do PPA. Para o ano de 2012 houve uma proposta de aumento do orçamento da saúde mental, prevendo, mais uma vez, o financiamento de projetos de supervisão clínico-institucional. Dessa vez, sem repasse às gestões locais, mas com a previsão de descentralização dos recursos a instituições federais de ensino e pesquisa para execução direta dos projetos, na intenção de sanar os problemas relacionados à execução financeira.

No início de 2012 foram publicados o PPA, com o planejamento governamental finalizado, e a LOA, que indicou o orçamento para cumprimento das metas. Nesse ano houve um crescimento expressivo do orçamento disponível para as ações de saúde mental, o que viabilizou a criação de novos serviços e estratégias.

Tomou-se, então, a decisão de lançar um novo edital para atender ao pleito das gestões municipais, porém sem a possibilidade de financiamento de novos projetos. Esse novo edital apenas permitia o refinanciamento de projetos selecionados em editais anteriores e já finalizados - e que, portanto, conseguiram executar o recurso de maneira eficaz. Essa decisão foi tomada para que tivéssemos mais tempo para solucionar os problemas já citados e para entender se havia problemas também relacionados aos contextos locais (como trocas de gestão, vontade política, priorização da saúde mental, etc.), que dificultavam a execução.

Houve monitoramento dos projetos de supervisão beneficiados com o refinanciamento e o que pudemos observar foi que poucos projetos foram efetivamente implementados. Vale ressaltar que no referido ano houve eleições municipais, que costumam mobilizar as equipes para campanhas dos candidatos, além de inviabilizar uma série de ações que envolvem

financiamento, em obediência às leis nacionais para o período eleitoral e acabam por atrasar o início dos projetos.

Durante aquele ano as discussões no campo da formação e educação permanente para a saúde mental foram intensificadas e o aumento do orçamento significou a possibilidade de concretização da nova proposta para a supervisão clínico-institucional, além da possibilidade de criação de novas estratégias, a partir do relato de experiências interessantes de formação vividas e/ou conhecidas por integrantes da equipe. Esse foi o pontapé inicial para a criação do PPF.

Ao passo em que as discussões sobre uma estratégia de formação tratavam da necessidade de valorizar o saber dos trabalhadores, de compartilhar experiências e de criar mais “pessoas de referência” no campo da saúde mental, posso reconhecer duas experiências e um “encontro” decisivos para o amoldamento do Projeto de Percursos Formativos na RAPS.

A primeira experiência está relacionada à imersão do então coordenador da CGMAD, Roberto Tykanori, no intenso processo de desinstitucionalização que acontecia em Trieste, na Itália, na década de 1980. Em diversos momentos a equipe teve a oportunidade de ouvir relatos sobre essa experiência e como ela foi marcante para a formação profissional dos que puderam vivenciá-la. Relatos sobre o processo de saída dos pacientes dos hospitais psiquiátricos, do acompanhamento de seu cotidiano em suas novas casas e nos novos serviços de base comunitária, da sua inserção no trabalho deixavam claro para todos nós que muito do que foi aprendido se deu em ato e a partir da convivência com outros profissionais e com os usuários dos serviços.

Os processos de visita e imersão não são estranhos ao campo da saúde mental, como já abordado neste trabalho. Goldberg, em 1996³⁴, já relatava que entre os intercâmbios mais significativos em sua experiência, estão a Clínica de La Borde, na França e o projeto desenvolvido nas redes públicas de saúde da região de Setúbal, em Portugal e da cidade de Trieste, na Itália. Para este autor seriam essas, àquela época, as experiências com produção teórico-prática consolidada e possíveis se indicar como referências de trabalho. Ainda hoje muitos trabalhadores realizam esse tipo de visita a outros países, buscando a vivência de diferentes concepções de rede e de estratégias de cuidado para seu aperfeiçoamento profissional.

Viabilizar viagens internacionais para possibilitar esse tipo de imersão pelos trabalhadores da RAPS nos pareceu inviável, mas já estava aí colocada a riqueza do compartilhamento de experiências, do processo horizontalizado de formação e da convivência, do contato com outras maneiras de operar o cuidado em liberdade - elementos essenciais do Projeto de Percursos Formativos.

A segunda experiência determinante para o projeto refere-se à trajetória de um dos membros da equipe no próprio processo de trabalho na CGMAD. Voltemos a 2011, quando da troca de gestão no Ministério da Saúde e a 2012, quando do aumento do orçamento direcionado à área. As mudanças na equipe da CGMAD e a pactuação de novas metas no PPA exigiram a reconstituição da equipe a sua complementação com mais profissionais para dar conta dos compromissos assumidos e registrados em Lei.

Uma das novas integrantes da equipe, Jaqueline Assis, que aqui carinhosamente chamarei por seu apelido, Jaque, foi contratada com a missão de qualificar os projetos de formação financiados ou executados pela CGMAD. Sua experiência no campo da educação permanente era vasta, porém a ela também foi solicitado atuar como referência técnica em saúde mental para estados e municípios da região norte do País.

Na organização da CGMAD, além da instituição dos núcleos temáticos, a equipe organizou-se em duplas para o apoio à implementação, expansão e qualificação da RAPS nos estados e municípios. Cada dupla atuava como referência técnica para dois ou mais estados. Essa organização em apoio/referência seguiu uma proposta de trabalho implementada em todo o Ministério da Saúde para qualificação de redes temáticas, entre elas a de saúde mental.

Jaque ficou responsável por oferecer apoio técnico aos estados do Norte do Brasil em parceria com uma profissional com extensa experiência no campo da saúde mental, álcool e outras drogas, Graziella Barreiros, que aqui também chamarei por seu carinhoso apelido, Gabi. A trajetória de aprendizado, para Jaque, acontecia durante as viagens de visita e monitoramento aos territórios por elas apoiados e durante as discussões que fazíamos nas reuniões de equipe e nos núcleos temáticos.

Em função do acesso às cidades da região norte, muitas viagens tinham um trecho terrestre em que as duas aproveitaram o tempo para conversar sobre a situação da RAPS, dos usuários, sobre a reforma psiquiátrica. Quando a presença de Gabi estava impossibilitada por algum compromisso e Jaque precisava viajar ou ir a alguma reunião sem a sua companhia, as duas se

comprometiam a conversar no dia anterior e tratar de todos os assuntos sobre os quais Jaque ainda não se sentia segura.

Gabi tem a habilidade de tratar de temas complexos de maneira simples e didática, tem capacidade de trazer a teoria para situações reais da vida das pessoas (e por isso, creio, é solicitada do sul ao norte do país para auxiliar as equipes dos serviços de saúde mental, álcool e outras drogas nos seus processos de trabalho). Isso foi importante para que as conversas entre as duas não fosse unilateral ou permeada de termos científicos específicos do campo da saúde mental. Jaque chamava essas conversas e momentos de aprendizado de “prosas”.

As prosas foram se estendendo no tempo e no espaço, passaram a compor o dia a dia de uma relação amistosa e de cumplicidade, preencheram não só o espaço de trabalho, mas as suas casas, os finais de semana, jantares e almoços. Foi pela prosa que Jaque viveu um significativo processo de formação. E essa experiência de vivenciar na prática aquilo que os livros e artigos não comportam influenciou a sua atuação e proposições no núcleo de educação permanente. Essa experiência soma-se à anteriormente relatada no que tange ao compartilhamento, horizontalidade e convivência, mas trouxe luz sobre outras questões que foram incorporadas ao Percursos Formativos, como: a imersão no cotidiano do outro, o acolhimento, vínculo, a importância das discussões teóricas para o processo de trabalho e a tradução da teoria em prática de trabalho.

Há ainda um “encontro” a ser relatado. Esse encontro envolve dois dos atores aqui já mencionados, Roberto Tykanori e Jaque, além duas lideranças indígenas das etnias Tukana e Ashaninka.

A atuação de Jaque e Gabi na região norte as colocou em contato com importantes lideranças indígenas desse território. Jaque viabilizou uma reunião de Tykanori com as duas lideranças para tratarem sobre a saúde mental no contexto indígena. Os líderes das nações Tukana e Ashaninka são atuantes, reconhecidos internacionalmente e têm importantes relações políticas.

Não pretendo aqui resgatar toda a trajetória dessas duas etnias, pois muito sobre sua história pode ser lida em notícias facilmente encontradas na internet. Também não pretendo discorrer sobre a grave situação da população indígena no Brasil. Apenas situo o leitor de que o líder da nação Ashaninka tem uma forte atuação na disseminação de ações de empoderamento das

comunidades indígenas através do resgate de sua cultura e tradições, e na preservação do meio ambiente.

Outra informação pertinente, nesse relato, diz respeito ao contato de uma das filhas do líder Tukano com uma interessante experiência de outra etnia, os Yawanawá, relacionada a um intercâmbio que visava o compartilhamento de medicinas tradicionais entre etnias.

Os líderes foram apresentados a Roberto Tykanori, por intermédio de Jaque para tratar do tema da saúde mental no contexto indígena. Em uma das reuniões realizadas com este tema, no ano de 2013, foi apresentada uma proposta de intercâmbio cultural que envolveria duas etnias (Ashaninka e Tukana) para o auxílio do resgate das tradições e fortalecimento de sua cultura. A proposta foi pensada pela filha do líder Tukano, a partir de sua experiência com a nação Yawanawá e constituía-se de três momentos: i) Visita à região do Balaio (onde vivem os Tukanos) por pessoas da etnia Ashaninka para compartilhamento de saberes, técnicas de preservação ambiental e outros, além da identificação de lideranças locais para realização da fase seguinte; ii) Ida das lideranças Tukanas identificadas ao território onde se encontra a nação Ashaninka, para um intercâmbio entre culturas e iii) Compartilhamento da experiência com o restante da população e visitas periódicas à região do Balaio para sustentabilidade da ação.

Esse desenho de intercâmbio estava permeado por uma proposta de empoderamento das duas etnias por meio do resgate e fortalecimento de suas tradições. A proposta sofreu algumas alterações e chegou a ser iniciada em 2015, porém não houve continuidade, até o momento, em função da crise política e trocas de gestão no Ministério da Saúde.

Essa proposta trouxe novos componentes que auxiliaram as reflexões em torno do PPF. A ideia da troca de experiências, da “visita cruzada” e da sustentabilidade passaram a incorporar as conversas sobre o projeto. A proposta apresentada naquela reunião foi discutida com os outros membros do núcleo de formação, do qual eu fazia parte, e Tykanori nos deu a incumbência de elaborar uma proposta de formação que contemplasse, além da supervisão, um intercâmbio entre experiências da RAPS.

Para a construção da chamada pública o núcleo de formação produziu em conjunto diversas versões que ganhavam corpo e sofriam modificações à medida que avançávamos nas discussões sobre como garantir que os municípios utilizassem os recursos de maneira apropriada para execução do projeto, qual seria o tempo de permanência adequado dos

“intercambistas” na rede receptora, como esta rede poderia organizar-se para receber pessoas de outros municípios, como garantir que os gestores das redes visitantes liberassem seus profissionais para o intercâmbio sem desfalcar as equipes dos serviços, etc.

Creio que seja esse o cenário/contexto que deu condições para que o projeto fosse criado. A partir de então amadurecemos a proposta, fizemos os cálculos necessários e elaboramos a chamada pública para financiamento de projetos, que foi detalhada no capítulo 3 e está disponível no Anexo 2.

As discussões, no entanto, não se encerraram após a publicação da chamada. Os membros da equipe CGMAD dividiram-se, de maneira que cada módulo de formação contou com uma referência técnica para apoiar a realização do projeto. As delimitações sobre as discussões que seriam realizadas nos intercâmbios, sobre como aconteceria a acolhida dos visitantes, como se daria a incorporação dos intercambistas no processo de trabalho da rede receptora foram realizadas em várias etapas, tendo a participação de outros integrantes da equipe CGMAD (e não só do núcleo de formação) e de representantes das redes receptoras.

Este foi um projeto que se constituiu no decorrer de seu processo de execução. Muitas definições foram realizadas quando novas questões apareciam e necessitavam de encaminhamentos da nossa parte. Alguns módulos, como o de Sorocaba, tiveram uma participação mais intensa da CGMAD em função da situação política no município e do processo de desinstitucionalização dos internos de hospitais psiquiátricos na região. Outros módulos, como o de Resende, tiveram acompanhamento pontual, pois a organização local do projeto não demandou apoio constante.

Outro momento de debate intenso foi o que deu origem ao componente de Engrenagens da Educação Permanente, denominado como supervisão clínico-institucional na chamada pública de seleção de projetos. Este componente também está descrito no capítulo 3 e não será novamente detalhado aqui.

A ideia inicial era de que a supervisão – ou as engrenagens - acontecesse ao longo dos períodos de intercâmbio e das oficinas de integração do processo de trabalho, porém isso não foi possível, pois a sua execução dependia, naquele momento, da formalização de uma parceria com a Fiocruz que levou mais tempo do que imaginávamos para acontecer. Essa parceria era o que viabilizaria o pagamento direto aos supervisores sem necessidade de que o

gestor local precisasse contratá-lo (essa era uma das questões que vinha inviabilizando a realização das supervisões)

Enquanto a parceria não era formalizada, utilizamos o tempo para rediscutir a formatação da supervisão clínico-institucional e pudemos novamente revisitar as conversas já realizadas entre nós. Nesse momento as discussões no âmbito na CGMAD centraram-se na figura do “supervisor”.

Para facilitar o entendimento sobre as questões que relatarei a seguir, cabe esclarecer que as supervisões eram financiadas pelo Ministério da Saúde através de projetos encaminhados por meio da abertura de editais e que o supervisor deveria ser indicado pelo município, com base no perfil descrito nos editais.

Em editais anteriores, pude observar algumas situações com relação a esse ator que se repetiam a cada ano e para as quais tínhamos de oferecer alguma solução. Destaco três delas: a) Vários municípios indicavam o mesmo supervisor, sem que ele soubesse, e esse profissional geralmente era alguém com vasta experiência em saúde mental e com pouca disponibilidade de tempo em razão de outros compromissos já firmados, inviabilizando que o supervisor pudesse se comprometer com todas as propostas encaminhadas; b) Da mesma forma que a situação anterior, o mesmo supervisor era indicado por vários municípios, porém com seu consentimento, quase criando uma nova categoria de trabalho: o “supervisor profissional”, em que o profissional dedicava todo o seu tempo a fazer supervisões em diferentes locais. Além de questões relacionadas ao perfil do supervisor - que deveria estar de alguma forma integrado aos serviços, alimentando-se de sua prática clínica e do cotidiano na RAPS, e não apartado, dedicando-se somente ao ofício da supervisão - essas propostas inviabilizavam uma periodicidade mínima de trabalho, fazendo com que os municípios ficassem prejudicados pela indisponibilidade do profissional; e c) Alguns municípios viam no recurso financeiro da supervisão clínico-institucional a possibilidade de custear a contratação de antigos funcionários ou de estagiários, desvirtuando o propósito do projeto.

A partir dessas constatações, optamos por orientar que os supervisores, chamados de “ativadores de redes” na nova modelagem do projeto, deveriam ser profissionais do próprio município de maneira a tentar criar novos atores mais próximos das realidades locais e que poderiam atuar como referências regionais para a qualificação das redes de saúde mental - e também para evitar a indicação dos “supervisores profissionais” ou a procura por

profissionais que não teriam disponibilidade de atender vários convites. Posteriormente foram incluídas no instrutivo de apresentação de projetos algumas orientações para a indicação desse profissional, nesse caso, para evitar a contratação de antigos funcionários ou estagiários.

Deparamo-nos então com outras questões: como criar esses novos atores locais? Como garantir que atuarão de acordo com os princípios e diretrizes da RAPS? Como garantir que não atuarão como fiscalizadores dos serviços ou como prescritores de ações e procedimentos? Como evitar que se apresentem como figura do suposto saber?

A solução por nós encontrada e adotada foi a inserção do “tutor” no componente de engrenagens da educação permanente. Como já explicado no capítulo 3, essas pessoas foram indicadas pela CGMAD e ficaram responsáveis por debater e orientar a atuação dos ativadores de redes nos territórios. A escolha dessas pessoas baseou-se na sua experiência prévia com os serviços da RAPS e com a função de supervisor. Os 15 tutores do projeto têm reconhecimento nacional por suas contribuições para a Política Nacional de Saúde Mental brasileira e são convocados por diversos estados e municípios a contribuir com a constituição de serviços e formação de suas equipes.

Antes da elaboração do instrutivo de projetos, essa proposta foi apresentada na reunião anual do Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental, no final do ano de 2014. Alguns participantes do encontro questionaram a decisão de que ativador de redes indicado fosse um trabalhador do próprio município, argumentando sobre a importância de que essa tarefa fosse realizada por alguém externo, com diferentes perspectivas de organização de rede e solução de problemas. A decisão final não foi realizada durante o encontro e o encaminhamento oferecido às questões apresentadas foi o de registrarmos as preocupações e sugestões ali compartilhadas para retomarmos as discussões posteriormente.

No ano seguinte, no início de 2015 e ainda sem uma solução para o impasse colocado no evento do ano anterior, finalmente foi formalizada a parceria com a Fiocruz que possibilitaria a execução do componente de Engrenagens da Educação Permanente na RAPS. Tivemos então de tomar uma decisão em relação ao ativador de redes para iniciar a elaboração do instrutivo para apresentação de projetos. Tanto os argumentos para que o ativador fosse profissional externo, quanto os argumentos para que o ativador fosse profissional do próprio município nos pareceram adequados e relevantes. Optamos então por manter as duas

possibilidades. A escolha caberia a cada rede participante, de acordo com sua realidade local e suas possibilidades.

Esse componente iniciou-se em fevereiro de 2016, após a indicação dos ativadores de redes e do convite aos tutores. Os tutores e ativadores encaminharam à CGMAD relatórios mensais sobre a execução do projeto, que poderão ser boas fontes de dados e informações para uma pesquisa mais aprofundada sobre projeto de percursos formativos na RAPS, futuramente.

Em março de 2016 deixei de acompanhar o projeto, em razão de minha saída da CGMAD. Desde então, componho um coletivo de saúde mental, álcool e outras drogas, na Fiocruz-Brasília, onde tive a oportunidade de participar da organização, em dezembro de 2016, do I Encontro Nacional do Projeto de Percursos Formativos na RAPS; que reuniu gestores, trabalhadores intercambistas, tutores e ativadores e possibilitou discussões aprofundadas sobre estratégia e sobre a Política de Saúde Mental. Esse evento foi permeado pela emoção do reencontro dos participantes das diversas etapas do PPF e reencontro, também, daqueles que conceberam o projeto – e que, por diferentes motivos, seguiram caminhos distintos após a saída da CGMAD, dentre os quais me incluo.

O projeto deu origem a várias pesquisas de mestrado, doutorado e especialização, diversos relatos emocionados foram realizados em encontros de saúde mental e algumas experiências foram sistematizadas e podem ser lidas na plataforma IdeiaSUS através do link: <http://www.ideiasus.fiocruz.br>, na Comunidade de Práticas, através do link: <https://cursos.atencaobasica.org.br> e anais do Congresso da Rede Unida, em <http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/schedConf/presentations>.

Não pretendo aqui trazer a totalidade de influências que deram origem à estratégia de percursos formativos, apenas a minha perspectiva e experiência com esse projeto, o modo como eu pude reconstruir pela memória a história desse processo. Certamente estão ausentes desse texto alguns atores e fatos, especialmente relacionados às experiências de outras pessoas quanto à criação dos Percursos Formativos, mas espero ter alcançado a proposta que me fiz de registrar parte da sua história e processo de criação.

*As pessoas citadas nesse texto concederam autorização para serem referidas nominalmente.

ANEXO 2

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Especializada e Temática
Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.
Chamada para Seleção de Projetos de Percursos Formativos na RAPS: Intercâmbio
entre Experiências e Supervisão Clínico-Institucional

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

1. DO OBJETO

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

2. DO OBJETIVO

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

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

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

3. DAS CARACTERÍSTICAS DOS MÓDULOS

Cada módulo de capacitação deverá apresentar as seguintes características:

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

4. DAS CARACTERÍSTICAS DAS REDES

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

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

- a) Constituir-se como Território entre 15.000 (quinze mil) e 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes composto por pelo menos 1 (um) CAPS de qualquer tipologia e outros 2 (dois) pontos de atenção da RAPS (UA, SRT, Leito em HG, ações de reabilitação psicossocial, ações de desinstitucionalização, SAMU, UPA, Centro de Convivência, CR ou outro ponto de atenção na Atenção Básica). Os 2 (dois) outros pontos de atenção devem compor diferentes componentes da RAPS (atenção básica em saúde, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização ou reabilitação psicossocial).
- b) Apontar, na inscrição, o eixo de ação em que considera estar qualificada para ofertar a capacitação às redes em formação.
- c) Ter capacidade para receber por mês, durante dez meses, 10 (dez) profissionais (02 (dois) de cada uma das Redes em formação selecionadas para o módulo) para serem capacitados naquela rede de atenção durante 160 horas.
- d) Disponibilizar profissionais para promover 05 (cinco) oficinas de atualização de 40 horas-aulas a respeito do eixo de ação indicado para formação, sendo 01 (uma) em cada uma das redes em formação selecionadas no módulo.

4.3 As Redes interessadas em inscrever-se como Redes em Formação deverão:

- a) Constituir-se como Território entre 15.000 (quinze mil) e 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes composto por pelo menos 1 (um) CAPS de qualquer tipologia e outros 2 (dois) pontos de atenção da RAPS (UA, SRT, Leito em HG, ações de reabilitação psicossocial, ações de desinstitucionalização, Centro de Convivência, CR ou outro ponto de atenção na Atenção Básica). Os territórios que não possuem CAPS podem concorrer à chamada de projetos se possuírem articulação entre Atenção Básica e algum outro ponto de atenção da RAPS.
- b) Apontar, na inscrição, os eixos de ação, em ordem de prioridade, em que consideram importantes para qualificação dos seus profissionais.
- c) Disponibilizar 20 (vinte) profissionais, sendo 02 (dois) por mês, durante 10 (dez) meses, para serem capacitados na rede de atenção preceptora durante 160 horas.
- d) Disponibilizar profissionais e estrutura para receber uma oficina de atualização de 40 horas-aulas a respeito do eixo selecionado para formação.

5. DOS REQUISITOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROJETOS

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

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

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

- a) A RAPS e a necessidade de qualificação de acordo com os eixos priorizados.
- b) Pontos de atenção da rede que disponibilizarão profissionais para formação.
- c) Plano de ação detalhado para a formação, de acordo roteiro apresentado no anexo II deste documento.

d) Documento do gestor municipal firmando o compromisso de viabilizar o projeto após o recebimento do recurso, de acordo com anexo III.

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

6. DA SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL

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

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

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

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

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

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

7.1 Terão prioridade na seleção como Redes Preceptoras

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

7.2 Terão prioridade na seleção como Redes em Formação

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

8. DO FINANCIAMENTO

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

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

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

- a) R\$ 100.000,00 (em mil reais) destinados à aquisição de materiais de consumo nos pontos de atenção da RAPS, materiais didáticos, incremento de pontos de acesso à "internet" e informatização da Rede para processos educativos.
- b) R\$ 100.000,00 (cem mil reais) destinados a custeio de diárias e passagens dos profissionais que participarão do processo de formação na rede preceptora. Para efeito de calculo foram considerados os valores de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por diária e R\$ 1.000,00 (mil reais) o trecho de passagem.
- c) R\$ 3.000,00 (três mil reais) destinados ao pagamento do profissional da rede preceptora que irá realizar a oficina de atualização de 40 horas-aulas.
- d) R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais) destinados a custeio de diárias e passagens do profissional da rede preceptora que irá realizar a oficina de atualização de 40 horas. Para efeito de calculo foram considerados os valores de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por diária e R\$ 1.000,00 (mil reais) o trecho de passagem.
- e) R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) destinados ao pagamento do supervisor clinico-institucional.
- f) Entre R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) destinados a custeio de diárias e passagens dos supervisores a passagens e diárias para execução do processo de supervisão, a depender do trecho de deslocamento do supervisor. O detalhamento do custeio de diárias e passagens deverá ser apresentado na segunda etapa, junto ao plano de supervisão.

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

8.4 O financiamento será realizado em duas etapas:

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

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

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

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

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

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

9. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

9.2 Para as Redes Preceptoras:

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

9.3 Para as Redes em Formação:

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

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

10. DAS INSCRIÇÕES:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11. CRONOGRAMA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO:

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

12. CRONOGRAMA DO MÓDULO DE FORMAÇÃO (2014)

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

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

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

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

ANEXO 3

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS
COORDENAÇÃO-GERAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
SAF/Sul, Trecho 02, Lote 05/06 - Torre II - Edifício Premium – 1º andar - Sala 13 -
Brasília/DF
Telefone: (61)3315-9144 / 3315-9143 CEP: 70070 – Brasília/DF

Ofício nº 85/2015 CGMAD/DAPES/SAS/MS Brasília, 19 de maio de 2015.
Às Coordenações de Saúde Mental

Assunto: Plano de Educação Permanente do Projeto Percursos Formativos na Raps: intercâmbio de experiências e supervisão clínico institucional

Acerca do **Projeto Percursos Formativos na Raps: intercâmbio de experiências e supervisão clínico institucional**, no que tange o recurso para ações de educação permanente, a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde - CGMAD informa:

2. De acordo a chamada para seleção dos projetos supracitados, o recurso total destinado às redes em formação/visitantes foi de R\$ 296.500,00, divididos da seguinte forma:

- a) R\$ 190.000,00 (cento e noventa mil reais) para o intercambio profissional
- b) R\$ 6.500,00 (seis mil e quinhentos reais) para a oficina de atualização
- c) R\$ 100.00,00 (cem mil reais) para apoiar a construção de um plano de educação permanente

3. Para as redes preceptoras/receptoras, o valor total repassado foi de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) para apoiar a construção de um plano de educação permanente.

4. Especificamente para as redes em formação/visitantes, a CGMAD, esclarece que, se o recurso utilizado para intercâmbio profissional e oficina de atualização for inferior ao valor destinado pelo Ministério da Saúde a essas ações, a diferença deve ser aplicada no desenvolvimento de outras ações que corroborem com o desenvolvimento do plano de educação permanente. Igualmente, nos casos em que for necessária a complementação dos recursos destinados ao intercâmbio e oficinas de atualização, pode-se utilizar, com moderação, o recurso destinado à execução do plano de educação permanente. Ambas as situações devem ser devidamente informadas e justificadas à CGMAD.

5. Sobre as ações de educação permanente a serem desenvolvidas, a CGMAD reforça que devem estar em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, com os objetivos da Rede de Atenção Psicossocial (conforme Portaria GM/MS 3088/2011) e invistam na descentralização de ações de educação, apontando para um processo de ensino aprendizagem pautado por meio do diálogo dos saberes.

6. A CGMAD orienta por meio deste ofício a elaboração de um plano concatenado com o contexto de implantação e qualificação da RAPS dos municípios e com as necessidades de

formação dimensionadas a partir da participação do município no Projeto Percursos Formativos.

7. Esta Coordenação orienta que o plano seja desenvolvido a partir da reflexão sobre as práticas e sobre a participação do município no Projeto Percursos Formativos e, nessa direção, disponibiliza um modelo para construção do plano de educação permanente, em anexo a esse ofício, que propõe a construção conjunta e reflexiva de atividades, metas e possibilidades de sustentação das ações de educação permanente na RAPS.

8. A CGMAD propõe a elaboração desse plano no contexto educativo de formulação de propostas de formação e educação permanente, integradas com o conjunto das ações da rede de saúde local e de forma que se constitua também como um exercício de auto avaliação da participação do município no Projeto Percursos Formativos.

9. A construção deste plano deverá acontecer até o dia 30 de junho de 2015 e ser encaminhado à CGMAD por e-mail ao respectivo apoiador do estado e ao articulador do módulo pelo Ministério da Saúde, com cópia a julianna.coutinho@saude.gov.br.

10. O plano será analisado pelo articulador do módulo que trabalhará junto com a rede do município na conclusão da proposta.

11. O prazo para execução das ações de educação permanente e finalização do projeto percursos formativos na RAPS foi prorrogado e será estendido até 10 de dezembro de 2016.

12. Colocamo-nos disponíveis para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

ROBERTO TYKANORI KINOSHITA
Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
CGMAD/DAPES/SAS/MS

Anexo – Modelo para apresentação do Plano de Educação Permanente

1. Apresentação

- Breve descrição do município e da RAPS local;
- Descrição dos pontos de atenção existentes, sua forma de funcionamento e articulação;
- Descrição das necessidades de educação permanente a partir de diagnóstico da RAPS e construída de maneira coletiva com as equipes locais.

2. Inserção da Rede no Projeto Percursos Formativos na RAPS

- Descrever como tem acontecido a participação da rede no Projeto Percursos Formativos;
- Para as redes em formação/visitantes: Descrever como acontece a escolha dos profissionais que participarão do intercâmbio a cada mês, expectativa sobre sua

atuação após o retorno ao município (informando inclusive se – e quantos – permanecem no município, se permanecem nos mesmos pontos de atenção da RAPS, se lhes foram atribuídas outras atividades/funções; se assumiram ações de educação permanente, etc.);

- Para as redes em formação/visitantes: Descrever o papel formativo dos profissionais visitantes;
- Para as redes em preceptoras/receptoras: Descrever o papel da equipe da RAPS no Projeto Percursos Formativos e ações de educação no âmbito do projeto para essa equipe;
- Descrever as atividades desenvolvidas no âmbito do Projeto Percursos Formativos
- Realizar uma avaliação parcial do impacto do projeto na rede (descrever as percepções das equipes locais acerca das reflexões que o PF tem provocado na rede)
- Descrever o processo de identificação das necessidades de educação percebidas no âmbito do Projeto Percursos Formativos

3. Ações Previstas

- Descrever as atividades de educação permanente a serem desenvolvidas com o recurso do projeto, no valor total de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) relacionando-as com as necessidades de educação avaliadas no âmbito do Projeto Percursos Formativos.

EXEMPLO DE PLANILHA Descrição do Item	Justificativa dentro do projeto ou do plano de Educação Permanente do Município	Metas a curto, médio e longo prazo	Recurso previsto	Período de execução
Descrever a ação de forma detalhada, isto é, informar as especificidades da ação.	Informar de maneira detalhada como a ação referida na coluna “descrição do item” se justifica dentro do projeto de educação permanente da RAPS e das necessidades de educação percebidas no âmbito do percursos formativos.	Informar quais as metas que se pretende atingir com a ação	Informar a previsão de gasto com a ação	Informar o período de realização da ação

ANEXO 4 – PROCEDIMENTOS DE CAPS – PORTARIA Nº 854/2012

Nome do procedimento	Nome abreviado usado no texto	Descrição
Acolhimento noturno de paciente em centro de atenção psicossocial	Acolhimento noturno	Ação de hospitalidade noturna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular de usuários já em acompanhamento no serviço, que recorre ao seu afastamento de situações conflituosas e vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimento decorrente de transtornos mentais - incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência – e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário. Não deve exceder o máximo de 14 dias.
Acolhimento em terceiro turno de paciente em centro de atenção psicossocial	Acolhimento em terceiro turno	Consiste no conjunto de atendimentos desenvolvidos no período compreendido entre 18 e 21 horas.
Acolhimento diurno de paciente em centro de atenção psicossocial	Acolhimento diurno	Ação de hospitalidade diurna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular, que recorre ao afastamento do usuário das situações conflituosas, que vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimentos decorrentes de transtornos mentais - incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência – e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.
Atendimento individual de paciente em centro de atenção psicossocial	Atendimento individual	Atendimento direcionado à pessoa, que comporte diferentes modalidades, responda às necessidades de cada um – incluindo os cuidados de clínica geral – que visam à elaboração do projeto terapêutico singular ou dele derivam, promovam as capacidades dos sujeitos, de modo a tornar possível que eles se articulem com os recursos existentes na unidade e fora dela.
Atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial	Atendimento em grupo	Ações desenvolvidas coletivamente que explorem as potencialidades das situações grupais com variadas finalidades, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitem experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.
Atendimento familiar em centro de atenção psicossocial	Atendimento familiar	Ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, sejam elas decorrentes ou não da relação direta com os usuários, que garanta a corresponsabilização no contexto do cuidado, propicie o compartilhamento de experiências e informações com vistas a sensibilizar, mobilizar e envolvê-los no acompanhamento das mais variadas situações de vida.
Atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e /ou familiares	Atendimento domiciliar	Atenção prestada no local de morada da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento, que vise à elaboração do projeto terapêutico singular ou dele derive, que garanta a continuidade do cuidado. Envolve ações de promoção, prevenção e assistência.
Práticas corporais em centro de atenção psicossocial	Práticas corporais	Estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora e os aspectos somáticos e posturais da pessoa, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.
Práticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial	Práticas expressivas	Estratégias ou atividades dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e favoreçam a construção e utilização de processos promotores de novos lugares sociais e inserção no campo da cultura.

Atenção às situações de crise	Atenção à crise	Ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências, geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.
Ações de reabilitação psicossocial	Reabilitação psicossocial	Ações de fortalecimento de usuários e familiares, mediante a criação e desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.
Promoção de contratualidade	Promoção de contratualidade	Acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana – casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propicie a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia.
Acolhimento inicial por centro de atenção psicossocial	Acolhimento inicial	Consiste no primeiro atendimento ofertado pelo CAPS para novos usuários por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território. O acolhimento consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.
Ações de articulação de redes intra e intersetoriais	Articulações intra e intersetoriais	Estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território.
Fortalecimento do protagonismo de usuários de centro de atenção psicossocial e seus familiares	Fortalecimento do protagonismo	Atividades que fomentem a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços, participação em conselhos, conferências e congressos, a apropriação e a defesa de direitos, e a criação de formas associativas de organização.
Matriciamento de equipes da atenção básica	Matriciamento da atenção básica	Apoio presencial sistemático às equipes de atenção básica que ofereça suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.
Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.	Matriciamento dos serviços de urgências e emergências	Apoio presencial sistemático às equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, incluindo UPA, SAMU, salas de estabilização, e os serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas que ofereça suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.
Ações de redução de danos	Redução de danos	Conjunto de práticas e ações do campo da saúde e dos direitos humanos realizadas de maneira articulada inter e intra-setorialmente, que buscam minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliam cuidado e acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde. Voltadas sobretudo à busca ativa e ao cuidado de pessoas com dificuldade para acessar serviços, em situação de alta vulnerabilidade ou risco, mesmo que não se proponham a reduzir ou deixar o uso de substâncias psicoativas.

Acompanhamento de serviço residencial terapêutico por centro de atenção psicossocial	Acompanhamento de SRT	Suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção com o foco no cuidado e desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise à produção de autonomia e reinserção social.
Apoio à serviço residencial de caráter transitório por centro de atenção psicossocial	Apoio à SRCT	Apoio presencial sistemático aos serviços residenciais de caráter transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico-institucional aos trabalhadores daqueles serviços, o monitoramento dos projetos terapêuticos, a promoção de articulação entre os pontos de atenção com foco no cuidado e ações intersetoriais e que favoreça a integralidade das ações.

ANEXO 5 – 10.001 A 20.000 HABITANTES

Mês	Artic. Redes		Atend. Domiciliar		Atend. Familiar		Atenç. Crise		Fortalec. Protog.		Matric. AB		Matric. UE		Reab. Psicossocial		RD	
	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF
jan/13	0,67	0,00	6,67	0,00	9,41	0,00	0,59	0,00	0,01	0,00	0,38	0,00	0,09		1,56	0,00	0,48	0,00
fev/13	0,67	0,00	7,00	0,67	7,01	0,67	0,36	0,00	1,25	0,00	0,42	0,00	0,81		4,85	0,67	0,31	0,00
mar/13	1,05	0,00	6,50	0,00	9,26	0,00	0,33	0,00	1,42	0,00	1,03	0,00	0,74		8,76	0,00	0,86	0,00
abr/13	1,36	0,00	4,75	0,67	7,59	0,33	0,72	0,33	0,95	0,00	1,05	0,00	0,15		11,71	0,00	1,26	0,00
mai/13	1,38	0,00	6,45	0,00	8,08	0,00	0,41	0,00	1,66	0,00	2,05	0,00	0,05		3,60	0,00	0,31	0,00
jun/13	1,06	0,67	5,70	0,00	5,94	0,00	0,28	0,00	1,78	0,33	1,26	0,00	0,09		5,72	0,00	0,49	0,00
jul/13	4,90	0,00	5,54	0,00	5,41	0,00	0,62	0,00	4,90	0,00	0,96	0,00	0,30		1,51	0,00	2,41	0,00
ago/13	1,53	0,00	6,21	0,33	5,37	1,33	1,08	0,00	1,40	0,33	0,94	0,00	0,32		1,41	0,00	2,40	0,00
set/13	1,54	0,33	6,67	0,00	7,43	0,00	1,30	0,00	1,04	0,33	1,17	0,00	0,34		3,54	0,00	2,40	0,00
out/13	1,97	2,00	6,70	1,00	8,39	1,67	0,75	0,33	1,32	0,33	0,68	0,00	0,35		3,82	0,00	0,90	0,33
nov/13	2,21	3,67	8,01	0,00	7,80	1,33	4,95	0,00	3,28	0,00	2,02	0,00	0,27		3,77	0,00	3,08	1,33
dez/13	1,62	0,00	5,36	0,67	7,20	0,33	0,91	0,00	2,48	3,00	1,05	0,00	0,27		3,14	0,00	2,05	1,33
jan/14	1,79	3,67	6,25	0,00	5,13	2,00	1,01	0,00	1,65	0,00	0,23	0,00	0,23		1,61	0,67	1,94	1,33
fev/14	1,93	2,00	6,45	1,00	9,38	3,67	1,08	0,33	1,88	0,00	0,45	0,00	0,05		2,46	0,33	2,03	1,00
mar/14	1,52	3,00	5,05	0,67	8,47	2,33	1,05	0,00	0,95	0,00	0,70	0,00	0,22		2,66	0,00	2,60	0,67
abr/14	1,79	0,00	6,12	0,00	8,03	2,00	4,74	0,00	0,98	0,00	0,78	0,00	0,62		2,75	0,00	2,83	0,00
mai/14	1,45	0,33	8,17	0,00	7,30	1,67	1,04	0,00	1,11	0,33	1,14	0,00	0,30		4,71	0,33	2,59	0,00
jun/14	4,98	0,00	7,61	0,33	7,76	2,00	0,99	0,00	2,59	0,00	2,11	0,00	0,57		4,61	5,67	4,12	0,00
jul/14	5,18	0,00	9,15	3,00	8,13	1,33	0,91	0,00	2,59	0,00	2,26	0,00	0,66		5,55	0,00	3,97	0,00
ago/14	4,87	2,00	7,00	0,33	8,34	2,33	1,14	0,00	2,61	0,00	1,50	0,00	0,34		4,92	2,00	4,28	0,00
set/14	5,37	3,00	7,83	0,33	8,12	3,00	0,83	0,67	4,82	0,00	1,69	0,00	0,61		5,32	0,00	4,28	0,67
out/14	5,87	4,00	6,54	2,33	8,97	5,00	1,15	1,67	4,37	0,67	2,49	0,00	0,50		6,41	0,00	4,69	0,33
nov/14	6,19	6,33	8,20	0,00	10,55	3,00	1,23	0,33	3,61	0,00	2,28	0,00	0,57		3,81	1,00	4,00	1,00
dez/14	3,30	1,67	7,80	3,00	7,06	2,00	0,83	1,00	3,15	0,00	3,26	0,00	0,28		3,68	0,00	2,23	0,00
jan/15	3,28	4,67	5,86	6,00	8,39	4,33	0,82	1,67	2,85	0,00	1,73	0,00	0,37		3,29	1,67	3,88	4,00
fev/15	2,77	5,00	5,25	0,67	8,01	3,33	0,58	0,33	4,00	4,00	1,31	0,00	0,50		3,01	0,00	4,25	2,67
mar/15	5,22	7,33	8,03	1,67	9,90	2,00	0,39	0,67	4,15	2,33	0,64	0,00	0,34		4,39	4,33	4,34	2,33
abr/15	3,69	3,67	4,86	0,00	7,33	2,33	0,41	0,33	4,58	0,00	1,06	0,00	0,26		4,73	0,00	3,21	0,67
mai/15	4,35	4,33	7,29	0,33	8,58	0,67	0,74	0,33	3,95	0,33	0,68	0,00	0,24		3,90	6,00	4,28	1,00
jun/15	2,89	2,33	7,31	0,00	6,94	0,67	0,47	0,00	2,15	0,00	0,94	0,00	0,05		2,93	0,00	3,91	1,00
jul/15	2,74	2,33	8,33	0,00	8,61	4,00	0,65	0,00	1,86	3,33	0,95	0,00	0,34		2,81	0,00	4,15	2,00
ago/15	4,55	4,00	5,61	0,00	7,61	1,33	2,73	0,00	4,06	5,00	0,54	0,00	0,29		3,12	0,00	3,09	2,00
set/15	3,34	6,33	5,19	0,00	7,84	0,33	1,10	0,00	3,66	0,00	0,66	1,67	0,34		3,02	1,00	4,72	3,33
out/15	3,64	10,67	4,79	0,00	6,48	0,33	0,30	0,00	4,75	5,00	0,55	2,33	0,19		2,70	1,67	4,81	5,00
nov/15	5,63	14,00	6,34	0,33	7,11	1,00	0,23	0,00	3,18	2,33	1,39	2,00	0,33		3,07	0,00	4,82	0,67
dez/15	5,37	4,00	5,84	0,00	5,28	1,00	0,35	0,00	2,80	2,33	0,32	3,00	0,16		1,27	0,00	2,97	2,33
Média geral	3,10	2,81	6,57	0,65	7,73	1,59	1,03	0,22	2,61	0,83	1,18	0,25	0,34	0,00	3,89	0,70	2,91	0,97
CAPS existentes	155	3	155	3	155	3	155	3	155	3	155	3	155	3	155	3	155	3

ANEXO 6 – 20.001 A 50.000 HABITANTES

Mês	Artic. Redes		Atend. Domiciliar		Atend. Familiar		Atenç. Crise		Fortalec. Protag.		Matric. AB		Matric. RUE		Reab. Psicossocial		RD	
	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF
jan/13	0,88	0,74	4,11	0,42	6,26	3,53	3,35	0,00	0,48	0,32	0,22	0,16	0,11	0,05	7,06	0,21	0,39	1,89
fev/13	1,81	2,58	5,61	0,95	7,56	3,26	4,45	0,11	0,88	0,11	0,39	0,05	0,43	0,05	9,43	0,16	0,72	4,11
mar/13	2,01	3,47	10,08	1,11	13,30	3,74	3,76	0,11	0,79	0,37	0,36	0,05	0,21	0,32	6,79	0,53	1,02	4,42
abr/13	2,39	1,00	10,65	1,58	16,23	2,21	3,41	0,05	1,17	0,68	0,46	0,16	0,15	0,00	7,90	0,53	0,70	3,95
mai/13	2,64	1,84	10,24	1,05	16,74	3,32	3,31	0,21	1,04	0,74	0,91	0,68	0,35	0,11	8,40	1,21	0,76	4,05
jun/13	2,83	1,89	10,31	0,21	15,82	1,53	4,06	0,00	1,61	0,53	0,84	0,58	0,35	0,00	6,86	0,53	0,77	1,16
jul/13	3,06	3,16	11,09	1,26	16,13	1,26	3,34	0,00	1,03	0,53	0,42	1,00	0,85	0,21	8,64	0,53	0,79	3,42
ago/13	2,07	3,32	10,34	0,79	16,37	3,32	3,32	0,21	1,38	0,63	0,58	2,21	0,36	0,11	8,06	2,21	0,71	0,21
set/13	2,53	1,37	10,72	0,79	16,30	3,00	3,65	0,00	1,19	0,53	0,43	0,42	0,19	0,00	7,84	3,26	0,73	2,32
out/13	3,20	2,84	10,95	3,05	17,16	2,89	3,50	0,26	1,89	0,89	0,45	0,37	0,40	0,11	7,37	2,16	1,75	0,05
nov/13	1,97	0,84	10,17	1,47	16,48	2,68	3,78	0,11	1,54	0,53	0,92	0,21	0,36	0,11	5,90	0,53	1,99	2,74
dez/13	2,20	1,74	9,47	1,74	14,47	1,84	3,06	0,00	1,77	0,63	0,81	0,21	0,23	0,00	10,79	0,00	1,64	1,05
jan/14	2,14	1,37	10,03	1,47	14,62	1,63	2,72	0,16	1,27	0,53	0,52	0,21	0,36	0,11	7,69	0,26	1,15	0,47
fev/14	2,18	1,47	8,78	1,26	14,29	1,79	3,13	0,05	1,24	0,58	0,55	0,05	0,39	0,00	7,56	0,11	1,87	0,74
mar/14	2,18	1,53	7,72	4,63	12,20	3,21	2,42	0,05	1,34	0,58	0,57	0,21	0,32	0,11	7,19	0,21	2,39	1,79
abr/14	3,97	2,53	7,71	11,11	13,73	3,26	6,28	0,21	1,17	2,32	1,84	0,21	0,94	0,16	7,47	0,95	2,84	3,58
mai/14	3,91	1,16	9,08	2,68	14,33	2,26	2,78	0,16	1,99	0,11	0,64	0,05	0,24	0,00	8,59	0,74	4,98	0,26
jun/14	2,74	0,89	9,08	6,95	15,53	2,37	2,46	0,89	1,73	0,53	0,72	0,21	0,63	0,05	7,68	0,42	3,43	4,84
jul/14	2,20	2,58	6,30	1,11	13,16	1,53	3,20	0,11	1,13	0,68	0,83	0,42	0,35	0,11	7,71	0,79	2,72	0,32
ago/14	2,80	3,11	5,23	5,32	11,69	1,32	2,30	0,05	1,88	1,00	0,47	0,37	0,32	0,00	7,37	0,32	3,07	2,58
set/14	2,94	3,26	6,40	2,84	14,19	1,11	2,35	0,26	2,06	0,95	0,58	0,21	0,48	0,11	6,74	0,05	5,03	4,68
out/14	2,99	5,63	7,78	2,42	15,43	3,26	2,41	0,00	2,25	1,32	0,90	0,42	0,29	0,00	7,04	0,21	3,27	1,47
nov/14	2,61	0,74	6,58	3,21	14,17	3,37	2,52	0,00	3,34	0,68	0,41	0,21	0,37	0,26	6,97	0,00	2,80	2,16
dez/14	2,05	1,68	6,35	3,53	12,69	1,74	2,75	0,16	1,39	0,79	0,36	0,26	0,22	0,00	6,35	0,00	1,58	2,05
jan/15	2,28	2,21	6,02	1,05	17,86	1,47	2,38	0,05	1,38	2,32	0,39	0,00	0,44	0,00	5,46	0,00	2,34	0,63
fev/15	2,28	3,42	4,54	1,11	14,75	1,11	1,98	0,11	2,04	0,53	0,72	0,00	0,66	0,00	4,66	0,00	10,15	3,47
mar/15	3,60	3,16	6,44	0,58	16,74	3,21	1,92	0,11	2,18	0,53	0,67	0,00	0,61	0,00	5,48	0,00	3,41	6,58
abr/15	2,86	6,89	5,77	1,05	18,11	4,00	2,12	0,58	2,38	0,53	0,77	2,00	0,45	0,16	6,20	0,05	3,80	4,11
mai/15	3,60	2,37	5,51	1,37	16,60	2,74	2,35	0,58	3,26	0,53	0,75	0,00	0,43	0,00	5,90	0,00	3,76	5,26
jun/15	3,00	3,26	5,41	0,89	15,55	2,89	3,09	0,00	2,57	0,53	0,55	0,53	0,42	0,05	5,55	0,00	3,63	6,37
jul/15	2,77	2,53	5,84	1,26	15,68	1,74	2,17	0,42	1,85	0,74	1,01	3,11	0,32	0,11	6,06	0,00	3,45	5,32
ago/15	4,52	6,32	7,06	0,74	17,47	2,00	2,42	0,47	2,32	2,37	1,12	0,74	0,51	0,16	5,68	0,05	4,54	6,42
set/15	3,12	2,11	8,82	0,42	21,57	1,63	2,82	0,26	2,34	0,00	1,12	0,00	0,36	0,00	6,78	0,05	5,06	1,11
out/15	4,65	5,11	6,54	1,42	16,53	1,74	2,48	0,58	2,45	3,05	1,10	1,68	0,53	0,53	6,24	0,11	4,13	8,95
nov/15	3,19	4,47	5,95	1,79	16,39	1,42	2,02	0,05	2,15	2,05	0,96	3,26	0,53	0,42	4,63	0,05	4,53	6,79
dez/15	3,08	5,63	4,79	1,68	12,66	1,21	1,85	0,16	1,38	2,79	0,58	2,84	0,42	0,21	4,52	0,05	3,40	6,21
Média geral	2,76	2,73	7,71	2,06	14,97	2,35	2,94	0,18	1,72	0,90	0,69	0,64	0,40	0,10	6,96	0,45	2,76	3,21
CAPS existentes	617	19	617	19	617	19	617	19	617	19	617	19	617	19	617	19	617	19

ANEXO 7 – 50.001 A 100.000 HABITANTES

Mês	Artic. Redes		Atend. Domiciliar		Atend. Familiar		Atenç. Crise		Fortalec. Protag.		Matric. AB		Matric. RUE		Reab. Psicossocial		RD	
	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF
jan/13	0,47	1,19	2,91	3,58	9,04	8,15	1,30	2,65	0,46	1,27	0,17	1,19	0,07	0,73	9,14	0,31	0,31	0,62
fev/13	0,96	1,69	3,57	2,92	10,23	6,88	1,08	1,08	0,26	0,65	0,15	0,38	0,64	0,62	5,70	1,85	1,44	0,08
mar/13	1,72	0,92	3,27	4,73	11,76	6,46	1,40	1,38	0,48	1,42	0,27	0,12	0,59	0,00	9,67	5,23	1,35	0,00
abr/13	1,58	0,81	4,63	4,42	12,03	6,92	1,34	2,88	0,49	1,96	0,82	0,35	0,68	0,00	7,36	1,81	0,30	0,77
mai/13	3,04	1,42	3,71	5,04	13,36	11,81	2,80	24,69	0,85	5,31	0,76	0,08	0,66	0,23	5,83	4,50	0,28	0,62
jun/13	1,66	1,12	4,68	5,73	12,32	9,96	2,74	28,85	1,34	0,96	1,03	0,23	0,10	0,38	6,42	4,85	0,36	0,38
jul/13	1,91	0,96	4,58	6,04	13,90	10,69	3,07	26,96	2,13	2,42	1,40	0,42	0,44	0,00	6,72	4,69	0,34	0,65
ago/13	4,78	2,81	4,96	4,77	15,93	9,96	3,11	27,73	2,05	3,85	2,11	0,00	0,73	0,00	6,12	2,50	0,18	0,81
set/13	1,61	2,27	4,78	5,31	15,78	11,19	3,03	23,50	1,19	6,04	1,28	0,35	0,71	0,12	6,17	2,23	0,30	1,65
out/13	2,86	3,35	5,96	7,81	16,34	13,62	3,27	27,50	1,22	8,54	1,31	1,04	0,81	0,42	7,15	2,27	0,31	2,73
nov/13	2,16	3,88	4,85	6,73	14,01	9,73	3,50	25,73	1,67	4,00	0,90	0,58	0,74	0,19	8,50	2,62	0,27	0,62
dez/13	1,52	1,35	4,36	4,73	11,67	6,23	2,59	21,00	1,98	6,31	1,22	0,50	0,74	0,42	6,42	1,73	1,06	1,00
jan/14	4,01	3,23	6,25	19,42	15,06	11,65	3,09	22,58	1,55	2,77	1,14	0,96	0,26	0,50	10,40	1,23	1,35	2,62
fev/14	3,73	3,62	4,38	5,46	13,76	10,58	2,36	17,46	1,72	4,04	1,07	1,38	0,35	0,54	16,80	3,19	1,16	8,23
mar/14	13,36	5,27	4,53	5,73	15,49	11,23	2,54	18,62	2,40	2,38	0,46	0,50	0,39	1,04	13,74	1,58	1,14	8,08
abr/14	17,18	3,69	4,57	3,23	14,95	8,31	2,32	18,69	2,68	6,88	1,32	2,96	0,43	0,19	15,94	1,46	1,77	18,50
mai/14	10,95	5,08	4,71	4,38	16,07	11,62	2,25	17,31	2,25	2,08	1,31	1,85	0,33	0,54	8,97	1,65	1,00	8,08
jun/14	15,44	2,27	4,47	5,38	13,49	7,23	2,48	21,00	2,40	3,38	1,06	2,12	0,23	0,38	13,71	2,08	3,46	40,19
jul/14	4,32	8,62	3,90	4,69	15,21	13,62	2,94	26,65	2,83	6,04	0,95	0,81	0,21	0,23	14,93	4,46	1,96	10,38
ago/14	5,65	6,85	4,72	4,31	16,44	15,85	2,79	22,08	3,45	17,42	1,61	0,92	0,30	0,92	12,91	3,08	3,34	33,04
set/14	4,41	4,27	4,61	5,58	17,05	13,12	2,79	27,62	2,70	12,85	1,55	0,19	0,37	0,38	17,23	10,00	2,85	27,12
out/14	3,68	4,96	4,95	5,69	17,50	16,19	2,46	18,77	3,46	10,62	1,47	1,15	0,41	0,65	5,41	8,38	2,32	16,00
nov/14	2,90	3,35	4,31	5,92	16,24	17,77	2,72	20,58	2,65	7,85	0,78	0,12	0,34	0,23	16,97	4,50	1,96	14,81
dez/14	2,65	3,42	3,76	4,15	13,32	13,00	2,37	19,42	3,37	11,08	0,79	2,08	0,28	1,73	16,80	18,15	4,59	44,85
jan/15	2,87	2,42	4,79	8,92	14,24	16,96	2,39	22,31	2,50	8,35	1,06	0,62	0,48	2,12	13,22	4,77	2,12	9,15
fev/15	3,47	6,27	4,06	6,04	14,71	19,38	2,66	23,15	3,81	13,31	1,41	1,00	0,29	1,23	14,46	3,69	2,78	27,50
mar/15	3,87	5,92	5,23	9,38	18,77	23,12	3,80	34,38	3,19	13,38	1,91	2,50	0,31	2,23	15,69	6,85	3,89	32,46
abr/15	5,34	5,08	4,23	6,73	17,16	14,08	2,98	24,42	3,00	10,85	1,87	0,27	0,40	0,65	16,56	5,42	4,90	29,77
mai/15	5,95	4,96	4,73	7,58	16,27	18,92	3,35	25,62	4,88	9,65	1,63	0,58	0,46	0,08	18,06	6,62	4,39	29,42
jun/15	5,53	10,77	4,79	8,62	17,11	19,31	3,47	25,15	3,87	10,31	1,07	0,23	0,50	0,00	15,63	7,19	5,38	29,92
jul/15	4,31	5,19	5,26	7,96	16,55	17,92	3,17	24,35	4,84	16,23	0,27	0,46	0,48	0,27	15,17	10,65	4,78	34,19
ago/15	3,98	4,50	5,04	7,00	16,46	19,27	3,72	30,62	3,57	13,65	2,26	0,69	1,13	0,69	16,68	12,81	5,26	26,54
set/15	7,66	8,35	5,04	12,58	19,57	24,38	3,74	29,92	8,13	35,00	0,67	0,42	0,58	0,15	18,89	16,62	6,67	33,77
out/15	3,54	4,38	4,52	6,65	14,85	16,27	3,39	29,46	4,58	12,50	0,60	0,46	0,42	0,81	13,65	9,23	5,11	23,92
nov/15	6,91	4,35	4,04	8,00	15,17	16,00	2,71	21,85	2,68	3,04	1,25	0,42	0,66	0,15	13,57	8,38	5,85	1,08
dez/15	4,94	3,27	4,17	7,31	12,10	20,12	2,50	21,04	2,82	2,58	0,92	0,27	0,39	0,31	7,13	7,73	4,76	1,73
Média geral	4,75	3,94	4,54	6,46	14,83	13,54	2,73	21,58	2,60	7,75	1,11	0,78	0,47	0,53	11,88	5,40	2,48	14,48
CAPS existentes	354	26	354	26	354	26	354	26	354	26	354	26	354	26	354	26	354	26

ANEXO 8 – 100.001 A 500.000 HABITANTES

Mês	Artic. Redes		Atend. Domiciliar		Atend. Familiar		Atenç. Crise		Fortalec. Protag.		Matric. AB		Matric. RUE		Reab. Psicossocial		RD	
	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF
jan/13	2,67	2,42	4,40	2,37	15,21	10,00	2,45	1,89	2,58	1,26	0,51	0,02	0,32	0,00	8,15	15,06	1,35	2,85
fev/13	2,68	6,21	4,55	3,73	16,64	12,55	2,53	5,26	2,78	4,08	0,65	0,42	0,31	0,16	4,17	8,71	1,41	4,35
mar/13	5,51	10,81	5,31	4,32	21,07	14,86	3,01	4,21	4,45	6,02	1,04	1,14	0,10	0,29	6,31	4,34	2,64	11,46
abr/13	5,48	8,02	3,15	5,60	18,95	19,52	2,55	2,11	4,10	4,48	1,91	0,70	0,42	1,14	5,48	5,11	3,19	9,90
mai/13	8,17	18,46	2,56	4,44	16,65	17,17	2,49	4,21	7,14	14,30	1,47	2,10	0,46	1,02	5,21	2,95	2,47	3,27
jun/13	7,46	19,16	5,89	4,84	23,07	18,21	2,46	3,25	6,35	6,17	1,81	1,75	0,56	0,32	8,04	3,13	2,28	3,92
jul/13	5,66	9,56	3,95	7,62	20,20	26,08	2,65	5,29	5,70	4,03	1,56	1,40	0,71	2,48	5,47	3,81	2,75	9,83
ago/13	6,92	13,27	6,32	6,68	28,73	28,78	2,96	4,79	7,17	4,97	1,94	1,70	0,68	2,03	14,06	34,84	3,65	12,73
set/13	8,13	17,41	6,63	8,48	27,78	30,98	2,84	5,21	9,57	21,40	1,53	3,08	2,58	0,06	14,21	25,41	3,42	7,84
out/13	7,93	19,81	7,18	7,00	29,21	29,84	3,31	5,37	7,43	13,90	1,63	2,32	2,01	0,42	13,14	19,19	4,28	6,25
nov/13	6,96	17,83	6,07	6,52	25,39	25,16	2,44	3,51	9,42	29,94	1,73	2,08	3,02	0,00	11,91	20,29	3,88	3,35
dez/13	6,28	15,21	5,20	3,16	22,11	20,90	2,14	4,05	7,10	9,46	1,18	1,38	0,54	0,08	12,12	14,11	3,53	4,97
jan/14	7,15	19,97	3,47	7,29	17,96	22,48	2,03	3,67	7,51	16,75	1,71	4,68	1,21	6,05	5,61	10,11	3,37	5,02
fev/14	7,37	14,89	6,20	9,62	23,53	26,14	2,92	3,21	12,33	26,22	1,46	1,10	0,41	0,81	9,54	10,90	4,68	12,21
mar/14	10,39	18,84	5,94	7,22	23,54	26,40	2,88	3,59	10,86	13,78	1,42	1,16	2,38	0,27	8,46	9,03	6,39	17,44
abr/14	12,17	26,70	5,72	6,41	23,88	20,19	2,72	3,89	14,11	36,10	3,00	2,68	1,99	1,37	9,96	9,24	8,80	32,70
mai/14	22,20	13,05	7,10	8,22	25,97	27,03	3,10	4,06	17,96	40,43	3,75	2,52	0,42	0,62	9,71	11,56	8,23	14,60
jun/14	16,60	26,22	7,05	7,17	24,77	24,84	3,43	3,05	15,25	30,38	3,08	2,74	0,69	2,97	7,83	5,43	9,93	32,43
jul/14	11,21	34,76	7,55	8,86	25,78	25,76	3,93	3,95	12,13	27,83	2,29	2,56	0,60	1,62	10,24	10,19	4,75	6,95
ago/14	13,89	15,44	8,43	10,38	30,14	31,95	3,95	3,63	18,07	30,79	2,04	2,67	0,47	1,14	11,99	15,75	8,56	8,84
set/14	17,15	27,54	8,68	9,63	33,96	30,97	3,73	3,30	19,67	37,63	3,20	2,92	0,50	1,10	13,10	12,95	11,17	12,71
out/14	13,57	19,94	8,85	9,76	34,90	38,73	3,78	4,78	19,06	37,95	1,57	2,78	0,54	0,76	13,67	5,33	12,94	28,75
nov/14	13,09	20,90	4,83	4,90	25,43	29,02	3,20	6,89	26,79	89,56	2,43	2,87	0,94	4,05	8,11	14,24	12,61	26,90
dez/14	9,52	17,51	5,93	4,51	21,76	20,65	2,66	2,54	22,87	66,21	2,04	1,83	0,78	3,38	11,53	9,08	10,18	19,76
jan/15	16,36	29,52	6,23	5,44	23,39	26,19	3,72	5,52	22,07	67,57	1,17	1,16	3,00	0,11	9,96	12,48	12,29	17,14
fev/15	13,81	9,59	7,07	4,17	27,57	20,51	4,03	4,30	25,09	105,89	1,58	1,08	0,65	0,65	13,21	11,21	13,72	36,73
mar/15	15,89	37,52	7,94	4,60	34,71	23,95	3,66	6,02	20,76	73,59	3,84	0,98	0,64	1,65	14,68	13,35	8,59	27,56
abr/15	15,58	32,90	7,27	4,51	32,01	26,43	3,55	5,92	23,52	92,24	2,59	1,63	1,51	7,35	18,48	12,29	13,02	28,52
mai/15	24,47	24,08	7,49	4,98	33,61	25,97	3,42	5,14	20,85	83,56	3,98	2,37	1,63	8,10	17,96	4,89	10,04	14,48
jun/15	17,09	22,90	7,70	4,68	33,62	23,98	3,36	4,05	25,63	62,87	4,11	4,37	0,74	1,46	20,55	11,05	12,96	22,71
jul/15	15,24	24,00	7,97	4,62	34,60	21,67	3,76	5,56	22,58	66,59	3,36	3,03	0,68	1,40	22,46	10,68	15,88	36,75
ago/15	17,09	18,37	7,87	5,27	37,21	30,08	3,20	5,30	24,66	74,10	5,20	12,52	0,85	1,89	19,13	10,16	8,39	27,05
set/15	26,04	27,43	9,25	7,35	44,22	32,35	4,80	5,54	28,07	61,67	4,83	9,54	1,32	5,22	20,68	17,14	17,83	29,00
out/15	18,12	14,65	7,17	4,89	32,99	23,79	3,51	3,84	20,14	52,76	3,48	5,78	0,71	0,68	16,45	11,22	14,61	21,90
nov/15	17,35	20,46	3,88	4,92	25,05	23,24	3,58	4,21	21,62	51,65	3,99	4,70	1,01	0,71	13,06	11,22	15,49	24,81
dez/15	12,43	12,62	5,94	3,62	25,33	15,24	2,91	3,67	18,43	47,27	1,97	1,95	1,28	4,41	14,17	3,78	12,60	12,54
Média geral	12,16	19,11	6,30	6,05	26,69	24,21	39,47	46,88	15,11	39,26	2,36	2,71	1,02	1,83	11,91	11,40	8,11	16,62
CAPS existentes	489	63	489	63	489	63	489	63	489	63	489	63	489	63	489	63	489	63

ANEXO 9 – MAIS DE 500.000 HABITANTES

Mês	Artic. Redes		Atend. Domiciliar		Atend. Familiar		Atenç. Crise		Fortalec. Protag.		Matric. AB		Matric. RUE		Reab. Psicossocial		RD	
	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF
jan/13	7,35	0,86	5,25	2,26	19,54	19,62	6,43	2,40	3,75	0,22	1,24	2,11	0,13	0,09	8,69	7,26	1,11	1,01
fev/13	11,31	3,07	2,75	1,74	20,09	19,68	5,97	2,09	4,12	0,57	1,80	2,89	0,23	0,37	9,87	9,30	2,43	1,16
mar/13	17,23	3,69	3,00	1,97	26,14	25,64	8,50	1,89	5,41	1,55	1,81	2,69	0,20	0,36	13,44	12,08	3,08	1,80
abr/13	16,08	3,90	3,53	1,98	31,59	30,01	9,71	1,97	5,42	1,95	1,18	1,61	0,31	0,59	15,93	12,52	3,69	1,08
mai/13	17,49	4,31	5,41	2,46	30,34	30,07	23,91	2,22	6,73	2,03	3,04	4,82	0,20	0,30	17,81	14,13	2,40	2,05
jun/13	19,09	5,45	4,58	3,10	32,05	33,92	7,80	2,90	4,55	2,25	3,17	5,22	0,28	0,35	17,81	13,72	3,94	1,59
jul/13	19,53	5,04	5,72	4,18	32,56	33,12	7,36	3,01	4,84	2,26	3,26	5,44	0,23	0,44	22,36	17,14	3,20	1,66
ago/13	20,85	7,52	6,14	4,60	39,04	43,19	9,19	3,76	6,68	2,13	4,06	5,46	0,67	0,34	22,78	20,45	4,61	2,85
set/13	24,81	12,57	6,29	6,10	36,30	41,02	7,65	4,20	6,07	3,74	3,69	4,73	0,57	0,40	19,91	18,15	6,17	6,46
out/13	23,17	7,69	5,35	4,75	42,12	52,59	7,68	4,01	7,06	4,32	2,98	3,69	0,58	0,29	22,23	16,25	4,29	4,52
nov/13	22,13	9,15	5,20	4,38	37,52	46,82	8,38	3,29	7,01	5,92	2,84	3,68	0,54	0,41	22,04	17,57	3,18	2,25
dez/13	19,42	7,63	3,41	3,94	29,67	36,64	5,63	2,59	5,95	2,78	2,30	3,90	0,82	0,43	20,59	16,12	3,96	2,01
jan/14	24,51	8,68	5,25	5,46	34,00	42,96	9,82	3,73	5,11	3,10	1,96	2,97	1,16	0,39	21,76	15,04	4,92	3,89
fev/14	24,78	11,06	5,17	6,14	35,75	46,90	9,53	6,64	6,17	4,57	2,88	4,08	1,16	0,52	21,84	18,29	6,28	5,92
mar/14	26,82	9,82	4,87	5,39	37,32	46,99	8,25	5,02	8,71	5,57	2,79	4,35	1,49	0,56	21,58	17,00	9,15	4,13
abr/14	28,89	10,36	6,01	5,59	38,41	48,52	8,11	5,66	7,83	4,73	3,63	5,18	1,45	0,54	24,19	18,19	6,12	4,18
mai/14	29,80	8,82	5,53	5,41	40,98	50,27	8,98	5,82	8,60	5,68	3,96	4,69	0,24	0,39	27,18	21,18	6,68	8,04
jun/14	28,87	8,62	6,50	6,43	36,07	43,66	9,55	8,64	6,52	3,39	3,98	4,32	0,67	0,39	23,76	19,33	7,54	6,82
jul/14	29,22	10,13	7,34	7,51	41,88	50,02	9,67	7,41	6,92	4,03	4,10	4,57	0,82	0,67	29,88	25,03	7,26	7,08
ago/14	31,23	9,43	6,73	7,59	46,82	58,38	9,56	8,44	8,40	4,47	4,15	5,07	1,98	0,68	32,09	29,41	7,26	3,81
set/14	27,92	11,74	7,05	8,03	50,76	63,22	10,19	10,08	8,78	7,00	4,93	5,79	1,86	0,92	34,07	31,76	8,05	8,27
out/14	29,89	10,11	6,82	7,48	46,28	59,76	10,26	8,84	8,33	5,21	4,81	5,61	2,03	0,82	32,20	27,66	6,87	6,07
nov/14	28,26	8,41	6,94	7,17	40,19	51,33	10,75	9,38	9,32	5,03	4,91	5,18	1,87	0,82	27,61	20,59	7,25	5,52
dez/14	23,75	6,95	6,61	6,56	35,45	42,85	11,25	7,80	7,98	5,97	3,02	4,08	0,92	0,76	31,02	26,34	4,71	3,37
jan/15	24,45	7,85	5,85	8,02	39,26	49,43	12,62	10,48	8,65	4,72	4,19	4,87	1,17	0,81	26,46	20,11	6,72	5,48
fev/15	25,56	8,83	6,14	7,83	40,32	50,04	12,02	8,86	6,70	4,82	3,55	4,71	1,79	0,56	25,20	21,33	10,10	8,77
mar/15	33,17	10,75	6,99	7,66	49,84	63,27	14,00	9,83	9,33	5,38	4,53	6,18	2,01	0,92	30,44	27,70	10,35	8,37
abr/15	29,19	9,92	6,31	7,29	43,40	54,26	13,46	7,55	13,34	6,27	5,53	6,41	2,47	1,01	32,83	23,74	12,32	6,29
mai/15	43,43	12,56	7,21	7,94	46,42	55,52	17,40	9,52	15,16	11,17	4,94	6,95	1,12	0,87	35,94	32,38	13,18	10,90
jun/15	45,79	10,50	7,81	8,76	49,32	60,50	18,20	8,21	20,94	13,39	6,38	7,61	2,17	1,13	34,76	25,95	16,60	9,32
jul/15	45,86	11,52	7,90	7,41	45,26	55,01	22,51	8,62	19,48	16,38	6,05	7,13	2,01	1,05	44,39	26,32	11,54	10,04
ago/15	49,03	13,29	9,69	8,17	48,82	60,04	25,81	10,18	22,65	16,13	7,03	7,76	3,49	1,10	43,12	28,12	17,45	12,04
set/15	33,97	21,39	13,89	13,58	61,40	65,94	35,98	16,41	28,53	24,18	10,04	13,99	3,09	1,80	41,94	30,46	23,39	15,76
out/15	43,35	10,82	9,33	7,83	51,12	60,34	23,33	9,53	25,88	14,78	6,69	8,27	2,04	0,84	42,93	24,54	15,19	7,98
nov/15	43,48	11,98	8,65	7,25	45,96	50,11	22,39	7,78	20,63	15,86	4,48	5,80	1,62	0,80	45,95	25,27	15,14	5,37
dez/15	36,87	9,02	8,34	6,80	38,94	46,05	20,69	7,31	18,41	12,12	4,52	5,68	1,26	1,26	52,05	22,87	16,69	5,29
Média geral	27,96	8,98	6,38	6,08	39,47	46,88	2,94	0,18	10,28	6,49	4,01	5,21	1,24	0,67	27,69	20,92	8,13	5,59
CAPS existentes	329	157	329	157	329	157	329	157	329	157	329	157	329	157	329	157	329	157

ANEXO 10 – ATENÇÃO À CRISE CORONEL FABRICIANO

Mês	Artic. Redes		Atend. Domiciliar		Atend. Familiar		Atenç. Crise		Fortalec. Protag.		Matric. AB		Matric. RUE		Reab. Psicossocial		RD	
	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF
jan/13	2,31	0,00	4,34	0,50	11,42	0,17	3,03	0,00	1,51		0,51	0,00	0,18		7,52	0,00	0,77	0,00
fev/13	3,34	0,17	4,56	0,33	12,40	1,17	3,26	0,00	1,80		0,67	0,50	0,44		7,10	0,83	1,28	0,00
mar/13	5,29	0,17	6,10	2,67	16,69	2,17	3,64	0,17	2,47		0,86	0,17	0,31		12,47	0,17	1,83	0,00
abr/13	5,20	0,33	5,95	1,50	17,88	2,83	3,63	0,00	2,46		1,10	0,00	0,35		11,29	1,67	1,80	0,00
mai/13	6,46	0,00	5,94	1,00	17,56	3,50	6,20	0,00	3,53		1,49	0,00	0,39		8,33	2,50	1,34	0,00
jun/13	6,32	0,00	6,77	1,00	18,80	2,17	3,71	0,00	3,25		1,58	0,00	0,33		8,75	6,67	1,65	0,00
jul/13	6,37	0,00	6,71	0,33	18,52	2,67	3,54	0,17	3,32		1,45	0,00	0,60		9,18	0,00	1,79	0,00
ago/13	6,85	0,33	7,26	0,00	22,17	2,83	3,97	0,00	3,83		1,86	0,00	0,56		11,12	0,33	2,19	0,00
set/13	7,39	0,00	7,48	0,33	21,56	2,33	3,78	0,00	4,09		1,56	0,00	0,96		10,78	6,17	2,42	0,00
out/13	7,53	0,00	7,74	0,50	23,34	1,83	3,86	0,00	3,96		1,42	0,00	0,91		10,95	0,17	2,53	0,00
nov/13	6,62	0,00	7,10	1,00	20,94	2,00	4,22	0,00	4,56		1,57	0,00	1,12		10,39	0,00	2,48	0,00
dez/13	5,90	0,00	6,06	0,00	17,72	1,67	2,97	0,50	3,89		1,25	0,00	0,51		11,30	0,00	2,44	0,00
jan/14	7,43	0,00	6,54	0,33	17,90	2,00	3,64	0,00	3,60		1,15	0,00	0,69		9,52	0,17	2,49	0,00
fev/14	7,50	0,00	6,48	0,17	19,59	2,50	3,82	0,00	5,02		1,26	0,00	0,50		11,70	2,00	3,25	0,00
mar/14	10,31	0,00	5,96	1,17	19,44	2,17	3,40	0,17	5,13		1,14	0,00	1,03		10,72	0,17	4,35	0,00
abr/14	12,37	0,00	6,18	1,00	20,04	2,00	4,80	0,00	5,86		2,29	0,00	1,16		12,05	0,00	4,71	6,83
mai/14	13,84	0,00	7,05	0,67	21,33	3,83	3,64	0,00	7,16		2,13	0,00	0,30		11,71	2,83	5,18	0,00
jun/14	13,02	0,00	7,12	0,83	20,16	3,50	3,75	0,00	6,15		2,02	0,00	0,57		11,25	0,17	5,80	12,83
jul/14	9,56	0,00	6,52	1,00	20,99	3,50	4,21	0,33	5,25		1,87	0,00	0,49		13,18	1,83	3,95	0,00
ago/14	10,97	0,00	6,28	0,50	22,67	4,50	3,90	0,33	7,32		1,76	0,00	0,63		13,44	0,50	5,25	2,17
set/14	11,10	0,17	6,81	3,17	25,15	7,17	3,94	0,50	7,88		2,24	0,00	0,70		14,69	0,17	6,56	9,83
out/14	10,45	0,83	7,22	3,50	25,19	8,00	3,95	3,00	7,81		1,94	0,00	0,68		12,54	0,33	6,20	3,33
nov/14	9,84	0,33	5,86	3,00	21,32	6,17	3,98	0,33	10,04		1,89	0,00	0,77		12,23	1,50	5,90	2,50
dez/14	7,75	0,00	5,88	2,17	18,33	2,83	3,90	0,50	8,32		1,54	0,00	0,49		13,41	1,83	4,85	1,83
jan/15	9,66	0,17	5,76	4,83	21,26	9,00	4,28	0,50	8,05		1,46	0,00	1,20		11,28	5,83	5,61	0,00
fev/15	9,29	0,17	5,36	0,50	21,54	5,67	4,16	0,83	9,03		1,60	0,00	0,77		11,83	1,00	9,14	3,00
mar/15	11,77	0,17	6,75	3,17	26,43	10,33	4,58	1,00	8,33		2,35	0,00	0,78		13,66	3,17	6,01	8,33
abr/15	10,93	0,50	5,83	3,67	24,61	10,00	4,37	0,50	9,74		2,27	0,00	1,03		15,42	6,83	7,65	0,00
mai/15	15,93	0,67	6,25	3,00	24,99	10,17	5,17	2,17	9,96		2,44	0,00	0,84		15,93	6,83	7,02	4,17
jun/15	14,10	1,00	6,38	3,50	25,17	9,17	5,52	0,33	11,57		2,55	0,00	0,79		15,74	5,17	8,43	7,67
jul/15	13,33	1,33	6,79	3,67	24,83	10,50	6,01	0,33	10,50		2,30	0,00	0,73		17,90	4,67	8,16	4,33
ago/15	14,96	0,00	7,16	3,50	26,54	12,00	6,76	0,50	11,62		3,28	0,00	1,19		17,04	4,33	7,69	0,00
set/15	21,64	0,17	8,73	4,00	35,46	10,00	8,86	1,00	14,30		3,42	0,00	1,10		24,19	5,83	11,53	3,50
out/15	14,15	0,67	6,60	1,17	25,18	10,83	6,19	2,33	11,31		2,49	0,00	0,81		15,94	6,83	8,89	14,00
nov/15	14,31	0,83	5,52	5,67	22,41	12,33	5,78	0,83	10,24		2,39	0,00	0,84		15,10	8,00	9,29	5,67
dez/15	11,56	0,33	5,62	4,50	19,42	9,17	5,25	1,00	8,83		1,65	0,00	0,75		15,05	7,00	8,15	2,33
Média geral	9,87	0,23	6,41	1,88	21,36	5,35	4,44	0,48	6,71	0,00	1,80	0,02	0,71	0,00	12,63	2,65	4,96	2,56
CAPS existentes	1967,00	6	1967,00	6	1967,00	6	1967,00	6	1967,00	6	1967,00	6	1967,00	6	1967,00	6	1967,00	6

ANEXO 11 – ATENÇÃO À CRISE RESENDE

Mês	Artic. Redes		Atend. Domiciliar		Atend. Familiar		Atenç. Crise		Fortalec. Protog.		Matric. AB		Matric. RUE		Reab. Psicossocial		RD	
	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF
jan/13	2,31	1,62	4,34	5,33	11,42	5,27	3,03	1,47	1,51	1,33	0,51	0,07	0,18	0,00	7,52	0,47	0,77	4,27
fev/13	3,34	1,62	4,56	5,07	12,40	7,73	3,26	0,93	1,80	0,00	0,67	0,00	0,44	0,00	7,10	2,20	1,28	8,93
mar/13	5,29	24,92	6,10	5,87	16,69	10,53	3,64	2,27	2,47	23,27	0,86	1,13	0,31	1,00	12,47	2,40	1,83	48,13
abr/13	5,20	15,31	5,95	9,53	17,88	11,93	3,63	4,40	2,46	6,27	1,10	1,07	0,35	4,00	11,29	0,33	1,80	21,87
mai/13	6,46	23,08	5,94	2,93	17,56	15,07	6,20	1,93	3,53	23,53	1,49	5,67	0,39	3,33	8,33	0,33	1,34	8,33
jun/13	6,32	52,00	6,77	6,13	18,80	20,20	3,71	3,47	3,25	6,80	1,58	2,80	0,33	0,13	8,75	0,40	1,65	13,00
jul/13	6,37	1,69	6,71	8,33	18,52	19,80	3,54	5,20	3,32	6,73	1,45	2,07	0,60	9,67	9,18	2,53	1,79	40,00
ago/13	6,85	35,69	7,26	4,53	22,17	33,60	3,97	6,87	3,83	17,67	1,86	4,40	0,56	8,53	11,12	3,47	2,19	50,07
set/13	7,39	34,38	7,48	10,40	21,56	30,73	3,78	6,53	4,09	61,67	1,56	9,13	0,96	66,87	10,78	3,13	2,42	25,80
out/13	7,53	48,23	7,74	5,80	23,34	28,67	3,86	4,53	3,96	41,27	1,42	7,20	0,91	47,00	10,95	3,47	2,53	23,73
nov/13	6,62	25,08	7,10	4,47	20,94	18,27	4,22	4,07	4,56	114,13	1,57	5,53	1,12	70,67	10,39	2,60	2,48	8,20
dez/13	5,90	22,46	6,06	3,73	17,72	16,40	2,97	1,07	3,89	25,67	1,25	0,87	0,51	0,00	11,30	1,93	2,44	16,67
jan/14	7,43	37,85	6,54	2,87	17,90	31,93	3,64	3,00	3,60	31,40	1,15	17,07	0,69	24,67	9,52	6,27	2,49	13,60
fev/14	7,50	18,62	6,48	4,00	19,59	27,13	3,82	3,60	5,02	40,40	1,26	0,53	0,50	2,53	11,70	3,53	3,25	43,73
mar/14	10,31	36,69	5,96	5,13	19,44	25,47	3,40	3,00	5,13	24,20	1,14	0,00	1,03	65,27	10,72	4,73	4,35	64,27
abr/14	12,37	87,85	6,18	4,47	20,04	20,80	4,80	2,60	5,86	76,00	2,29	3,60	1,16	52,27	12,05	3,27	4,71	128,13
mai/14	13,84	58,92	7,05	4,60	21,33	33,27	3,64	3,53	7,16	85,87	2,13	6,87	0,30	0,00	11,71	4,07	5,18	44,40
jun/14	13,02	62,00	7,12	5,53	20,16	22,40	3,75	4,07	6,15	57,07	2,02	2,07	0,57	9,13	11,25	3,93	5,80	122,80
jul/14	9,56	19,62	6,52	4,80	20,99	19,87	4,21	8,20	5,25	43,33	1,87	2,67	0,49	4,33	13,18	3,73	3,95	15,53
ago/14	10,97	24,85	6,28	4,73	22,67	37,13	3,90	4,93	7,32	52,00	1,76	2,60	0,63	2,07	13,44	5,47	5,25	24,73
set/14	11,10	52,38	6,81	6,53	25,15	32,47	3,94	5,53	7,88	79,00	2,24	0,60	0,70	1,13	14,69	8,33	6,56	35,67
out/14	10,45	44,15	7,22	5,60	25,19	23,00	3,95	3,00	7,81	85,60	1,94	5,33	0,68	1,07	12,54	5,73	6,20	108,73
nov/14	9,84	57,38	5,86	2,60	21,32	23,47	3,98	2,60	10,04	301,53	1,89	4,07	0,77	15,00	12,23	1,40	5,90	98,47
dez/14	7,75	38,00	5,88	2,00	18,33	14,93	3,90	3,07	8,32	194,67	1,54	2,40	0,49	12,80	13,41	1,67	4,85	75,33
jan/15	9,66	11,25	5,76	4,67	21,26	22,07	4,28	3,67	8,05	223,80	1,46	0,20	1,20	72,80	11,28	2,07	5,61	67,60
fev/15	9,29	11,92	5,36	3,07	21,54	22,20	4,16	3,47	9,03	391,73	1,60	1,47	0,77	2,73	11,83	3,33	9,14	151,73
mar/15	11,77	40,33	6,75	6,80	26,43	32,93	4,58	5,53	8,33	259,73	2,35	0,93	0,78	6,73	13,66	5,07	6,01	92,13
abr/15	10,93	31,42	5,83	5,20	24,61	18,80	4,37	3,73	9,74	348,00	2,27	2,53	1,03	30,53	15,42	2,87	7,65	91,93
mai/15	15,93	65,27	6,25	5,73	24,99	22,47	5,17	2,60	9,96	324,67	2,44	7,80	0,84	33,93	15,93	4,40	7,02	58,93
jun/15	14,10	61,46	6,38	5,53	25,17	25,47	5,52	3,33	11,57	240,87	2,55	8,40	0,79	5,93	15,74	4,80	8,43	64,73
jul/15	13,33	50,69	6,79	6,80	24,83	12,27	6,01	4,00	10,50	255,47	2,30	3,67	0,73	3,20	17,90	1,53	8,16	110,87
ago/15	14,96	39,77	7,16	9,20	26,54	26,87	6,76	4,60	11,62	296,60	3,28	2,29	1,19	3,80	17,04	3,13	7,69	80,73
set/15	21,64	46,08	8,73	8,40	35,46	21,07	8,86	3,20	14,30	235,67	3,42	30,20	1,10	18,67	24,19	3,80	11,53	62,93
out/15	14,15	36,62	6,60	6,00	25,18	24,53	6,19	5,27	11,31	205,07	2,49	14,87	0,81	2,80	15,94	4,87	8,89	75,07
nov/15	14,31	51,85	5,52	7,07	22,41	21,67	5,78	2,67	10,24	196,33	2,39	3,87	0,84	1,87	15,10	5,40	9,29	91,40
dez/15	11,56	30,85	5,62	2,73	19,42	16,47	5,25	3,33	8,83	188,87	1,65	2,93	0,75	18,40	15,05	2,93	8,15	46,07
Média geral	9,87	36,16	6,41	5,45	21,36	22,14	4,44	3,76	6,71	126,84	1,80	4,64	0,71	16,75	12,63	3,32	4,96	56,63
CAPS existentes	1967	15	1967	15	1967	15	1967	15	1967	15	1967	15	1967	15	1967	15	1967	15

ANEXO 12 – ATENÇÃO À CRISE SÃO PAULO

Mês	Artic. Redes		Atend. Domiciliar		Atend. Familiar		Atenç. Crise		Fortalec. Protog.		Matic. AB		Matic. RUE		Reab. Psicossocial		RD	
	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF
jan/13	2,31	1,21	4,34	2,88	11,42	24,44	3,03	6,27	1,51	0,22	0,51	3,42	0,18	0,10	7,52	10,25	0,77	0,81
fev/13	3,34	2,77	4,56	2,18	12,40	23,08	3,26	5,40	1,80	0,83	0,67	4,36	0,44	0,62	7,10	12,52	1,28	1,45
mar/13	5,29	3,24	6,10	2,24	16,69	30,15	3,64	5,42	2,47	1,38	0,86	4,30	0,31	0,54	12,47	15,58	1,83	1,07
abr/13	5,20	4,55	5,95	2,42	17,88	37,20	3,63	4,52	2,46	1,53	1,10	2,52	0,35	0,89	11,29	17,55	1,80	1,71
mai/13	6,46	6,47	5,94	3,15	17,56	35,30	6,20	5,42	3,53	1,88	1,49	7,67	0,39	0,50	8,33	20,27	1,34	1,71
jun/13	6,32	7,04	6,77	3,84	18,80	41,41	3,71	5,66	3,25	1,91	1,58	8,58	0,33	0,33	8,75	18,66	1,65	2,55
jul/13	6,37	6,34	6,71	5,54	18,52	39,12	3,54	6,19	3,32	2,42	1,45	8,92	0,60	0,70	9,18	22,72	1,79	2,67
ago/13	6,85	10,12	7,26	6,21	22,17	52,84	3,97	7,55	3,83	1,90	1,86	8,41	0,56	0,46	11,12	29,17	2,19	4,72
set/13	7,39	17,74	7,48	8,25	21,56	50,22	3,78	7,70	4,09	7,25	1,56	7,64	0,96	0,64	10,78	20,03	2,42	11,84
out/13	7,53	9,35	7,74	6,29	23,34	55,46	3,86	7,59	3,96	5,23	1,42	5,77	0,91	0,28	10,95	21,26	2,53	7,21
nov/13	6,62	10,13	7,10	5,74	20,94	54,67	4,22	6,04	4,56	6,46	1,57	5,83	1,12	0,30	10,39	18,63	2,48	3,26
dez/13	5,90	10,27	6,06	5,21	17,72	44,62	2,97	6,19	3,89	3,79	1,25	5,02	0,51	0,71	11,30	19,37	2,44	3,77
jan/14	7,43	12,49	6,54	6,29	17,90	50,90	3,64	8,73	3,60	5,83	1,15	4,77	0,69	0,67	9,52	18,35	2,49	7,37
fev/14	7,50	14,78	6,48	5,50	19,59	54,87	3,82	11,46	5,02	7,07	1,26	6,38	0,50	0,87	11,70	21,09	3,25	9,60
mar/14	10,31	14,17	5,96	6,01	19,44	56,98	3,40	12,15	5,13	8,42	1,14	6,88	1,03	0,96	10,72	17,26	4,35	7,58
abr/14	12,37	15,53	6,18	7,12	20,04	60,63	4,80	12,99	5,86	6,84	2,29	8,23	1,16	0,95	12,05	20,52	4,71	7,75
mai/14	13,84	17,32	7,05	6,40	21,33	58,66	3,64	12,32	7,16	9,00	2,13	7,51	0,30	0,98	11,71	24,64	5,18	9,11
jun/14	13,02	14,77	7,12	7,23	20,16	51,30	3,75	12,82	6,15	7,47	2,02	6,59	0,57	0,88	11,25	18,21	5,80	7,79
jul/14	9,56	15,86	6,52	8,23	20,99	56,97	4,21	13,08	5,25	7,88	1,87	7,41	0,49	1,29	13,18	21,98	3,95	8,70
ago/14	10,97	14,91	6,28	8,34	22,67	69,41	3,90	14,54	7,32	9,12	1,76	8,41	0,63	1,36	13,44	31,68	5,25	6,63
set/14	11,10	18,57	6,81	9,26	25,15	74,07	3,94	18,45	7,88	11,48	2,24	8,63	0,70	1,76	14,69	33,26	6,56	9,28
out/14	10,45	16,55	7,22	9,33	25,19	71,08	3,95	15,87	7,81	10,42	1,94	8,54	0,68	1,36	12,54	24,83	6,20	8,11
nov/14	9,84	13,50	5,86	8,26	21,32	62,60	3,98	13,25	10,04	9,59	1,89	7,36	0,77	1,54	12,23	21,62	5,90	8,37
dez/14	7,75	11,06	5,88	7,59	18,33	54,86	3,90	12,75	8,32	9,54	1,54	6,16	0,49	1,34	13,41	28,25	4,85	5,01
jan/15	9,66	11,19	5,76	8,16	21,26	58,32	4,28	17,48	8,05	7,73	1,46	6,91	1,20	1,14	11,28	20,70	5,61	5,55
fev/15	9,29	12,02	5,36	8,07	21,54	60,21	4,16	16,17	9,03	7,73	1,60	6,98	0,77	0,80	11,83	23,50	9,14	4,98
mar/15	11,77	16,47	6,75	8,45	26,43	78,97	4,58	15,31	8,33	9,14	2,35	9,12	0,78	1,34	13,66	29,65	6,01	7,12
abr/15	10,93	16,94	5,83	7,87	24,61	66,75	4,37	13,91	9,74	9,85	2,27	9,20	1,03	1,33	15,42	29,59	7,65	7,16
mai/15	15,93	20,03	6,25	8,95	24,99	70,38	5,17	15,03	9,96	14,22	2,44	9,60	0,84	1,38	15,93	46,61	7,02	9,97
jun/15	14,10	17,88	6,38	8,92	25,17	73,99	5,52	14,04	11,57	10,30	2,55	9,75	0,79	1,82	15,74	33,13	8,43	7,09
jul/15	13,33	18,94	6,79	8,76	24,83	66,84	6,01	15,29	10,50	16,22	2,30	9,29	0,73	1,83	17,90	35,87	8,16	10,36
ago/15	14,96	19,02	7,16	9,48	26,54	74,32	6,76	17,23	11,62	15,10	3,28	10,91	1,19	1,75	17,04	35,24	7,69	8,20
set/15	21,64	21,34	8,73	13,09	35,46	79,90	8,86	22,39	14,30	15,70	3,42	11,18	1,10	3,18	24,19	26,99	11,53	7,70
out/15	14,15	16,10	6,60	9,45	25,18	76,07	6,19	14,90	11,31	15,27	2,49	8,74	0,81	1,28	15,94	34,10	8,89	8,03
nov/15	14,31	16,68	5,52	8,30	22,41	62,91	5,78	12,28	10,24	14,61	2,39	8,26	0,84	1,42	15,10	31,41	9,29	7,66
dez/15	11,56	11,81	5,62	7,78	19,42	56,07	5,25	12,77	8,83	13,58	1,65	5,91	0,75	1,08	15,05	32,02	8,15	7,60
Média geral	9,87	12,98	6,41	6,97	21,36	56,54	4,44	11,64	6,71	7,97	1,80	7,37	0,71	1,07	12,63	24,63	4,96	6,37
CAPS existentes	1967,00	92	1967,00	92	1967,00	92	1967,00	92	1967,00	92	1967,00	92	1967,00	92	1967,00	92	1967,00	92

ANEXO 13 – DESINSTITUCIONALIZAÇÃO SÃO BERNARDO DO CAMPO

Mês	Artic. Redes		Atend. Domiciliar		Atend. Familiar		Atenç. Crise		Fortalec. Protog.		Matric. AB		Matric. RUE		Reab. Psicossocial		RD	
	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF
jan/13	2,31	0,00	4,34	0,50	11,42	7,63	3,03	0,22	1,51	0,00	0,51	0,00	0,18		7,52	3,00	0,77	0,00
fev/13	3,34	0,00	4,56	0,25	12,40	6,13	3,26	0,89	1,80	0,00	0,67	0,00	0,44		7,10	1,75	1,28	0,00
mar/13	5,29	0,11	6,10	1,78	16,69	13,56	3,64	1,20	2,47	0,44	0,86	0,11	0,31		12,47	7,22	1,83	0,00
abr/13	5,20	0,44	5,95	2,22	17,88	15,89	3,63	0,60	2,46	0,44	1,10	0,11	0,35		11,29	4,00	1,80	0,00
mai/13	6,46	2,33	5,94	1,00	17,56	15,67	6,20	1,20	3,53	0,00	1,49	1,33	0,39		8,33	6,78	1,34	0,00
jun/13	6,32	3,67	6,77	1,11	18,80	22,33	3,71	0,80	3,25	0,56	1,58	0,44	0,33		8,75	8,44	1,65	0,00
jul/13	6,37	3,75	6,71	2,56	18,52	22,89	3,54	0,40	3,32	0,00	1,45	1,67	0,60		9,18	4,00	1,79	0,89
ago/13	6,85	4,22	7,26	2,78	22,17	37,67	3,97	0,60	3,83	0,11	1,86	0,00	0,56		11,12	5,00	2,19	0,00
set/13	7,39	3,00	7,48	3,33	21,56	33,89	3,78	0,60	4,09	0,11	1,56	0,89	0,96		10,78	6,00	2,42	0,00
out/13	7,53	4,00	7,74	3,89	23,34	19,56	3,86	3,20	3,96	0,11	1,42	0,00	0,91		10,95	5,78	2,53	0,11
nov/13	6,62	2,78	7,10	2,78	20,94	22,78	4,22	4,20	4,56	0,89	1,57	0,67	1,12		10,39	5,56	2,48	0,44
dez/13	5,90	1,56	6,06	4,89	17,72	15,78	2,97	1,80	3,89	1,56	1,25	0,56	0,51		11,30	4,89	2,44	0,44
jan/14	7,43	3,67	6,54	5,33	17,90	26,00	3,64	2,00	3,60	0,89	1,15	0,67	0,69		9,52	2,67	2,49	0,44
fev/14	7,50	3,00	6,48	6,00	19,59	37,44	3,82	7,80	5,02	1,00	1,26	0,67	0,50		11,70	4,33	3,25	0,33
mar/14	10,31	4,11	5,96	6,78	19,44	46,56	3,40	5,20	5,13	1,00	1,14	0,33	1,03		10,72	13,33	4,35	0,22
abr/14	12,37	4,22	6,18	7,44	20,04	46,11	4,80	3,40	5,86	4,56	2,29	0,67	1,16		12,05	9,67	4,71	0,00
mai/14	13,84	1,56	7,05	6,00	21,33	58,78	3,64	8,00	7,16	1,00	2,13	0,56	0,30		11,71	19,56	5,18	0,00
jun/14	13,02	1,67	7,12	7,44	20,16	46,89	3,75	22,80	6,15	0,67	2,02	0,56	0,57		11,25	25,56	5,80	0,00
jul/14	9,56	2,22	6,52	10,22	20,99	78,11	4,21	28,20	5,25	1,44	1,87	0,56	0,49		13,18	9,63	3,95	0,00
ago/14	10,97	2,33	6,28	8,33	22,67	73,44	3,90	40,80	7,32	0,89	1,76	0,33	0,63		13,44	37,22	5,25	0,00
set/14	11,10	4,33	6,81	6,78	25,15	75,56	3,94	49,00	7,88	0,89	2,24	0,00	0,70		14,69	35,00	6,56	0,22
out/14	10,45	5,22	7,22	5,44	25,19	73,89	3,95	48,80	7,81	1,33	1,94	0,00	0,68		12,54	33,44	6,20	0,11
nov/14	9,84	3,00	5,86	3,11	21,32	62,00	3,98	53,20	10,04	0,33	1,89	0,00	0,77		12,23	19,00	5,90	0,33
dez/14	7,75	1,44	5,88	4,78	18,33	36,33	3,90	56,60	8,32	0,11	1,54	0,00	0,49		13,41	59,11	4,85	0,00
jan/15	9,66	5,33	5,76	7,00	21,26	52,78	4,28	48,40	8,05	3,78	1,46	0,00	1,20		11,28	19,56	5,61	1,33
fev/15	9,29	6,11	5,36	8,44	21,54	55,22	4,16	50,00	9,03	1,33	1,60	0,00	0,77		11,83	19,78	9,14	0,89
mar/15	11,77	6,89	6,75	9,00	26,43	80,33	4,58	77,40	8,33	0,78	2,35	0,00	0,78		13,66	34,00	6,01	0,78
abr/15	10,93	5,67	5,83	8,67	24,61	76,33	4,37	26,60	9,74	0,00	2,27	0,00	1,03		15,42	21,56	7,65	0,22
mai/15	15,93	5,89	6,25	8,44	24,99	50,44	5,17	45,40	9,96	0,11	2,44	0,00	0,84		15,93	32,89	7,02	0,33
jun/15	14,10	5,22	6,38	6,89	25,17	55,33	5,52	35,20	11,57	0,00	2,55	0,00	0,79		15,74	34,67	8,43	0,33
jul/15	13,33	3,67	6,79	11,67	24,83	75,56	6,01	39,40	10,50	1,11	2,30	0,00	0,73		17,90	35,67	8,16	0,67
ago/15	14,96	5,78	7,16	8,22	26,54	86,22	6,76	41,00	11,62	1,67	3,28	0,00	1,19		17,04	50,44	7,69	0,67
set/15	21,64	6,56	8,73	17,67	35,46	97,60	8,86	48,44	14,30	6,22	3,42	0,56	1,10		24,19	69,75	11,53	1,11
out/15	14,15	7,11	6,60	6,67	25,18	59,56	6,19	43,60	11,31	1,67	2,49	0,78	0,81		15,94	26,22	8,89	1,67
nov/15	14,31	7,11	5,52	8,00	22,41	62,89	5,78	21,60	10,24	0,78	2,39	0,67	0,84		15,10	24,11	9,29	0,22
dez/15	11,56	3,56	5,62	8,33	19,42	57,89	5,25	21,60	8,83	0,78	1,65	1,00	0,75		15,05	30,78	8,15	0,78
Média geral	9,87	3,65	6,41	5,94	21,36	47,36	21,36	52,08	6,71	1,02	1,80	0,36	0,71	0,00	12,63	20,29	4,96	0,35
CAPS existentes	1967	9	1967	9	1967	9	1967	9	1967	9	1967	9	1967	9	1967	9	1967	9

ANEXO 14 – DESINSTITUCIONALIZAÇÃO SOROCABA

Mês	Artic. Redes		Atend. Domiciliar		Atend. Familiar		Atenç. Crise		Fortalec. Protag.		Matric. AB		Matric. RUE		Reab. Psicossocial		RD	
	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF
jan/13	2,31	5,00	4,34	0,25	11,42	0,83	3,03	0,00	1,51	1,17	0,51	0,00	0,18	0,00	7,52	5,33	0,77	0,00
fev/13	3,34	7,33	4,56	0,58	12,40	9,25	3,26	0,50	1,80	0,00	0,67	0,00	0,44	0,00	7,10	6,75	1,28	0,00
mar/13	5,29	12,75	6,10	3,00	16,69	36,17	3,64	3,25	2,47	0,17	0,86	0,00	0,31	0,00	12,47	10,17	1,83	0,00
abr/13	5,20	0,00	5,95	2,17	17,88	40,17	3,63	3,58	2,46	0,00	1,10	0,00	0,35	0,00	11,29	7,75	1,80	0,00
mai/13	6,46	0,00	5,94	1,42	17,56	54,42	6,20	52,58	3,53	0,00	1,49	0,00	0,39	0,00	8,33	7,00	1,34	0,00
jun/13	6,32	0,00	6,77	1,33	18,80	53,25	3,71	56,08	3,25	0,00	1,58	0,00	0,33	0,00	8,75	10,08	1,65	0,00
jul/13	6,37	13,17	6,71	1,33	18,52	47,17	3,54	55,33	3,32	0,25	1,45	0,08	0,60	0,00	9,18	10,00	1,79	0,00
ago/13	6,85	0,00	7,26	0,58	22,17	44,67	3,97	55,75	3,83	0,08	1,86	1,00	0,56	0,00	11,12	7,25	2,19	0,00
set/13	7,39	19,58	7,48	2,75	21,56	42,58	3,78	48,50	4,09	0,00	1,56	0,33	0,96	0,00	10,78	20,25	2,42	0,00
out/13	7,53	29,75	7,74	2,75	23,34	174,00	3,86	56,25	3,96	0,00	1,42	0,58	0,91	0,00	10,95	6,25	2,53	0,83
nov/13	6,62	30,58	7,10	2,67	20,94	101,33	4,22	53,50	4,56	0,25	1,57	0,25	1,12	0,00	10,39	11,50	2,48	0,67
dez/13	5,90	13,83	6,06	1,08	17,72	72,42	2,97	45,75	3,89	0,00	1,25	10,83	0,51	0,00	11,30	7,67	2,44	0,92
jan/14	7,43	12,25	6,54	1,50	17,90	77,00	3,64	47,33	3,60	0,00	1,15	1,25	0,69	0,00	9,52	8,50	2,49	0,00
fev/14	7,50	19,50	6,48	25,75	19,59	82,25	3,82	59,33	5,02	0,00	1,26	1,33	0,50	0,00	11,70	14,83	3,25	0,00
mar/14	10,31	17,75	5,96	7,42	19,44	65,33	3,40	40,17	5,13	0,17	1,14	1,42	1,03	0,00	10,72	13,67	4,35	0,08
abr/14	12,37	18,08	6,18	4,08	20,04	64,58	4,80	40,67	5,86	0,92	2,29	5,33	1,16	0,00	12,05	11,67	4,71	0,00
mai/14	13,84	1,75	7,05	4,00	21,33	78,25	3,64	35,17	7,16	0,50	2,13	2,33	0,30	0,00	11,71	6,42	5,18	0,00
jun/14	13,02	12,67	7,12	2,25	20,16	63,00	3,75	45,92	6,15	0,67	2,02	8,83	0,57	0,00	11,25	11,42	5,80	0,00
jul/14	9,56	9,92	6,52	2,08	20,99	63,83	4,21	51,00	5,25	0,33	1,87	6,58	0,49	0,00	13,18	17,92	3,95	0,00
ago/14	10,97	9,17	6,28	9,33	22,67	55,58	3,90	43,83	7,32	0,92	1,76	7,42	0,63	0,00	13,44	12,42	5,25	0,00
set/14	11,10	12,17	6,81	4,42	25,15	55,25	3,94	55,67	7,88	1,58	2,24	10,67	0,70	0,00	14,69	28,92	6,56	0,17
out/14	10,45	10,58	7,22	5,58	25,19	47,50	3,95	38,67	7,81	0,67	1,94	3,25	0,68	0,00	12,54	26,17	6,20	0,08
nov/14	9,84	12,17	5,86	3,17	21,32	41,42	3,98	43,50	10,04	1,00	1,89	10,92	0,77	0,00	12,23	15,17	5,90	0,75
dez/14	7,75	6,83	5,88	2,42	18,33	23,83	3,90	41,25	8,32	1,00	1,54	6,33	0,49	0,00	13,41	10,08	4,85	0,00
jan/15	9,66	9,75	5,76	2,33	21,26	40,42	4,28	46,25	8,05	0,67	1,46	6,92	1,20	0,00	11,28	9,33	5,61	0,00
fev/15	9,29	8,67	5,36	5,83	21,54	44,33	4,16	43,92	9,03	0,83	1,60	3,67	0,77	0,00	11,83	11,92	9,14	0,00
mar/15	11,77	9,75	6,75	5,25	26,43	36,58	4,58	63,00	8,33	0,75	2,35	2,42	0,78	0,00	13,66	23,00	6,01	0,00
abr/15	10,93	5,75	5,83	3,17	24,61	40,83	4,37	45,33	9,74	0,58	2,27	4,50	1,03	0,00	15,42	20,67	7,65	0,00
mai/15	15,93	7,17	6,25	5,00	24,99	45,58	5,17	54,00	9,96	1,00	2,44	4,75	0,84	0,00	15,93	6,08	7,02	0,00
jun/15	14,10	5,17	6,38	5,17	25,17	34,42	5,52	46,25	11,57	0,67	2,55	10,58	0,79	0,00	15,74	4,92	8,43	0,00
jul/15	13,33	6,08	6,79	5,00	24,83	34,83	6,01	47,92	10,50	0,67	2,30	7,42	0,73	0,42	17,90	8,92	8,16	0,00
ago/15	14,96	7,67	7,16	9,33	26,54	50,17	6,76	53,25	11,62	0,67	3,28	3,17	1,19	4,08	17,04	11,83	7,69	0,00
set/15	21,64	14,67	8,73	6,08	35,46	80,83	8,86	49,58	14,30	2,75	3,42	5,83	1,10	0,00	24,19	11,67	11,53	0,17
out/15	14,15	6,08	6,60	2,67	25,18	32,17	6,19	55,08	11,31	1,67	2,49	3,17	0,81	0,00	15,94	12,25	8,89	0,00
nov/15	14,31	9,25	5,52	2,00	22,41	19,75	5,78	41,58	10,24	0,67	2,39	7,83	0,84	0,00	15,10	6,92	9,29	0,00
dez/15	11,56	3,33	5,62	2,33	19,42	20,75	5,25	36,75	8,83	0,25	1,65	4,58	0,75	0,00	15,05	2,92	8,15	0,08
Média geral	9,87	10,23	6,41	4,06	21,36	52,08	4,44	11,64	6,71	0,58	1,80	3,99	0,71	0,13	12,63	11,60	4,96	0,10
CAPS existentes	1967,00	12	1967,00	12	1967,00	12	1967,00	12	1967,00	12	1967,00	12	1967,00	12	1967,00	12	1967,00	12

ANEXO 15 – REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL SANTO ANDRÉ

Mês	Artic. Redes		Atend. Domiciliar		Atend. Familiar		Atenç. Crise		Fortalec. Protag.		Matric. AB		Matric. RUE		Reab. Psicossocial		RD	
	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF
jan/13	2,31	0,21	4,34	0,29	11,42	15,36	3,03	0,36	1,51	3,14	0,51	0,00	0,18	0,00	7,52	4,57	0,77	0,00
fev/13	3,34	1,29	4,56	3,57	12,40	27,71	3,26	0,71	1,80	9,36	0,67	0,07	0,44	0,00	7,10	10,21	1,28	0,07
mar/13	5,29	2,57	6,10	3,64	16,69	34,71	3,64	1,93	2,47	1,71	0,86	1,21	0,31	0,36	12,47	13,86	1,83	0,21
abr/13	5,20	2,57	5,95	5,86	17,88	40,43	3,63	5,36	2,46	3,86	1,10	0,79	0,35	0,21	11,29	17,43	1,80	0,21
mai/13	6,46	16,07	5,94	6,36	17,56	25,79	6,20	5,93	3,53	18,57	1,49	0,21	0,39	0,07	8,33	7,43	1,34	0,00
jun/13	6,32	11,64	6,77	7,07	18,80	21,93	3,71	3,50	3,25	6,00	1,58	1,21	0,33	1,79	8,75	8,93	1,65	0,00
jul/13	6,37	12,64	6,71	6,07	18,52	33,36	3,54	5,14	3,32	10,07	1,45	0,71	0,60	0,29	9,18	8,29	1,79	0,00
ago/13	6,85	18,93	7,26	7,93	22,17	31,43	3,97	6,64	3,83	3,00	1,86	4,36	0,56	0,86	11,12	8,57	2,19	0,00
set/13	7,39	16,14	7,48	8,71	21,56	29,36	3,78	11,21	4,09	1,79	1,56	1,86	0,96	0,29	10,78	9,79	2,42	0,07
out/13	7,53	22,64	7,74	8,29	23,34	36,29	3,86	12,86	3,96	11,00	1,42	1,14	0,91	1,43	10,95	6,93	2,53	0,00
nov/13	6,62	19,93	7,10	6,64	20,94	34,43	4,22	6,50	4,56	8,36	1,57	1,43	1,12	1,36	10,39	7,79	2,48	5,21
dez/13	5,90	23,50	6,06	5,43	17,72	25,64	2,97	2,93	3,89	9,07	1,25	0,50	0,51	0,14	11,30	3,50	2,44	0,00
jan/14	7,43	25,50	6,54	7,93	17,90	26,86	3,64	6,36	3,60	12,29	1,15	0,29	0,69	0,50	9,52	7,50	2,49	0,00
fev/14	7,50	20,93	6,48	6,79	19,59	24,43	3,82	6,86	5,02	15,93	1,26	0,29	0,50	0,14	11,70	12,79	3,25	0,00
mar/14	10,31	21,14	5,96	6,57	19,44	31,36	3,40	6,21	5,13	5,43	1,14	0,79	1,03	0,21	10,72	4,43	4,35	0,00
abr/14	12,37	18,64	6,18	6,64	20,04	24,14	4,80	8,29	5,86	8,79	2,29	0,71	1,16	0,07	12,05	10,43	4,71	0,00
mai/14	13,84	20,79	7,05	8,29	21,33	29,14	3,64	13,21	7,16	11,57	2,13	0,57	0,30	0,00	11,71	12,57	5,18	0,00
jun/14	13,02	13,07	7,12	9,43	20,16	28,71	3,75	33,29	6,15	7,29	2,02	1,00	0,57	0,36	11,25	26,93	5,80	0,00
jul/14	9,56	22,93	6,52	6,64	20,99	32,07	4,21	17,36	5,25	7,07	1,87	0,36	0,49	0,71	13,18	34,43	3,95	0,00
ago/14	10,97	20,21	6,28	12,50	22,67	45,64	3,90	17,21	7,32	15,00	1,76	0,21	0,63	0,21	13,44	33,00	5,25	0,14
set/14	11,10	20,00	6,81	10,93	25,15	56,29	3,94	15,43	7,88	4,64	2,24	2,50	0,70	0,21	14,69	30,93	6,56	0,14
out/14	10,45	17,36	7,22	9,29	25,19	51,86	3,95	15,29	7,81	9,57	1,94	2,29	0,68	0,36	12,54	27,93	6,20	0,00
nov/14	9,84	5,64	5,86	6,86	21,32	31,86	3,98	23,14	10,04	5,86	1,89	2,00	0,77	0,00	12,23	25,57	5,90	0,29
dez/14	7,75	15,79	5,88	9,50	18,33	27,14	3,90	11,00	8,32	5,00	1,54	0,50	0,49	0,00	13,41	11,14	4,85	0,00
jan/15	9,66	19,64	5,76	13,29	21,26	33,86	4,28	25,43	8,05	12,29	1,46	2,21	1,20	0,00	11,28	25,50	5,61	0,29
fev/15	9,29	26,43	5,36	16,36	21,54	34,29	4,16	13,14	9,03	11,57	1,60	1,07	0,77	0,07	11,83	25,07	9,14	0,21
mar/15	11,77	22,50	6,75	15,93	26,43	45,43	4,58	14,36	8,33	9,00	2,35	1,36	0,78	0,00	13,66	37,29	6,01	21,86
abr/15	10,93	10,36	5,83	13,00	24,61	37,43	4,37	17,57	9,74	11,64	2,27	4,50	1,03	0,07	15,42	23,79	7,65	20,57
mai/15	15,93	24,50	6,25	18,29	24,99	40,36	5,17	33,00	9,96	15,64	2,44	4,21	0,84	0,00	15,93	10,21	7,02	0,00
jun/15	14,10	14,79	6,38	28,93	25,17	63,36	5,52	20,79	11,57	82,50	2,55	4,50	0,79	0,00	15,74	38,71	8,43	28,57
jul/15	13,33	25,64	6,79	7,29	24,83	38,79	6,01	16,79	10,50	76,21	2,30	3,79	0,73	0,00	17,90	25,71	8,16	31,79
ago/15	14,96	22,29	7,16	9,07	26,54	40,93	6,76	24,14	11,62	77,21	3,28	2,79	1,19	0,21	17,04	41,29	7,69	31,00
set/15	21,64	32,21	8,73	15,14	35,46	56,21	8,86	37,64	14,30	78,79	3,42	6,29	1,10	2,36	24,19	49,50	11,53	60,29
out/15	14,15	13,86	6,60	15,21	25,18	34,21	6,19	25,36	11,31	65,29	2,49	5,93	0,81	0,14	15,94	17,00	8,89	15,36
nov/15	14,31	14,93	5,52	15,93	22,41	24,21	5,78	21,50	10,24	73,64	2,39	7,29	0,84	0,21	15,10	46,14	9,29	8,57
dez/15	11,56	24,50	5,62	16,21	19,42	18,00	5,25	17,36	8,83	44,93	1,65	22,14	0,75	7,14	15,05	16,93	8,15	7,14
Média geral	9,87	17,27	6,41	9,88	21,36	34,25	4,44	13,99	6,71	20,92	1,80	2,53	0,71	0,55	12,63	19,50	4,96	6,44
CAPS existentes	1967	14	1967	14	1967	14	1967	14	1967	14	1967	14	1967	14	1967	14	1967	14

ANEXO 16 – REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL BARBACENA

Mês	Artic. Redes		Atend. Domiciliar		Atend. Familiar		Atenç. Crise		Fortalec. Protag.		Matric. AB		Matric. RUE		Reab. Psicossocial		RD	
	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF
jan/13	2,31	2,33	4,34	8,88	11,42	16,25	3,03	4,50	1,51	0,50	0,51	3,75	0,18	2,38	7,52	1,00	0,77	1,75
fev/13	3,34	3,44	4,56	4,88	12,40	12,50	3,26	1,63	1,80	0,25	0,67	1,13	0,44	2,00	7,10	4,00	1,28	0,25
mar/13	5,29	0,67	6,10	4,88	16,69	6,00	3,64	0,38	2,47	0,25	0,86	0,38	0,31	0,00	12,47	4,38	1,83	0,00
abr/13	5,20	0,00	5,95	1,00	17,88	6,63	3,63	0,25	2,46	0,00	1,10	0,00	0,35	0,00	11,29	0,13	1,80	0,00
mai/13	6,46	1,67	5,94	2,00	17,56	4,75	6,20	1,38	3,53	0,63	1,49	0,25	0,39	0,38	8,33	0,25	1,34	0,00
jun/13	6,32	2,22	6,77	1,88	18,80	5,50	3,71	1,38	3,25	0,63	1,58	0,13	0,33	0,00	8,75	4,63	1,65	0,00
jul/13	6,37	1,78	6,71	3,50	18,52	7,00	3,54	1,88	3,32	0,25	1,45	0,75	0,60	0,00	9,18	4,13	1,79	0,00
ago/13	6,85	6,78	7,26	1,13	22,17	7,63	3,97	1,63	3,83	1,00	1,86	0,00	0,56	0,00	11,12	5,88	2,19	0,00
set/13	7,39	2,67	7,48	2,75	21,56	10,13	3,78	4,13	4,09	1,88	1,56	0,00	0,96	0,25	10,78	3,75	2,42	0,00
out/13	7,53	3,89	7,74	6,63	23,34	11,63	3,86	2,75	3,96	9,75	1,42	2,38	0,91	1,38	10,95	4,88	2,53	0,00
nov/13	6,62	5,56	7,10	8,00	20,94	11,75	4,22	2,88	4,56	8,75	1,57	0,88	1,12	0,63	10,39	2,50	2,48	0,00
dez/13	5,90	17,67	6,06	1,88	17,72	3,75	2,97	3,00	3,89	10,75	1,25	1,63	0,51	1,38	11,30	3,00	2,44	0,00
jan/14	7,43	20,11	6,54	3,38	17,90	5,63	3,64	3,13	3,60	24,50	1,15	2,63	0,69	1,50	9,52	3,88	2,49	0,00
fev/14	7,50	22,33	6,48	2,50	19,59	11,13	3,82	2,75	5,02	78,00	1,26	4,38	0,50	1,38	11,70	2,00	3,25	18,75
mar/14	10,31	29,67	5,96	4,00	19,44	10,13	3,40	1,13	5,13	10,38	1,14	1,63	1,03	3,38	10,72	2,50	4,35	25,00
abr/14	12,37	26,78	6,18	2,88	20,04	7,13	4,80	2,38	5,86	108,00	2,29	3,00	1,16	0,63	12,05	3,38	4,71	59,63
mai/14	13,84	42,22	7,05	3,88	21,33	11,00	3,64	5,25	7,16	110,88	2,13	4,25	0,30	1,50	11,71	3,38	5,18	22,00
jun/14	13,02	36,11	7,12	6,88	20,16	7,88	3,75	2,63	6,15	74,75	2,02	0,63	0,57	1,25	11,25	2,13	5,80	129,63
jul/14	9,56	53,78	6,52	5,00	20,99	14,00	4,21	4,50	5,25	94,25	1,87	1,13	0,49	0,63	13,18	3,75	3,95	33,13
ago/14	10,97	31,67	6,28	6,38	22,67	17,13	3,90	3,50	7,32	119,63	1,76	3,00	0,63	2,63	13,44	3,13	5,25	102,88
set/14	11,10	27,44	6,81	7,50	25,15	17,38	3,94	4,50	7,88	83,25	2,24	0,63	0,70	1,25	14,69	4,13	6,56	83,50
out/14	10,45	32,56	7,22	5,50	25,19	22,13	3,95	4,13	7,81	89,38	1,94	3,75	0,68	2,13	12,54	3,25	6,20	49,75
nov/14	9,84	27,44	5,86	5,25	21,32	17,38	3,98	2,38	10,04	109,00	1,89	0,38	0,77	0,75	12,23	2,75	5,90	46,00
dez/14	7,75	20,44	5,88	3,38	18,33	15,75	3,90	1,63	8,32	91,75	1,54	5,25	0,49	5,63	13,41	2,71	4,85	141,75
jan/15	9,66	13,89	5,76	5,50	21,26	17,00	4,28	4,63	8,05	77,13	1,46	2,00	1,20	6,88	11,28	6,75	5,61	26,88
fev/15	9,29	9,33	5,36	3,00	21,54	17,88	4,16	2,63	9,03	83,25	1,60	3,25	0,77	4,00	11,83	5,25	9,14	77,38
mar/15	11,77	18,78	6,75	6,75	26,43	16,38	4,58	4,75	8,33	79,38	2,35	8,13	0,78	7,25	13,66	4,38	6,01	97,50
abr/15	10,93	26,56	5,83	4,88	24,61	16,25	4,37	4,50	9,74	57,63	2,27	0,75	1,03	2,25	15,42	3,25	7,65	91,13
mai/15	15,93	20,67	6,25	3,38	24,99	15,38	5,17	3,00	9,96	36,00	2,44	0,50	0,84	0,25	15,93	2,13	7,02	84,63
jun/15	14,10	34,67	6,38	5,00	25,17	14,13	5,52	3,38	11,57	18,25	2,55	0,75	0,79	0,13	15,74	5,00	8,43	83,50
jul/15	13,33	40,44	6,79	6,00	24,83	12,88	6,01	4,13	10,50	23,88	2,30	0,75	0,73	0,88	17,90	3,25	8,16	87,50
ago/15	14,96	4,67	7,16	4,50	26,54	13,88	6,76	6,50	11,62	20,75	3,28	2,00	1,19	1,25	17,04	4,38	7,69	73,88
set/15	21,64	20,11	8,73	3,50	35,46	11,13	8,86	4,63	14,30	31,75	3,42	1,38	1,10	0,50	24,19	6,25	11,53	102,75
out/15	14,15	11,89	6,60	4,00	25,18	12,25	6,19	3,50	11,31	23,50	2,49	1,50	0,81	2,63	15,94	3,13	8,89	73,88
nov/15	14,31	20,33	5,52	4,63	22,41	12,00	5,78	5,00	10,24	1,75	2,39	0,38	0,84	0,50	15,10	3,25	9,29	2,00
dez/15	11,56	6,78	5,62	2,88	19,42	14,50	5,25	5,88	8,83	5,00	1,65	0,63	0,75	1,00	15,05	3,13	8,15	1,50
Média geral	9,87	17,98	6,41	4,39	21,36	12,05	4,44	3,23	6,71	41,30	1,80	1,77	0,71	1,63	12,63	3,49	4,96	42,13
CAPS existentes	1967	8	1967	8	1967	8	1967	8	1967	8	1967	8	1967	8	1967	8	1967	8

ANEXO 17 – PERCURSOS FORMATIVOS – DADOS NACIONAIS

Mês	Artic. Redes		Atend. Domiciliar		Atend. Familiar		Atenç. Crise		Fortalec. Protag.		Matric. AB		Matric. RUE		Reab. Psicossocial		RD	
	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF	Brasil	PPF
jan/13	2,31	1,24	4,34	2,26	11,42	14,81	3,03	2,10	1,51	0,58	0,51	1,36	0,18	0,13	7,52	7,82	0,77	1,46
fev/13	3,34	3,61	4,56	2,26	12,40	15,32	3,26	3,45	1,80	1,37	0,67	1,82	0,44	0,32	7,10	7,66	1,28	2,01
mar/13	5,29	5,04	6,10	2,71	16,69	19,40	3,64	3,12	2,47	2,49	0,86	1,86	0,31	0,30	12,47	38,54	1,83	4,06
abr/13	5,20	4,32	5,95	3,03	17,88	23,00	3,63	1,94	2,46	2,43	1,10	1,15	0,35	0,62	11,29	27,28	1,80	3,31
mai/13	6,46	7,13	5,94	3,05	17,56	23,03	6,20	4,70	3,53	5,12	1,49	3,37	0,39	0,44	8,33	9,49	1,34	2,32
jun/13	6,32	7,95	6,77	3,53	18,80	25,22	3,71	5,26	3,25	2,90	1,58	3,53	0,33	0,32	8,75	9,28	1,65	1,97
jul/13	6,37	7,11	6,71	4,92	18,52	26,66	3,54	5,62	3,32	4,04	1,45	3,63	0,60	0,85	9,18	11,43	1,79	3,59
ago/13	6,85	8,03	7,26	4,79	22,17	33,28	3,97	6,04	3,83	2,84	1,86	3,75	0,56	0,69	11,12	20,57	2,19	4,75
set/13	7,39	11,78	7,48	6,13	21,56	32,61	3,78	5,97	4,09	7,85	1,56	3,56	0,96	3,99	10,78	17,06	2,42	5,96
out/13	7,53	9,71	7,74	5,41	23,34	39,37	3,86	6,30	3,96	6,69	1,42	2,83	0,91	2,85	10,95	14,40	2,53	4,39
nov/13	6,62	10,03	7,10	4,86	20,94	34,49	4,22	5,26	4,56	10,93	1,57	2,72	1,12	4,22	10,39	15,35	2,48	2,37
dez/13	5,90	8,30	6,06	3,64	17,72	27,12	2,97	4,50	3,89	4,54	1,25	2,68	0,51	0,31	11,30	12,93	2,44	2,53
jan/14	7,43	10,23	6,54	6,90	17,90	31,72	3,64	5,25	3,60	6,06	1,15	2,95	0,69	1,71	9,52	11,34	2,49	3,76
fev/14	7,50	10,46	6,48	6,49	19,59	34,81	3,82	6,34	5,02	9,28	1,26	2,78	0,50	0,55	11,70	13,60	3,25	7,20
mar/14	10,31	10,83	5,96	5,75	19,44	35,07	3,40	5,59	5,13	6,77	1,14	2,88	1,03	4,14	10,72	12,25	4,35	7,44
abr/14	12,37	12,88	6,18	5,88	20,04	34,23	4,80	6,06	5,86	12,09	2,29	3,97	1,16	3,31	12,05	13,04	4,71	12,19
mai/14	13,84	20,27	7,05	5,72	21,33	37,11	3,64	6,06	7,16	13,04	2,13	3,52	0,30	0,43	11,71	15,34	5,18	8,95
jun/14	13,02	11,50	7,12	6,47	20,16	32,31	3,75	7,88	6,15	9,50	2,02	5,53	0,57	0,97	11,25	12,90	5,80	15,86
jul/14	9,56	15,13	6,52	7,05	20,99	36,80	4,21	7,87	5,25	9,53	1,87	3,38	0,49	0,80	13,18	17,54	3,95	6,81
ago/14	10,97	10,06	6,28	7,68	22,67	43,37	3,90	7,94	7,32	11,62	1,76	3,71	0,63	0,76	13,44	21,27	5,25	7,70
set/14	11,10	14,03	6,81	7,71	25,15	45,70	3,94	9,39	7,88	14,26	2,24	4,11	0,70	0,84	14,69	22,63	6,56	10,80
out/14	10,45	11,53	7,22	7,43	25,19	45,97	3,95	8,14	7,81	13,10	1,94	4,08	0,68	0,72	12,54	18,28	6,20	11,97
nov/14	9,84	10,29	5,86	6,16	21,32	38,89	3,98	9,11	10,04	24,81	1,89	3,74	0,77	1,47	12,23	15,85	5,90	11,16
dez/14	7,75	8,66	5,88	5,59	18,33	31,37	3,90	7,07	8,32	20,19	1,54	3,04	0,49	1,41	13,41	19,33	4,85	11,12
jan/15	9,66	11,98	5,76	6,99	21,26	36,91	4,28	9,63	8,05	19,62	1,46	3,18	1,20	4,76	11,28	15,20	5,61	8,22
fev/15	9,29	8,34	5,36	6,24	21,54	36,13	4,16	8,46	9,03	29,09	1,60	3,11	0,77	0,60	11,83	15,49	9,14	16,72
mar/15	11,77	16,00	6,75	6,54	26,43	45,19	4,58	10,52	8,33	21,81	2,35	4,10	0,78	1,15	13,66	20,08	6,01	15,02
abr/15	10,93	14,57	5,83	6,06	24,61	39,68	4,37	8,23	9,74	26,44	2,27	4,31	1,03	2,39	15,42	17,32	7,65	13,58
mai/15	15,93	24,98	6,25	6,66	24,99	40,67	5,17	9,32	9,96	27,16	2,44	4,68	0,84	2,42	15,93	20,83	7,02	13,03
jun/15	14,10	12,84	6,38	7,13	25,17	43,16	5,52	8,20	11,57	23,66	2,55	5,54	0,79	1,01	15,74	18,50	8,43	14,17
jul/15	13,33	13,10	6,79	6,29	24,83	39,23	6,01	8,75	10,50	26,91	2,30	5,16	0,73	0,98	17,90	18,96	8,16	18,24
ago/15	14,96	13,03	7,16	6,75	26,54	44,27	6,76	10,21	11,62	28,41	3,28	7,61	1,19	1,17	17,04	20,11	7,69	16,47
set/15	21,64	20,01	8,73	10,93	35,46	73,86	8,86	13,84	14,30	32,26	3,42	10,50	1,10	2,29	24,19	36,29	11,53	19,44
out/15	14,15	10,69	6,60	6,48	25,18	42,65	6,19	9,38	11,31	22,55	2,49	6,40	0,81	0,77	15,94	17,93	8,89	12,84
nov/15	14,31	12,72	5,52	6,31	22,41	36,49	5,78	7,67	10,24	21,90	2,39	4,79	0,84	0,68	15,10	18,26	9,29	9,57
dez/15	11,56	9,01	5,62	5,66	19,42	32,61	5,25	7,20	8,83	18,69	1,65	4,05	0,75	1,82	15,05	15,04	8,15	6,68
Média geral	9,87	11,04	6,41	5,76	21,36	35,35	4,44	7,01	6,71	13,90	1,80	3,87	0,71	1,45	12,63	17,20	4,96	8,82
CAPS existentes	1967	268	1967	268	1967	268	1967	268	1967	268	1967	268	1967	268	1967	268	1967	268

ANEXO 18

Registro de Atividades – Redes Visitantes

Caros Trabalhadores,

As questões abaixo fazem parte do instrumento de registro das ações desenvolvidas no intercâmbio.

Pedimos sua colaboração que realizou a atividade de intercâmbio neste mês, para preenchimento das informações, contribuindo assim com o processo de avaliação do Projeto.

Como as questões são reflexivas e podem levar tempo para serem elaboradas, sugerimos que respondam as informações em arquivo off-line e só registrem no FORMSUS quando tiverem todas as respostas disponíveis, afim de evitar que seus dados sejam perdidos no decorrer do preenchimento.

Cordialmente,

Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas -GMAD/DAET/SAS

***Observações importantes:**

Após preencher todas as informações, os seus dados somente terão sido gravados após a mensagem de confirmação aparecer.

Não será possível realizar alterações no formulário após o envio das informações, portanto sugerimos que veja atentamente todos os campos do formulário, anote suas considerações em outro local (papel ou arquivo) e que apenas o preencha quando tiver todas as informações disponíveis. Confira atentamente os dados antes de enviar o formulário.

*** Preenchimento Obrigatório**

Atenção: nos campos marcados com 'Visível ao público' não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade.

- 1) Nome: *
- 2) CPF: *
- 3) E-mail para contato: *
- 4) UF: *
- 5) Município: *
- 6) Ponto de Atenção/Serviço em que trabalha: *
- 7) Cargo: *
- 8) Escolaridade: *
- 9) Profissão: *
- 10) Rede Receptora: *
- 11) Linha de ação da formação na RAPS: *
- 12) Período do Intercâmbio: *

Refletindo sobre o processo de intercâmbio.

Refletindo sobre o processo de intercâmbio no município, durante esse mês, compartilhe conosco elementos que você considerou importantes no processo.

- 13) Experiência de acompanhamento de usuário (quando houver): *
- 14) Relato das principais atividades desenvolvidas: *

- 15) Forma como estas atividades podem contribuir para o seu trabalho: *
- 16) Relato das temáticas e conceitos discutidos: *
- 17) Forma como estas temáticas e conceitos podem contribuir para o seu trabalho: *
- 18) Relevância da experiência de intercâmbio para o seu trabalho: *
- 19) Principais potencialidades verificadas no intercâmbio: *
- 20) Principais dificuldades enfrentadas no intercâmbio: *

AVALIAÇÃO

Atribua uma nota de 1 a 10 para as afirmativas abaixo. Caso não queira opinar, deixe o espaço correspondente à nota em branco.

- 21) Organização do plano de trabalho do intercâmbio:
- 22) Grau de aprofundamento da linha de ação do módulo de formação:
- 23) Organização das equipes dos serviços para receber os profissionais visitantes:
- 24) Possibilidade de envolvimento com processo de trabalho nos pontos de atenção:
- 25) Possibilidade de participação no acompanhamento de usuários:
- 26) Possibilidade de acompanhamento de um PTS junto com a equipe de referência:
- 27) Participação nas atividades de trabalho nos pontos de atenção:
- 28) Grau de aprofundamento de discussões teóricas:
- 29) Participação dos usuários da RAPS local no processo de intercâmbio:
- 30) Clareza dos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica no intercâmbio:
- 31) Contribuição do processo de intercâmbio para o seu trabalho:
- 32) Estrutura de apoio do seu município (rede visitante) para participação nas atividades do intercâmbio:
- 33) Outros comentários e sugestões:

Memórias

Caso deseje compartilhar conosco alguma memória deste intercâmbio, anexe os arquivos abaixo.

- 34) Anexo 1:
- 35) Anexo 2:
- 36) Anexo 3:

ANEXO 19 – Categorias e Temas

Categoria	Descrição	Temas	Trechos
<p style="text-align: center;">Mudança e Incorporação de Práticas e técnicas</p>	<p>Nessa categoria foram reunidos os relatos sobre mudanças efetivamente implementadas a partir da vivência do intercâmbio entre experiências.</p>	Abordagem à Crise	Dentre os pontos positivos que vêm sendo observados, tem-se: (...) Abordagem à crise na UBS Jardim Industrial, que supera o precipitado encaminhamento aos serviços de urgência;
		Diversidade de estratégias no serviço	Para nosso trabalho e município já tem feito mudanças como: (...), oficinas de geração de renda, assembleias com os usuários semanalmente, passeios extra CAPS, passagem de plantão onde discutimos as triagens e necessidades diárias do serviço, trabalho cada vez mais humanizado e proporcionando autonomia dos usuários
		Intersetorialidade/ integração da rede	Estamos conseguindo integrar a rede, discutir questões importantes com outras secretarias e com o judiciário. Precisamos investir mais em discussões intra e intersetoriais, em educação permanente, para constante reciclagem do saber, das ações e dos olhares de nossos profissionais
		Matriciamento	Diante das diversas vivências, as que mais me causaram incomodo diz respeito ao matriciamento, tanto das demais equipes de saúde, quanto de serviços de outros setores. Desta forma, me propus a fazer parte da equipe do NASF – (...) foi nesta vivencia que despertei interesse em utiliza-lo como fortalecedor da RAPS no município de Jacobina
			Antes do intercâmbio eu nunca tinha ouvido falar em matriciamento. Agora já está em andamento em Morrinhos-GO e sei a importância da implantação, antes seria resistente, ir para o intercâmbio mudou meu ponto de vista e pretendo mudar o de outras pessoas também
		Novos dispositivos/ diversidade da rede	Implantação do CNaR e do CAPS III em nosso município
		Protagonismo dos usuários	Pude adaptar algumas experiências de Barbacena para minha realidade. Uma das principais foi a importância do protagonismo dos usuários no seu tratamento. Trazendo para a realidade do infantil, estimulando o protagonismo das famílias no tratamento das crianças.
Redução de danos	(...)trabalhamos nossas estratégias de redução de danos, já que nosso município não tem índice populacional para este programa, nós do CAPS AD nas terças a noite, fazemos abordagem aos moradores de rua, para o qual chamamos de “To de boa na rua”, propondo possibilidades de redução de danos.		
<p style="text-align: center;">Abertura/ Disposição para o novo, para novas práticas</p>	<p>Relatos sobre a disposição/ inclinação dos participantes para implementar ações, estratégias e serviços, a partir da vivência do intercâmbio entre experiências</p>	Autonomia dos usuários	Várias ideias foram surgindo, como oficinas onde os usuários têm a autonomia para escolher de que forma trabalhar, olhar o sujeito com suas escolhas, sua realidade.
		Atenção à Crise	Trazer essas informações a vivencia e a postura dos profissionais da rede pode facilitar a desenvoltura com certas situações de crises que não vivemos ainda, bem como reavaliar nossas atitudes perante as vividas diariamente. As discussões serão de grande importância, pois serão aplicados na pratica, a forma com que profissionais de outro estado, com realidades diferentes pode vir a nos mostrar outros paramentos da crise e como lidar com ela
			Com todos os conhecimentos desde intercambio posso atender melhor as ocorrências de surto e abuso de álcool drogas, que o SAMU de Itaúna recebe com frequência Estamos trabalhando para que o conceito de Crise se aplique à prática. Os cuidados e o manejo técnico dos usuários de saúde devem ser preconizados para que possamos adotar as melhores estratégias, cuidados e escuta necessária para que o sujeito em crise tenha a melhor condução possível de seu tratamento em âmbito interdisciplinar
		Desinstitucionalização	Após conhecer as residências terapêuticas em São Bernardo do Campo, ficamos mais motivados em dar continuidade ao processo [de desinstitucionalização], pois pude presenciar o funcionamento do serviço, e a importância da inserção social e estar livre
		Geração de renda	O trabalho com geração de renda me proporcionou e me trouxe várias ideias de como mostrar para nossos usuários que eles são capazes e podem desenvolver várias atividades no contexto econômico e social

Abertura/ Disposição para o novo, para novas práticas		Matriciamento	Um dos objetivos que levarei para o meu município é o matriciamento, foi uma experiência única, importante, pois através de leituras de manuais já sabia o que era o matriciamento, só que este intercambio veio proporcionar uma prática que foi única e com certeza vou ter mais facilidade de implantar no serviço pois tenho agora a teoria e a prática e os outros estudos e temas discutidos veio somar com certeza
			Foi possível pensar como realizar apoio matricial para as equipes de saúde da família, além de realizar acompanhamento aos pacientes em conjunto com os CAPS, na tentativa de efetivar o trabalho em rede
			A proposta de matriciamento foi de fato internalizada por mim, não causa mais a confusão da teoria e isso potencializará as ações de matriciamento no território
		PTS	A discussão é sempre propícia para a geração de conhecimento, desta forma acredito que o conceito de Projeto Terapêutico Singular ficou bem evidente e assim vamos poder de fato estruturar o PTS juntamente com os usuários
		Diversidade de estratégias no serviço	[as temáticas e conceitos discutidos podem contribuir] principalmente na mudança das posturas, nas abordagens, nas rotinas dos CAPS que antes eram muito institucionalizadas, cheio de regras e horários, e que estamos revendo, a partir do intercambio.
			Vou levar propostas de mudanças para o serviço onde trabalho, principalmente no cronograma de grupos. Ofertar grupos a noite para os usuários que trabalham durante o dia, lançar propostas de oficinas de trabalhos manuais, de grupo de letramento para os usuários que não sabem ou tem dificuldade de ler e escrever, e fazer passeios terapêuticos mensais
			Mudou completamente minha forma de ver o caps. Irei trabalhar em território, meu gestor me apoiou, vou formar mini-equipes, fazer gerenciamento e levar a temática para as reuniões de equipes
		Intersetorialidade/ integração da rede	Eu serei o elo entre o usuário na Atenção Básica de Saúde e o CAPS de meu município. Estarei ali orientando esse paciente no que serviço ele poderá recorrer
			As atividades em Barbacena despertaram para mudanças que precisam acontecer na realidade do nosso município, como: aprimorar o manejo e assistência a pessoas com transtornos mentais, que procuram o CRAS para orientações e encaminhamentos, ou são acompanhadas por receberem o Benefício de Prestação Continuada – BPC; intensificar o trabalho em rede e as parcerias com os CAPS do município, na tentativa de incluir os pacientes em serviços de convivência e oficinas de geração de renda ofertadas pelos CRAS; integrar pessoas da comunidade e pessoas com transtornos mentais nos mesmos espaços e atividades, para superar preconceitos e outras formas de exclusão; ficar mais atentos durante as visitas domiciliares, que fazem parte das rotinas dos CRAS, aos cuidados e interação das pessoas com transtornos mentais no ambiente familiar; realizar trabalhos preventivos e informativos de saúde mental
			Nas minhas experiências pregressas com a saúde mental (...) só havia tido oportunidade de participar de reuniões de discussão de caso com o consultório na rua e espero a partir de agora poder estar mais no meu território e assim participar efetivamente nos outros níveis de atenção da saúde mental também
Produção de cultura/ Revisão dos valores que orientam as práticas		Hospitalização	Ao trabalharmos a concepção de tratamentos mais humanizados, através do apoio da família e da comunidade em que o usuário está inserido, atentamos para o fato que a hospitalização não deve ser considerada para todo e qualquer caso. Isso nos obriga a entender o funcionamento da rede, e evita que tomemos condutas fora do contexto do usuário
			Mudou o conceito sobre o indivíduo em crise ser atendido em pronto atendimento e não na unidade em que é referenciado, principalmente se tratando de CAPS III, que possui recursos para isso,
			O município em que trabalho atualmente (Itaúna/ MG), não conta com leitos de retaguarda noturna. A vivência em Resende reforçou, ao menos para mim, que devemos buscar os CAPS III como dispositivos de atenção em período integral, em detrimento de estratégias voltadas a dispositivos hospitalares. Mesmo que tais dispositivos tenham como objetivo internações de curta permanência, não deixam de carregar os vícios e mazelas advindos de uma internação psiquiátrica.

Produção de cultura/ Revisão dos valores que orientam as práticas	Nesta categoria estão reunidos os relatos dos participantes sobre a mudança de visão ou de concepção acerca dos usuários, do cuidado, da rede e dos serviços, propiciada pela experiência do intercâmbio.	Estigma e Preconceito	Esse intercâmbio veio quebrar o preconceito que eu tinha ao se tratar de pacientes psiquiátricos, me tornando mais humano e a entender o porquê do surto do paciente sem julgá-lo
			Pude quebrar uma barreira e até mesmo um pré-conceito com um paciente psíquico. Mas agora estou totalmente revigorado, pronto para 'regaçar' as mangas da camisa e ir à luta para uma melhor qualidade de vida a essas pessoas
			Depois do percurso estou em uma luta diária contra o preconceito interno e externo uma vez que colocamos e impomos esse preconceito e barreiras sem nem ao menos percebermos.
		Redução de Danos	Abriu mais a minha visão a respeito do usuário com relação a política de redução de danos, como possibilidade além da abstinência.
		Visão sobre o usuário	Passar a ver o usuário como pessoa. Ele é doente mental, mas acima de tudo é um ser humano. Vê-lo como olhamos para um hipertenso, que faz um tratamento contínuo, mas ninguém o trata com preconceito. Deixá-lo ter uma vida normal.
			Passei a olhar o usuário não somente para medicá-lo e sim de forma integral.
			O que mais me acrescentou neste curso e que vou levar para o meu trabalho, foi que o usuário com sofrimento psíquico e dependente de álcool e outras drogas, ele é um ser que necessita ser acolhido de forma eficaz e digna. Necessita ter um tratamento humanizado, que consiga preencher todas as suas necessidades, porém sempre buscando o empoderamento do sujeito, para que assim nós profissionais saúde possamos tornar este usuário um ser o mais independente possível, que tenha o poder de escolher o que quer para sua vida, sabendo sempre as consequências que isso irá lhe trazer. O paciente tem que ver o profissional sempre como um porto seguro que está ali para ouvi-lo
		Produção de Militância	[temáticas e conceitos discutidos contribuem] transformando-nos em sujeitos disponíveis e militantes da reforma. Contra os preconceitos e estigmas sociais.
			Me despertou novamente a "paixão" pela Saúde Mental e a "garra" para lutar para que as diretrizes do Ministério da Saúde sejam cumpridas em meu município.
		Perceber que a RAPS é possível	Pude perceber que a Rede realmente funciona, que a estrutura é uma realidade
			Foi muito bom conhecer a experiência de SBC e vivenciar que a RAPS é possível!
		Perceber que a Desinstitucionalização é possível	(...) vivenciamos nesses trinta dias que é possível viver além dos muros de um hospital psiquiátrico. Que os nossos usuários são capazes
			[foi possível] ver a desinstitucionalização com outros olhos, ver que é possível, que esse cliente pode ser acompanhado sim, depois de estabilizado, pela atenção básica.
			Estou feliz de ter tido essa chance de ver como isso [a desinstitucionalização] é possível e há tempo de nós correremos atrás para termos cidadãos mais dignos de se viver bem
		Perceber que o cuidado humanizado é possível	(...) pude me sentir parte das equipes e verificar que atendimento humanizado pode sim ser realidade dentro do Sistema Único de Saúde
Oportunidade de vivenciar momentos valiosos com os protagonistas e sobreviventes do modelo manicomial, e com isso fortalecer a crença de que é possível sim oferecer um cuidado humanizado e garantir os direitos dessa pessoa com sofrimento mental			

Reflexão sobre o próprio processo de trabalho	Relatos dos participantes sobre a reflexão provocada pela vivência do intercâmbio	Forma com que lidamos com a crise	Acho que o conceito de crise precisa ser melhor trabalhado nos nossos serviços e a forma com que lidamos com ela também. Precisamos de práticas mais humanizadas nos hospitais gerais, mais atividades coletivas nos serviços de forma geral e trabalho efetivamente multidisciplinar.
		Rede/estrutura da RAPS	Tais temáticas puderam contribuir para maior reflexão daquilo que chamamos Saúde Mental e sobre o que queremos ver acontecer em nosso município. Assim, todas as atividades realizadas em Barbacena nos possibilitaram retornar com pontos a serem discutidos com toda a rede como a estrutura da RAPS para nos fortalecer e nos qualificar; como os serviços estão organizados como um todo e não somente o meu serviço; o uso indiscriminado de medicação; que contenção a crise é essa que estamos desenvolvendo em SM; e nossas contra-referências e referências
		Repensar/Revisar processos de trabalho	As atividades vivenciadas nos CAPS, CAPSi e NASF contribuíram para repensar os processos de trabalho. (...). Penso que algumas mudanças em nosso processo de trabalho deveriam ser realizadas com o intuito de melhorar a qualidade do serviço que é oferecido ao usuário do SUS.
			(...) a cada retorno de uma nova dupla temos a oportunidade de reavaliar e rediscutir nossa atuação, pois há sempre novas contribuições à medida que se tem oportunidade de acessar, com olhares e saberes diferentes, outras práticas em diferentes serviços. Pôde suscitar o desejo de rever a forma de atuação nos serviços voltados a reabilitação psicossocial e fortalecimento do trabalho em rede
		Vulnerabilidades na rotina diária	Pude fazer uma reflexão das vulnerabilidades que enfrentamos em nossas rotinas diárias. Após essa experiência ficou mais claro avaliar e pensar nos melhores caminhos que devemos seguir
Potencialidades	Características da metodologia do PPF que conferem potência ao projeto, na visão dos participantes.	Ser agente de transformação	[O intercâmbio] também lhe dá o empoderamento para ser agente de transformação e mudança das práticas de cuidado em saúde
		Efeito multiplicador	A maior potencialidade é o efeito multiplicador. Percebo que os colegas participantes saíram estimulados para compartilhar suas experiências, que foram transformadoras em grande parte do grupo
		Conhecer novas práticas	Conhecer novos conceitos e práticas me fizeram abranger o significado de cada ação realizada, me capacitando a oferecer um atendimento mais humanizado na singularidade de cada indivíduo, propondo novos projetos e atividades em grupos
			Conhecendo novas formas de ação pode-se ampliar a visão de como atuar em meu território, e este percurso proporcionou isso.
		Conhecer novos serviços	O fato de estar em uma cidade como São Paulo acredito que possibilitou conhecer um número maior de serviços tanto da Raps quanto de outros setores como os relacionados à cultura e assistência social. Quanto mais serviços diferentes conhecemos, mais ampliamos nosso olhar sobre o sujeito e suas potencialidades, bem como nossas possibilidades de intervenção.
			Conhecer projetos e dispositivos que não temos no nosso município nos proporcionou o entendimento das políticas de saúde mental de uma maneira mais abrangente e mais completa, pois eram conhecidas apenas na teoria
		Conhecer o funcionamento dos serviços e da Rede	Pude visualizar o funcionamento da rede de atenção psicossocial, em que cada unidade de saúde, em seus diversos níveis e atuação são imprescindíveis ao bom funcionamento e a atenção integral do paciente
Conhecer uma boa rede de saúde mental faz com que tenhamos esperança e desejo de fazer melhor nosso trabalho; ver uma rede funcionar facilita o processo dos municípios que estão implantando serviços novos ou tem proposta de abrir, e para os municípios que já tem os serviços a possibilidade de reformula-los e ter resultados eficientes			
Convivência	A convivência com os colegas intercambistas oriundos das diversas partes do país e de serviços variados permite trocas bastante enriquecedoras Muitas aprendizagens aconteceram com a própria convivência no grupo, que pode provocar e refletir sobre várias questões não só durante as visitas aos dispositivos de saúde, mas também durante os intervalos do almoço, no percurso para o hotel, nas rodas de conversas, finais de semana, enfim		

Potencialidade		Diversidade	(...) as turmas serem de diferentes regiões do país favorecem as trocas entre diferentes realidades culturais e intercâmbio de experiências inovadoras e exitosas
			Primeiramente a participação de municípios de Estados diferentes proporcionou uma rica troca entre o modo de fazer saúde mental, a partir de olhares e experiências em termos de organização da rede de saúde mental
		Imersão/vivência	Intercâmbio possibilitou não apenas conhecer como se articula a rede de saúde mental de um município, mas permitiu senti-la. Isso fez toda a diferença porque é no “sentir” que somos impelidos a refletir sobre o nosso mundo de trabalho e promover mudanças
			Principalmente viver na pele o que só se via em vídeos ou livros. Isso faz com que você pense na tua prática e faça o melhor para o outro que vem te pedir ajuda.
			O intercâmbio se mostra potente na medida que promove não só a simples visita de espaço, mas a vivência de serviços e práticas
		Troca de experiências	A oportunidade de troca de experiências foi fundamental para o meu aperfeiçoamento profissional, para o entendimento e fortalecimento da política de humanização hospitalar e a REDE como um todo e na luta para redesenhar e consolidar o SUS.
			A troca de experiências, não apenas com os preceptores de Resende, seus profissionais e os colegas dos outros municípios, nos confere grande possibilidade de melhorar nossas Raps pensar seu aperfeiçoamento e ampliação. Esta troca deve continuar mesmo depois do final do intercâmbio, pois os vínculos foram estabelecidos e o intercâmbio continuará mesmo informalmente
			Troca de experiências e diálogos não só com Santo André, a unidade formadora, mas com vários outros municípios do Brasil, o que nos permite uma leitura crítica acerca do nosso trabalho, visualização das dificuldades que em muitos casos são as mesmas
Dificuldades/ desafios	Dificuldades enfrentadas pelos participantes, relativas ao modo como o intercâmbio foi organizado	Acompanhamento dos usuários	Pouco tempo para acompanhamento de usuários
			Tivemos pouco contato com os usuários, não soubemos seu ponto de vista do trabalho realizado.
			Em alguns serviços, não foi possível vivenciar atividades com usuários, apenas o relato de representantes do serviço sobre sua dinâmica
		Adaptação	As diferenças climáticas, comida.
			Difícil adaptação em uma cidade grande
			Adaptação à vida na cidade grande
		Distância/saudade de casa ou da família	Saudades da família
			A dificuldade é ficar longe de casa
			(...) é muito difícil permanecer um mês longe da família, amigos e trabalho
		Liberação do recurso	Liberação dos recursos pelo município de origem com prazo mínimo necessário para a preparação ao intercâmbio
		Pouco espaço para debate	O volume de atividades propostas deixa pouco espaço para o debate diário, que poderiam fomentar mudanças e revisões na rotina dos nossos trabalhos.
			Difícilmente havia tempo hábil para discutirmos posteriormente
		Tempo curto	Por mais que seja um mês, o tempo é curto para tantos dispositivos a conhecer
			Mesmo com a carga horaria extensa, o tempo de vivência é curto
			Pontuo que apesar de imaginarmos o período de intercâmbio longo, na prática é muito rápido
O tempo seria minha maior dificuldade neste intercâmbio, são tantas coisas para ver, ouvir, tanta gente para conversar e trocar ideias			

Dificuldades/ desafios		Tempo longo	Penso que 4 semanas é muito tempo para ficar fora de casa. As ações poderiam ser condensadas em menos tempo (03 semanas no máximo)
			Acredito que poderia conhecer a rede muito bem sem a necessidade de tanto tempo no município
			O tempo de permanência poderia ser menor e melhor aproveitado
		Visitas superficiais	Visitas eram basicamente institucionais, com apresentação de funcionamento de cada unidade e atividades oferecidas
Relevância/ Contribuição do intercâmbio	Nesta categoria estão arroladas as principais contribuições do projeto ao processo de trabalho dos participantes.	Aliar teoria à prática	Me possibilitou o conhecimento de uma prática que eu ainda não conhecia, a não ser em teoria, que parecia algo muito distante e até mesmo utópico
		Amadurecimento profissional	A experiência do intercâmbio contribuiu para meu amadurecimento pessoal e profissional (...) tudo isto, contribuiu para meu aperfeiçoamento profissional
			O crescimento profissional promovido pelos conceitos, temáticas e discussões realizadas.
		Trabalhar em rede	Pudemos ter exemplos de como interligar mais nossa rede, buscando soluções com outras áreas da saúde, justiça, assistência, cultura, esporte
			Aprender a trabalhar em rede Fornecer-me mais possibilidades para atuar não só no meu serviço, mas contribuir na construção de uma rede de atenção Psicossocial em minha cidade
		Como lidar com os desafios	Além de aprender muito, pude observar que alguns problemas que aqui tenho lá também existem e, com isso, pude ver outras formas de enxergar essas dificuldades e como lidar com as mesmas
		Cuidado humanizado	O que foi marcante para mim foi como tratam a humanização das pessoas, como é importante à questão do calor humano de tratar bem qualquer pessoa que vem pedir ajuda, isso eu trouxe na minha bagagem, e se eu já era a favor dessa humanização fiquei mais adepta ainda no meu trabalho
		Desconstruir estigmas	A troca de experiências entre os profissionais juntamente com a imersão nos serviços me ajudou a desconstruir estigmas que muitas vezes estão presentes na prática do dia a dia
		Disseminação	Como as atividades são práticas, você aprende e leva de conhecimento para sua realidade tentando adequar
			O intercâmbio para o meu trabalho, me forneceu exemplos e modelos de formas de cuidado que podem ser adaptadas a realidade de meu município, atividades, oficinas, parcerias, entre outros pontos observados com certeza vão fomentar o desenvolvimento de atividades nos serviços a qual pertencem
		Fortalecer a raps	Fortalecer a raps de Barbacena (rede receptora) da mediante contribuição da nossa experiência profissional
			Em especial, acredito que a vivência neste intercâmbio fortalecerá a construção de uma rede de assistência articulada na minha cidade
		Reconhecer a importância do trabalho	Tendo essas experiências em São Bernardo do Campo, agora posso dizer o quanto meu trabalho de agente comunitário de saúde é importante para a comunidade e para a sociedade. Isso levarei comigo para o resto da minha vida
Reforçar o papel do CAPS	Intercâmbio serviu para reforçar que os CAPS são dispositivos fundamentais para a construção de uma rede de atenção psicossocial que de fato proporcione a reinserção social, que dialogue com a comunidade, que abrace o cotidiano		
Refletir sobre a prática	O intercâmbio (...) provocou vários questionamentos sobre nossas práticas enquanto profissionais da saúde, sobre os nossos processos de trabalho e sobre os resultados do trabalho realizado.		
	O "olhar de fora" faz com que reflitamos sobre a nossa prática. O que fazemos, como fazemos e o que estamos deixando de fazer Quando temos contato com novas experiências e práticas in loco, passamos a refletir sobre o que fazemos, repensar a organização interna do serviço, a aplicação de novos conceitos e práticas		

Relevância/ Contribuição do intercâmbio		Segurança no atendimento	Mais segurança para o atendimento, devido as experiências vivenciadas no intercambio
		Não contribuiu	Não foi possível identificar muitos elementos que possibilitam reorganizar, de forma significativa, o contexto atual de Goiânia da política de saúde mental e como isso se reflete nas práticas de cuidado em saúde oferecidas pela rede municipal